

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ИТОГИ

Объем финансирования программы модернизации – почти 11 млрд рублей

11

EMERGENCY

Актуальные вопросы обновления автопарка «скорых»

42

ОПЫТ РЕГИОНОВ

Интервью министра здравоохранения Республики Башкортостан

50

МЕНЕДЖМЕНТ

Клиника Мэйо: признаки качества, которые на виду

80

ДИНАСТИЯ

Агафоновы от времен Наполеона и до наших дней

82

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНА

ДИАГНОСТИКА

ЦИФРОВЫЕ И РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ СКАНИРУЮЩИЕ СИСТЕМЫ

СТР. 58

Итоги модернизации [11] • Российская неделя здравоохранения [13] • Самый эрудированный медицинский работник по версии Healthy Nation [14] • Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе [16] • Организация экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля [20] • Деструктивный панкреатит: лечебно-диагностическая тактика, хирургические аспекты [24] • Медицина катастроф: повседневная готовность к чрезвычайным ситуациям [27] • Травматолого-ортопедическая помощь в Татарстане и перспективы ее развития [32] • Оказание неотложной медицинской помощи с позиции реаниматолога [36] • Роль и значение службы крови [39] • Скорая помощь здравоохранению [42] • Автопарк «скорых» обновился [44] • Мониторинг артериального давления [46] • FloTrac: улучшая клинические исходы в хирургии высокого риска [47] • Поддержание нормотермии в интраоперационный период [48] • Георгий Шебаев: «Наша конечная цель – эффективно работающая система здравоохранения с точки зрения вложенных ресурсов и полученного результата» [50] • Модернизация продолжается [53] • Республиканский кардиологический диспансер: современные технологии и добрые традиции [54] • Высокотехнологичная помощь детям [56] • Союз науки и практики [57] • Инновации для повседневной врачебной практики [58] • Профессиональная солидарность врачей [60] • На переднем крае регенеративной медицины [62] • Неврология широкого профиля [63] • Семейный бизнес, создающий семьи [64] • Дефицит витамина D у детей и его последствия [66] • Медицинское наследие Универсиады [68] • Росздравнадзор: на страже прав пациента [70] • Управление качеством в здравоохранении [72] • Стерильность под контролем [74] • Всегда в строю [76] • Комплексные решения в оснащении, или Как выбрать поставщика медицинского оборудования [78] • Клиника Мэйо: привлекательный внешний вид как проявление заботы о пациентах [80] • Агафоновский характер [82]

Научно-производственное предприятие «АДАНИ» основано в 1991 году профессором, доктором технических наук Владимиром Линевым, специалистом в области прикладной ядерной физики. В настоящее время предприятие является одним из лидеров на рынке рентгенографических сканеров.



ИННОВАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ



МАММОСКАН

Аппарат рентгеновский
маммографический цифровой



УНИКОМПАКТ

Аппарат рентгенологический
перевозимый (палатный)



ПУЛЬМОСКАН

Аппарат рентгеновский
флюорографический цифровой



ДЕНТОС

Аппарат рентгеновский
дентальный
панорамный цифровой

В уникальных технических решениях «АДАНИ» находят отражение инновационные идеи и технологии, собственные запатентованные разработки и ноу-хау высококвалифицированных научных сотрудников и инженеров. Для медицинских нужд предприятие реализует принципиально новые подходы в таких быстро развивающихся областях, как цифровые рентгенография и рентгеноскопия. Современные технологии обработки рентгеновских изображений, используемые в цифровых аппаратах, позволяют отобразить мельчайшие детали с наивысшим качеством, что повышает достоверность диагностики и упрощает работу врача.

Уникальный модельный ряд медицинского оборудования «АДАНИ» позволяет удовлетворять потребностям различных клинических направлений:

- специализированные цифровые рентгенографические аппараты (флюорографы) для массового скрининга органов грудной клетки;
- универсальные рентгенографические системы для обследования пациентов в положении сидя, лежа и стоя;
- низкодозовые цифровые маммографические системы для скрининга и диагностики онкологических заболеваний молочной железы;
- передвижные кабинеты (в специальном изотермическом кузове на шасси автомобиля) для рентгенографии органов грудной клетки и маммографии;
- передвижные палатные системы;
- рентгенодиагностические комплексы для рентгенографии, рентгеноскопии и линейной томографии на основе поворотного стола-штатива;
- панорамные и цефалометрические дентальные системы (ортопантомографы).

В цифровых рентгенографических системах «АДАНИ» обеспечивается:

1. высокая пространственная и контрастная разрешающая способность, низкий уровень рассеянного излучения;
2. возможность выбора оптимального пространственного разрешения изображения в рамках стандартных в рентгенографии форматов в зависимости от вида обследования и категории пациентов;
3. низкая дозовая нагрузка на пациента и персонал;
4. низкие эксплуатационные затраты;
5. полный спектр функций управления и обработки изображений;
6. открытая архитектура программного обеспечения, возможность интеграции в существующие PACS/RIS системы, обмен информацией между приложениями в соответствии со стандартом DICOM 3.0.

Стратегической целью «АДАНИ» является обеспечение высокого качества продукции при конкурентоспособной цене. Система менеджмента качества, сертифицированная по международным стандартам ISO 9001:2008 и ISO 13485:2003, обеспечивает соответствие продукции предприятия самым высоким мировым стандартам.



ТРАВМАСКАН

Аппарат рентгенодиагностический цифровой рентгенографии всего тела



МАММОЭКСПРЕСС

Кабинет рентгеновский перевозимый для цифровой рентгеновской маммографии



СКРИНЭКСПРЕСС

Кабинет рентгеновский перевозимый для цифровых скрининговых обследований



Официальный представитель НПП «АДАНИ» в Республике Татарстан – ООО «ВЕГМАН»

Адрес: 420097, г. Казань, ул. Зинина, д. 34 – 5Н.

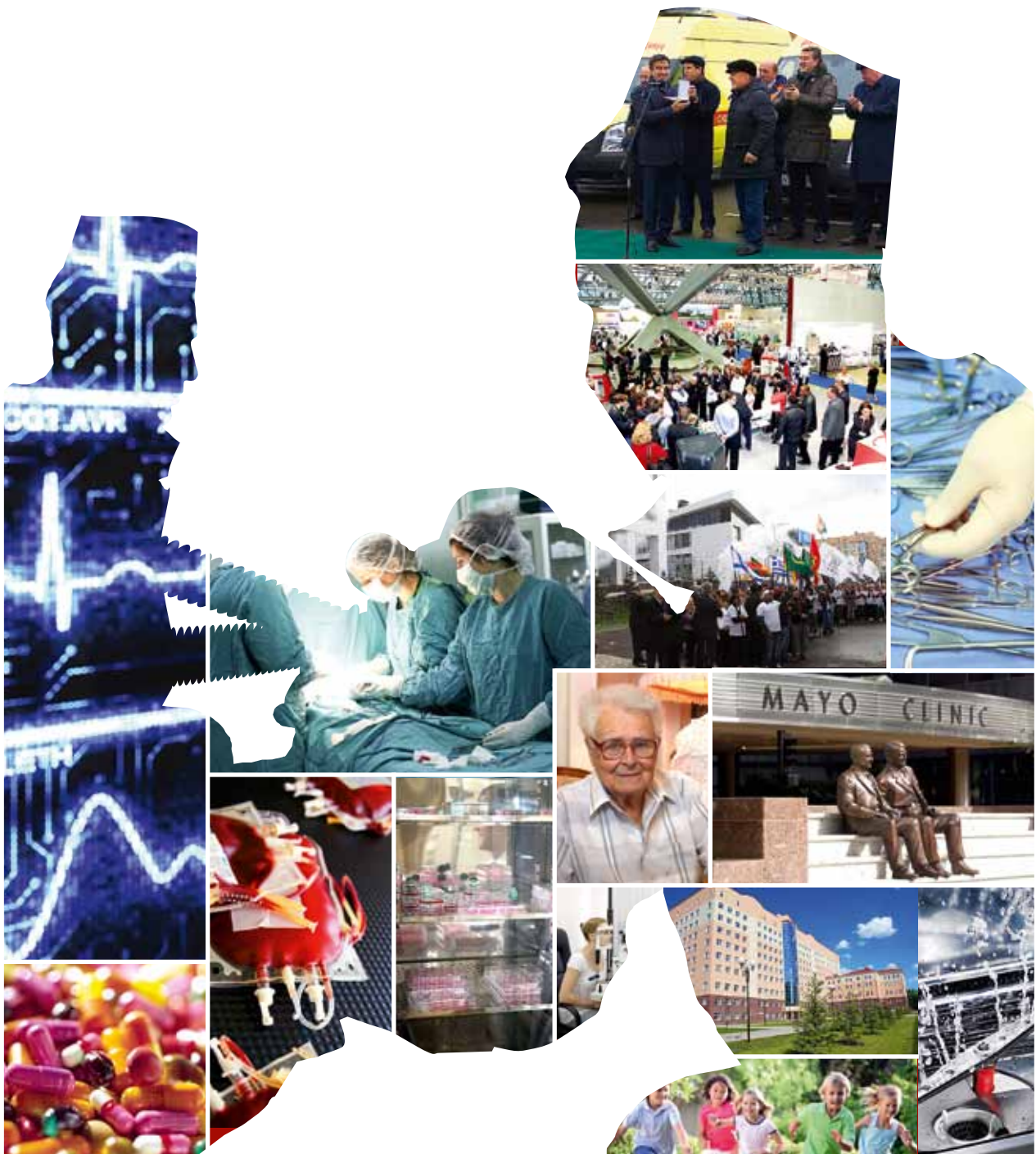
Тел.: (843) 239 27 43; 8 917 287 18 93.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

11	Итоги модернизации
13	Российская неделя здравоохранения
14	Самый эрудированный медицинский работник по версии Healthy Nation
16	Актуальные вопросы скорой медицинской помощи на современном этапе
20	Организация экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля
24	Деструктивный панкреатит: лечебно-диагностическая тактика, хирургические аспекты
27	Медицина катастроф: повседневная готовность к чрезвычайным ситуациям
32	Травматолого-ортопедическая помощь в Татарстане и перспективы ее развития
36	Оказание неотложной медицинской помощи с позиции реаниматолога
39	Роль и значение службы крови
42	Скорая помощь здравоохранению
44	Автопарк «скорых» обновился
46	Мониторинг артериального давления
47	FluTrac: улучшая клинические исходы в хирургии высокого риска
48	Поддержание нормотермии в интраоперационный период
50	Георгий Шебаев: «Наша конечная цель — эффективно работающая система здравоохранения с точки зрения вложенных ресурсов и полученного результата»
53	Модернизация продолжается
54	Республиканский кардиологический диспансер: современные технологии и добрые традиции
56	Высокотехнологичная помощь детям
57	Союз науки и практики
58	Инновации для повседневной врачебной практики
60	Профессиональная солидарность врача
62	На переднем крае регенеративной медицины
63	Неврология широкого профиля
64	Семейный бизнес, создающий семьи
66	Дефицит витамина D у детей и его последствия
68	Медицинское наследие Универсиады
70	Росздравнадзор: на страже прав пациента
72	Управление качеством в здравоохранении
74	Стерильность под контролем
76	Всегда в строю
78	Комплексные решения в оснащении, или Как выбрать поставщика медицинского оборудования
80	Клиника Мэйо: привлекательный внешний вид как проявление заботы о пациентах
82	Агафоновский характер

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ





Самарская область

Для детей и матерей

Делегация Самарской области успешно защитила в Минздраве РФ заявку на капремонт пяти объектов родовспоможения и медицинского обслуживания детей, расположенных в Самаре и Тольятти, а также на строительство трех новых медучреждений.

Крупнейший из планируемых объектов – областной перинатальный центр на 150 коек, который будет возведен в соответствии с поручением губернатора Самарской области Николая Меркушкина. Ориентировочная стоимость строительства – 2 млрд 160 млн рублей. Это лечебное заведение призвано помочь беременным женщинам с повышенной опасностью anomальных родов с осложнениями. По статистике таких в стране около 60%. Перинатальный центр начнет работу в 2015 году. К этому же сроку в Самарской области будут возведены хирургический корпус Самарской городской детской клинической больницы №1 на 200 коек и детский инфекционный корпус Городской больницы №5 городского округа Самара на 80 коек. Предварительная стоимость строительства 1 млрд 150 млн рублей и 250 млн рублей соответственно.

Новые горизонты клеточных технологий

Самарский областной клинический центр клеточных технологий отметил свое 10-летие. Как отметил заместитель председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения Геннадий Гридасов, биотехнологии и клеточные технологии – это будущее медицины не только Российской Федерации, но и всего мира. 10 лет назад перед новым учреждением ставились амбициозные задачи. Первая из них – создать банк пуповинной крови. Сейчас он наполовину заполнен и насчитывает 8 тысяч образцов. Это один из крупнейших банков пуповинной крови в европейской части России. Уже 42 пациента благодаря его работе получили возможность трансплантации костного мозга и были спасены.

Второе направление работы центра – это использование клеточных технологий в практической деятельности, отработка фундаментальных методов лечения совместно с Самарским государственным медицинским университетом. Стволовые клетки уже начали использовать для восстановления костной ткани, лечения сложных переломов.

На прием – через интернет

Электронная регистратура впервые была внедрена в трех лечебных учреждениях Самары в мае 2009 года. К концу 2011 года электронная регистратура была установлена во всех ЛПУ области. За время ее работы жителям губернии выдано уже более 350 тысяч электронных талонов на прием к врачу.

В 2012 году произведена интеграция с Федеральным порталом государственных услуг и запущена система «Диспетчерский пункт», позволяющая врачам самостоятельно записывать на прием через интернет своих пациентов к коллегам в другие лечебные учреждения. Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) выступает в качестве технической площадки, отслеживает доступность и актуальность расписания врачей, консультирует граждан по телефону «горячей линии», которая начала работу в январе 2013 года.



Оренбургская область

ЭКО станут делать больше

Программа ЭКО войдет в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Оренбуржье включилось в этот проект гораздо раньше. С 2007 по 2012 гг. ежегодно из областного бюджета направлялось 24 млн рублей на проведение жителям области 250 процедур экстракорпорального оплодотворения.

Дорогостоящая процедура выполняется для пациентов бесплатно. Положительный эффект составляет около 40%. С нынешнего года источники финансирования для высокотехнологичного лечения бесплодия стало больше. К средствам областного бюджета в рамках областной программы «Дети Оренбуржья» (28 млн. рублей) добавляются средства фонда ОМС (200 процедур ЭКО в год). По словам заместителя министра здравоохранения области Галины Череповой, при выявлении бесплодия пациент получает направление в региональное министерство здравоохранения, где по заключению комиссии он получает квоту на лечение с применением высоких репродуктивных технологий. При этом гражданин сам выбирает лечебное учреждение на территории области.

Новые возможности инфекционной службы

В рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» в областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями поставлено лабораторное оборудование для количественного и качественного определения вирусов ВИЧ, гепатитов В и С на общую сумму 3,6 млн рублей, выделенных из федерального бюджета. С его помощью не только выполняется скрининг на наличие в крови вирусов, но и проводится качественное определение уровня ВИЧ, т.е. вирусная нагрузка. Это позволяет контролировать эффективность проводимой антиретровирусной терапии.

В 2012 году в области выполнено около 300 тысяч исследований на ВИЧ. Возможность антиретровирусной терапии предоставлена всем нуждающимся в данном лечении. Охват составляет 97,7% от числа нуждающихся (по РФ – 95,5%). Дорогостоящее лечение проводится бесплатно для пациента за счет субсидий из федерального бюджета. В области его получают свыше 3,6 тысяч человек.

Спрос за каждый рубль

В итоговой коллегии министерства здравоохранения области принял участие губернатор Юрий Берг. Он обратил внимание собравшихся на соблюдение дисциплины при расходовании бюджетных средств. «Спрос за каждый государственный рубль будет ужесточен», – заявил Юрий Берг. Также он обратил внимание на необходимость последовательного решения кадрового вопроса и привлечения молодых специалистов к работе в системе здравоохранения. Для этой цели заработная плата медицинских работников в 2013 году будет увеличена на 30%.

Министр здравоохранения Тамара Семивеличенко в своем докладе отметила, что именно в Оренбуржье стартовал федеральный проект «Земский доктор», в 2012 году 179 молодых врачей связали свою жизнь с сельским здравоохранением. Результатом целого комплекса мер стали позитивные демографические тенденции: в прошлом году впервые за 20 лет в области был преодолен отрицательный демографический баланс. Естественный прирост населения составил более 1,5 тысяч человек.



Республика Башкортостан

Региональный сосудистый центр – в Стерлитамаке

21 февраля в городе Стерлитамак на базе клинической больницы №1 состоялось открытие Регионального сосудистого центра (РСЦ) по оказанию медицинской помощи больным с острыми коронарным синдромом и нарушением мозгового кровообращения.

В состав РСЦ входят: неврологическое отделение для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, отделение неотложной кардиологии и нейрохирургии. Необходимое оборудование стоимостью свыше 270 млн рублей закуплено в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения.

Это инструментальный для нейрохирургических операций, интергированная нейрохирургическая система, вертикализатор, ангиографическая установка, система холтеровского мониторинга и многое другое. Если раньше инфаркты имело дело терапевты, то сейчас это кардиохирурги, которые проводят вмешательства на сосудах. Скоро здесь смогут также лечить инфаркты легких, почек, тромбоз брыжеечной артерии.

Новые возможности диагностики для детской службы

В Республиканской детской клинической больнице состоялось открытие нового диагностического центра, в котором принял участие Президент Башкортостана Рустэм Хамитов.

Центр оснащен необходимым оборудованием, операционными для проведения высокотехнологичных малоинвазивных и амбулаторных операций. Это обеспечит более широкий охват детей, уменьшит сроки их стационарного лечения. Сметная стоимость диагностического центра составила 1,2 млрд рублей, в том числе на 897,912 млн рублей приобретено 280 единиц медицинской техники. Благодаря новому оборудованию уже внедрены перспективные методы диагностики и лечения.

Президент республики высоко оценил работу новых программно-аппаратных комплексов: магнитно-резонансного и компьютерного томографов, рентгеновского остеоденситометра, которые помогают на ранней стадии выявлять патологии у детей. «Нам надо бороться за каждую жизнь. За то, чтобы каждый ребенок чувствовал, что он защищен», – обращаясь к врачам, сказал Рустэм Хамитов.

Реанимобили приехали на село

Как рассказал министр здравоохранения РБ Георгий Шебаев благодаря премии, которую Башкортостан заслужил за успешную и эффективную реализацию региональной Программы модернизации здравоохранения, для центральных районных больниц приобретены 30 автомобилей скорой помощи, укомплектованных реанимационным оборудованием. 143 машины специализированной помощи уже переданы и работают в медицинских учреждениях республики.

Кроме того, в ближайшее время крупные населенные пункты республики получат еще 71 автомобиль неотложной помощи, в том числе 18 передвижных медицинских модулей: диагностические комплексы для детей, «Центр здоровья», «Женское здоровье».

Как отмечают главные врачи ЦРБ, новые реанимобили очень комфортные, обладают повышенной проходимостью. Они предназначены для проведения неотложных мероприятий скорой медицинской помощи силами реанимационной бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов на догоспитальном этапе.

Стоимость одного реанимобиля составляет 2 млн 800 тысяч рублей.



Нижегородская область

Три уровня медицинской помощи

По итогам 2012 года в Нижегородской области насчитывалось 147 ЛПУ первого уровня, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и первичную стационарную медицинскую помощь, 49 межмуниципальных специализированных центров второго уровня, 13 региональных центров третьего уровня, оказывающих специализированную, в том числе, высокотехнологичную, медицинскую помощь. Об этом сообщил на итоговой коллегии Минздрава министр здравоохранения Нижегородской области Александр Карцевский. Сеть лечебных учреждений создана с учетом трехуровневой системы по сосудистому, травматологическому, онкологическому и др. профилям.

В перспективе планируется увеличение количества медучреждений первого и второго уровней преимущественно за счет участия частных медицинских организаций. Развитие третьего уровня будет происходить в основном благодаря модернизации государственных больниц и привлечения федеральных медицинских организаций.

Социальная поддержка - врачам

Дефицит врачебных кадров в регионе составляет свыше 4 500 человек, 73% от этого показателя обусловлено поликлиникой, 27% – стационаром. Правительством Нижегородской области принимаются активные меры по привлечению врачебных кадров в учреждения здравоохранения.

В рамках областной целевой Программы «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011–2023 годы» в 2013 году планируется привлечь 110 специалистов. Предусматриваются выплаты на погашение кредита на приобретение автомобиля, строительство или приобретение жилья, при этом молодой специалист должен отработать в учреждении здравоохранения области не менее 10 лет с момента заключения соглашения.

Единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн рублей в 2012 году получили 45 молодых специалистов, прибывшие на работу в сельской местности. План этого года – 39 человек.

В регионе также реализуется областная целевая программа «Обеспечение малоэтажным жильем работников учреждений сферы здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры и спорта в Нижегородской области на 2012–2024 годы с использованием ипотечного кредитования». В ее рамках работникам медучреждений предоставляется разовая выплата в размере 10% от стоимости жилья, а также ежемесячные социальные выплаты на компенсацию процентов в размере 10% годовых по ипотечному жилищному кредиту на срок не более 120 месяцев.

Модернизация продолжается

Общая сумма финансирования программы модернизации в Нижегородской области за 2011–2012 гг. составила более 11 млрд рублей. В 2013 году реализация программы будет продолжена, средства будут направлены на капитальный ремонт 66 учреждений, закупку 143 единиц медицинского оборудования, организацию структурированной кабельной системы в 18 организациях.

В рамках программы «Развитие социальной и инженерной инфраструктуры как основы повышения качества жизни населения Нижегородской области» планируется осуществить финансирование работ в поликлинике в Володарске, Перинатальном центре Дзержинска, Городской больнице № 30, Борской ЦРБ, Детской городской больницы № 1.

НОВОСТИ ТАТАРСТАНА

Заслуженная награда



На итоговой коллегии Минздрава РТ состоялось торжественное вручение званий и правительственных наград. Звание «Заслуженный врач Российской Федерации» получила заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ДРКБ МЗ РТ Фатима Казакова, «Заслуженный врач Республики Татарстан» – профессор кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ Вячеслав Чикаев, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМА Ольга Чечулина, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ДРКБ МЗ РТ Айдар Хамидуллин, участковый врач-терапевт поликлиники Арской ЦРБ Лилия Файзрахманова, врач-нейрохирург РКБ МЗ РТ Геннадий Савкин. «Заслуженными работниками здравоохранения Республики Татарстан» стали старшая операционная сестра Кукморской ЦРБ Кадрия Загидуллина, операционная медицинская сестра РКОД МЗ РТ Инна Степанова, заведующая Старокаерлинским ФАП Дрожжановской ЦРБ София Губаева, заместитель главного врача по организационно-методической работе РКОД МЗ РТ Камиль Шакиров. Звание «Отличник здравоохранения» получила генеральный директор санатория «Сосновый Бор» Дильбар Гатина, Почетную грамоту Минздрава РФ – начальник отдела управления лекарственным обеспечением Управления фармации МЗ РТ Гузель Хайруллина, главный советник отдела по вопросам здравоохранения, спорта и формирования здорового образа жизни Аппарата Кабмина РТ Альфия Валиева.

Одной крови

В Казани будет построена новая республиканская станция переливания крови.



На реализацию этого проекта из республиканского и федерального бюджетов выделена сумма в размере 422 млн рублей. Новое здание ГАУЗ «Республиканская станция переливания крови МЗ РТ» будет иметь общую площадь более 6 тысяч кв. м. Здесь планируется реализовать передовые медицинские технологии, отвечающие современным европейским требованиям и стандартам.

На сегодня утверждено медико-техническое задание на строительство, разработан эскизный проект, ведутся проектно-исследовательские работы. Начало строительства запланировано на 2013 год, окончание – ориентировочно в 2014-м. Для справки: В Казани проживает 30% всех доноров республики. В первом квартале 2013 года в столице Татарстана заготовлено 9908,6 литров цельной донорской крови, 4843,7 – плазмы.

Готовность к ЧС

В Городской клинической больнице №7 МЗ РТ состоялась учения по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС).



Тактико-специальные учения проводились совместно с ГУ МЧС РФ по РТ, службой Республиканского центра медицины катастроф МЗ РТ, Бюро медико-социальной экспертизы РТ, медицинской психологической службой «Сердэш». Готовность к ЧС оценивали гости из различных регионов России, во главе с советником отдела скорой медицинской помощи медицины катастроф Департамента медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела Минздрава РФ Аллой Беловой и начальником отдела штаба ВСМК Михаилом Морозом. Согласно сценарию учения на втором этаже терапевтического корпуса произошло возгорание. Возникла угроза быстрого распространения пожара, а также причинения вреда здоровью стационарных больных. Все силы были оперативно направлены в район условной ЧС. Сотрудники больницы помогли вывозить больных через запасные выходы, в реанимационных приемно-диагностического отделения оказывалась экстренная медицинская помощь тяжелым пациентам. Слаженная работа персонала, взаимодействие структур, участвовавших в учениях, была по достоинству оценена гостями.

Электронная библиотека - в помощь врачам

Татарстанские врачи получили 1000 индивидуальных паролей для доступа к электронной медицинской библиотеке.



Специально разработанный для нужд медицинских работников интернет-ресурс «Консультант врача» включает в себя национальные руководства и клинические рекомендации по более чем 50 специальностям, справочники лекарственных средств и лабораторных показателей, банк медицинских изображений и пр. Все материалы, включенные в библиотеку, разработаны по единой методологии с участием более 3500 академиков и докторов наук из ведущих образовательных и научно-исследовательских учреждений страны. Наряду с доступом к статьям, электронным книгам пользователь получает возможность проверить свои знания, ресурс содержит учебные модули для непрерывного медицинского образования.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, % ОТ ЧИСЛА ОПРОШЕННЫХ



АЛЬКЕЕВСКИЙ	100
САБИНСКИЙ	100
АПАСТОВСКИЙ	97,5
ДРОЖЖАНОВСКИЙ	92
АКТАНЫШСКИЙ	90
КАЙБИЦКИЙ	88
САРМАНОВСКИЙ	87,2
ЗАИНСКИЙ	86,3
СПАССКИЙ	85
ПЕСТРЕЧИНСКИЙ	81,8
КУКМОРСКИЙ	81,5
АТНИНСКИЙ	80
БАЛТАСИНСКИЙ	80
ЛАИШЕВСКИЙ	80
ЧИСТОПОЛЬСКИЙ	78,6
БАВЛИНСКИЙ	77,3
МУСЛЮМОВСКИЙ	76,5
АЗНАКАЕВСКИЙ	75,6
АРСКИЙ	75
ЕЛАБУЖСКИЙ	74,2
АКСУБАЕВСКИЙ	73,5
МАМАДЫШСКИЙ	67,8
ЛЕНИНОГОРСКИЙ	63,8
ВЕРХНЕУСЛОНСКИЙ	63
ТЕТЮШСКИЙ	62,1
МЕНЗЕЛИНСКИЙ	61,1
НИЖНЕКАМСКИЙ	59,1
КАМСКО-УСТЫНСКИЙ	58
Г. НАБ. ЧЕЛНЫ	57,3
ЗЕЛЕНОДОЛЬСКИЙ	55,6
ЧЕРЕМШАНСКИЙ	52,5
МЕНДЕЛЕЕВСКИЙ	51,9
БУИНСКИЙ	51,4
АЛЬМЕТЬЕВСКИЙ	48,6
ТЮЛЯЧИНСКИЙ	48,4
Г. КАЗАНЬ	47
ВЫСОКОГОРСКИЙ	47
БУГУЛЬМИНСКИЙ	45,1
НУРЛАТСКИЙ	44
РЫБНО-СЛОБОДСКИЙ	43,8
ЮТАЗИНСКИЙ	38
АЛЕКСЕЕВСКИЙ	32,5
АГРЫЗСКИЙ	28
НОВОШЕШМИНСКИЙ	22
ТУКАЕВСКИЙ	17,1

Дорогие коллеги!



Айрат ФАРРАХОВ,
министр
здравоохранения
Республики
Татарстан

Поздравляю вас с Новым годом!

В 2012 году было многое сделано для дальнейшего развития республиканского здравоохранения. По итогам 2011 года и первой половины 2012-го Татарстан обеспечил лучшие показатели реализации программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011–2012 годы». Главным результатом нашей совместной работы в 2012 году стало сохранение положительной динамики основных показателей здоровья населения и деятельности системы здравоохранения. В республике отмечается устойчивый прирост населения, в первую очередь, за счет снижения смертности.

Новый год - это время новых возможностей и исполнения самых смелых планов. Нам есть чем гордиться! Сегодня здравоохранение республики делает уверенные и значимые шаги на пути к освоению самых современных достижений медицины.

Наша профессия от каждого из нас требует ответственности и даже, порой, самопожертвования, но каждый прожитый день медика – это десятки спасенных человеческих жизней. А это самая главная и высокая плата за наш тяжелый, но благородный труд.

В новом 2013 году я от всей души желаю вам исполнения самых заветных желаний. Пусть во всех начинаниях вам неизменно сопутствует удача. Счастья и благополучия, любви и взаимопонимания и, конечно же, здоровья!

Гузель ВОЛКОВА,
начальник отдела развития здравоохранения Республики Татарстан МЗ РТ, к.м.н.

Итоги модернизации

Республиканская целевая программа «Модернизация здравоохранения РТ на 2011–2012 годы» была утверждена постановлением Кабмина РТ 10 марта 2011 года, уже 18 марта республика одна из первых в России подписала Соглашение с Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении программы.



Общий объем финансирования программы составил почти 11 млрд рублей, из них средства ФОМС – более 9 млрд рублей. За два года республика получила три премии за достижение лучших показателей при реализации программы среди российских регионов на общую сумму около 1,5 млрд рублей.

Все мероприятия программы были запланированы с учетом наиболее приоритетных направлений: снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии, от внешних причин, укрепление службы родовспоможения и детства.

УКРЕПЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ

Объем финансирования строительно-монтажных работ составил 3,2 млрд рублей. В программу было включено 50 объектов здравоохранения, отремонтировано более 126 тысяч кв.м площадей. Показательным примером успешной реализации программы стало торжественное открытие приемно-диагностического отделения Республиканской клинической больницы в феврале 2012 года, сегодня оно функционирует на полную мощность. В 2012 году здесь была оказана медицинская помощь почти 35 тысячам

пациентов, проведено более 5 тысяч исследований РКТ и т.д.

97 учреждений здравоохранения были оснащены современным оборудованием (закуплено около 17 тысяч единиц техники), в том числе мультисрезовыми рентгеновскими компьютерными и магнитно-резонансными томографами, гамма-камерами, ангиографическими комплексами. Во всех крупных клиниках республики были установлены комплексы чистых помещений.

Особое внимание было уделено укреплению материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения.



ния. Практически полностью обновлен парк медицинского оборудования в Детской республиканской клинической больнице, в перинатальном центре Республиканской клинической больницы, в Закамской детской больнице с перинатальным центром в Набережных Челнах. Последняя была введена в эксплуатацию после капремонта в мае 2012 года. Открытие перинатального центра позволило обеспечить прием беременных из 16 районов Северо-Восточного региона Республики Татарстан. По итогам 2012 года в Набережных Челнах принято рекордное количество родов – свыше 10 тысяч, чего не было в течение последних 20 лет! Сегодня ведутся масштабные работы в Детской больнице с перинатальным центром города Нижнекамска.

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО

В рамках модернизации первичного звена было оснащено 10 крупных поликлиник республики. Для проведения диагностических исследований сердечно-сосудистой патологии, оказания неотложной помощи при острых состояниях в каждую поликлинику приобретены аппараты УЗИ высокого класса, системы холтеровского мониторирования с регистраторами ЭКГ и АД, 12-канальные электрокардиографы, велоэргометры, портативные аппараты ИВЛ, дефибрилляторы.

Большие изменения коснулись сельского здравоохранения. После капитального ремонта и оснащения современным оборудованием открылись обновленные приемно-диагностические отделения с пунктами скорой медицинской помощи в 29 центральных районных больницах, 38 сель-

ских врачебных амбулаторий. Минздравом РТ совместно с Минстроем РТ разработаны и успешно внедрены в массовое строительство типовые модульные ФАПы.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Внедрение современных информационных систем в здравоохранение – одна из важнейших составляющих модернизации. Проводится масштабное оснащение ЛПУ ИТ-системами. В 32 медицинских учреждениях республики введен сервис «Запись к врачу в электронном виде», полностью завершены мероприятия по внедрению обмена телемедицинскими данными, ведения единого регистра медицинских работников, паспортов ЛПУ и субъекта РФ. Все машины скорой помощи оснащены приборами спутниковой навигации ГЛОНАСС.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ

В 70 учреждениях здравоохранения республики (в том числе во всех центральных районных больницах) внедрены 27 федеральных стандартов по наиболее часто встречающимся заболеваниям и оказывающим особое влияние на структуру смертности населения. Это позволило повысить не только качество оказания медицинской помощи – в 2012 году 945 врачей и 2 746 средних медицинских работников получили дополнительные выплаты. Заработная плата врачей и средних медицинских работников, участвующих в реализации стандартов медицинской помощи, составила около 24 тысяч и 12 тысяч рублей соответственно.

Программа модернизации позволила повысить оплату труда специали-

стам, ведущим прием в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Около 4 тысяч врачей и 8 тысяч средних медработников получили дополнительные выплаты.

ДЕМОГРАФИЯ

Реализация программы модернизации позитивно сказалась на демографических процессах в республике. Продолжается естественный прирост населения, по итогам 10 месяцев 2012 года он составил (+)2,4 на 1000 населения, он зарегистрирован в 16 муниципальных районах республики (в 2011 году таковых было 7). Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни населения возросла и составит, по прогнозам Татарстанстата, 72,3 года.

Показатель младенческой смертности вырос на 8,5%, что объясняется переходом на новые критерии живорожденности согласно рекомендации ВОЗ. Однако этот показатель существенно ниже ожидаемых цифр – по данным Минздрава РФ, прогнозировался рост на 25%.

Реализация программы позволила добиться снижения показателей смертности населения в трудоспособном возрасте:

- от болезней системы кровообращения – на 11,3%,
- от травм, отравлений и внешних причин – на 9,4%,
- от злокачественных новообразований – на 3,3%.

Наконец, удовлетворенность населения Республики Татарстан медицинской помощью возросла на 50,5%, что служит самым наглядным доказательством правильности выбранной стратегии развития.

Российская неделя здравоохранения на главном медицинском научно-практическом форуме года

Российская неделя здравоохранения, состоявшаяся в декабре 2012 года, – целый комплекс выставочных и научно-практических мероприятий, неизменно привлекающих интерес профессионалов отрасли.



Международные выставки «Здравоохранение-2012» и «Здоровый образ жизни-2012» собрали в этом году 1085 компаний-участников из 42 стран мира, здесь были представлены национальные экспозиции, поддержанные правительствами Бельгии, Германии, Китая, Республики Корея, Турции, Чехии, Швейцарии, Швеции.

«Расширение числа участников выставки «Здравоохранение-2012», в том числе зарубежных, свидетельствует о том, что в России предпринимаются серьезные шаги в сфере развития здравоохранения. Выставка отражает ход реализации Государственной программы развития отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, позволяет увидеть конкретные результаты ее выполнения, – отметил на церемонии открытия депутат Госдумы РФ Николай Ковалев».

В этом году в рамках выставки была представлена экспозиция Орловской области, в частности, первая в России мобильная поликлиника из четырех модулей на базе автомобилей КАМАЗ, способная заменить хорошо оснащенное стационарное медицинское учреждение и предоставляющая реальную возможность получения качественных медицинских услуг в любом уголке нашей страны. Мероприятия по формированию мобильных медицинских комплексов были предложены Минздравом РФ в рамках подготовки к внедрению с 2013 года алгоритма диспансеризации населения для профилактики и ранней диагностики заболеваний.

«Важен практический результат выставки, то, что она дает практическому здравоохранению, – подчеркнул директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль. –

Нам необходимо очень хорошее оборудование по доступным ценам, и выставки должны служить этим целям».

В рамках научно-практических мероприятий Российской недели здравоохранения состоялись IV Всероссийский Форум «Поставки медицинского оборудования и медицинских изделий в ЛПУ. Стратегия-2013», Международная научная конференция «СпортМед-2012», II-й Всероссийский конгресс радиологов «Рентгенодиагностика в России. Перспективы развития», 14-й Ежегодный научный форум «Стоматология-2012», Российский медицинский инвестиционный форум, Международный деловой медико-фармацевтический форум.

Среди специализированных СМИ был представлен и журнал Healthy Nation, который является информационным партнером и ежегодным участником выставки «Здравоохранение».



Самый эрудированный медицинский работник по версии Healthy Nation

На выставке «Индустрия здоровья. Казань» состоялся финальный этап викторины для врачей, организованной журналом Healthy Nation совместно с Республиканским центром медицинской профилактики МЗ РТ.

Отборочный тур викторины проводился на официальном сайте издания – здесь были опубликованы несколько вопросов. Врачи и медицинские работники, которые быстрее всех правильно ответили на них, были приглашены на четвертьфинал, состоявшийся на выставке «Индустрия здоровья. Казань». Кроме того, отборочный тур был проведен и среди врачей, посетивших экспозицию.

Настоящая борьба развернулась на финальном этапе викторины, который также прошел на площадке выставки. Участникам мероприятия было предложено ответить на ряд вопросов, касающихся общей врачебной практики, истории казанской медицинской школы, продемонстрировать навыки оказания неотложной медицинской помощи.

Ответы конкурсантов оценивало компетентное жюри: директор Диспетчерского центра МЗ РТ Ростислав Туишев, руково-

дитель отделения функциональной диагностики РКБ МЗ РТ Юрий Терегулов, главный врач Республиканского центра медицинской профилактики Римма Садыкова, главный редактор журнала Healthy Nation Елена Степанова.

Приз зрительских симпатий получила Екатерина Столярова (Республиканская стоматологическая поликлиника), 3 место занял Максим Глухов (РКБ-2), 2 место – у Эльвиры Цибульской (ДРКБ МЗ РТ), 1 место и звание «Самый эрудированный медицинский работник» получила Гузель Галимуллина (РЦМП МЗ РТ). Призы и подарки финалистам были предоставлены партнерами и спонсорами мероприятия. Также каждый из участников получил сертификат на годовую подписку на журнал.

Healthy Nation благодарит партнеров и спонсоров викторины за помощь в подготовке мероприятия.

ПАРТНЕРЫ

ГАЗ «РЦМП МЗ РТ»,
ГАЗ «РКБ МЗ РТ», КГМУ

Генеральный спонсор:

клиника **Platinental**
Клиника Platinental, являясь новатором в пластической хирургии и лазерной косметологии, предлагает самые действенные методики омоложения и сохранения красоты: мезотерапия, контурная пластика, ультразвуковая подтяжка и многое другое. Platinental – профессиональное решение эстетических проблем.

Официальный спонсор:

Дворец единоборств «Ак Барс»
Уникальность Дворца единоборств заключается в его многофункциональности. Он оснащен всем необходимым для занятий борьбой и различными видами единоборств, а также тренажерным залом, профессиональными силовыми и кардиотренажерами, восстановительным центром с саунами, оборудованием для гидропроцедур и бассейном.

ТЕМА НОМЕРА:

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНА

Валерий ПАРФЕНОВ,
директор ГБУ «Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»,
профессор, д. м. н.

Александр МИРОШНИЧЕНКО,
заместитель директора по организации скорой и неотложной помощи,
профессор, д. м. н.

Ирина БАРСУКОВА,
руководитель Научно-методического отдела организации скорой помощи, к. м. н.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В ЦЕЛЯХ ОБЕСПЕЧЕНИЯ УСТОЙЧИВОГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЕГОДНЯ ЯВЛЯЕТСЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СМП).



СМП является самым массовым, доступным, бесплатным видом медицинской помощи, оказываемой населению медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения. Ежегодно эта служба выполняет от 47 до 50 миллионов выездов, оказывая медицинскую помощь более 50 миллионам граждан.

Приоритетный национальный проект «Здоровье» в сфере здравоохранения позволил улучшить состояние службы СМП, выйти на новый этап ее развития. Этому способствовали целевые программы, направленные на оказание СМП пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях, пациентам с острым коронарным синдромом, мероприятия по совершенствованию и развитию материально-технической базы СМП, модернизация здравоохранения регионов Российской Федерации.

Система скорой медицинской помощи имеет большой ресурсный потенциал: она насчитывает около 3 тысяч станций и отделений СМП, более 40,7 тысячи выездных бригад, в ее рядах трудится свыше 170,6 тысячи сотрудников. Последние годы знаменательны значительным изменением материально-технической базы организаций СМП, совершенствованием профессиональной подготовки персонала СМП, внедрением современных технологий в работу догоспитального этапа (тромболитическая терапия), развитием госпитального этапа СМП, ростом информатизации и автоматизации процессов управления, формированием системы управления и контроля качества медицинской помощи. Вместе с тем сложившаяся система организации службы скорой медицинской помощи все еще не обеспечивает необходимую эффективность работы.



Отраслевая программа должна ставить целью формирование условий для повышения доступности, качества и эффективности скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания, выравнивание условий ее предоставления, обеспечение эффективного использования ресурсов системы скорой медицинской помощи.

В свете принятия и поэтапного вступления в силу Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» и Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» основные направления модернизации скорой медицинской помощи были заложены в изменениях ее нормативно-правовой базы, они связаны с рациональным использованием имеющихся ресурсов здравоохранения.

При этом эффективное функционирование системы скорой медицинской помощи определяется следующими системообразующими факторами:

- 1) совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить оказание доступной и качественной бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий;
- 2) развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения СМП, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение медицинских организаций СМП на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;
- 3) наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать поставленные задачи в рамках Российской Федерации.

Негативные тенденции демографической ситуации в стране, рост числа и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными медико-санитарными потерями, усложнение внутри- и внешнеполитической обстановки в связи с ростом терроризма выдвигают дополнительные задачи по совершенствованию организации скорой медицинской помощи в Российской Федерации. Существенно выросло значение СМП как одного из ведущих факторов национальной безопасности Российской Федерации. Сегодня возникла острая необходимость решения ее задач. Основными

проблемами современного этапа развития скорой медицинской помощи следует считать:

- Отсутствие единой системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью в Российской Федерации на разных уровнях ее функционирования, приводящее к ослаблению координации и контроля ее деятельности, а также обеспечения научно-методического сопровождения.
- Оказание своевременной медицинской помощи в муниципальных районах происходит не по принципу наиболее близко расположенной бригады, а по принципу территориальной принадлежности, что затрудняет возможность координации деятельности службы СМП с соседними районами обслуживания, делает невозможным ее оказание на территории другого района, что особенно важно в условиях чрезвычайных ситуаций.
- Высокая доля несвойственной нагрузки на догоспитальный этап, низкая эффективность использования дорогостоящих ресурсов. Служба скорой медицинской помощи по-прежнему выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности АПУ по оказанию помощи на дому, транспортировке больных (в том числе на гемодиализ и обратно, консультации и обследования), доставке препаратов крови и специалистов-консультантов, что приводит к снижению оперативности работы бригад СМП.
- Отсутствие единых технологических требований, протоколов и стандартов оказания скорой медицинской помощи, учитывающих этапы ее оказания и отражающих преемственность в их деятельности, объемы и виды помощи. Отсутствие утвержденных на сегодняшний день стандартов скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания и индикаторов качества не способствуют конкретизации государственных гарантий этого вида помощи, определению адекватного финансирования медицинских организаций СМП и рациональному использованию имеющихся ресурсов.



– Отсутствие преемственности оказания медицинской помощи между организациями службы СМП и медицинскими организациями госпитального звена, отсутствие или недостаточное развитие в стационарах структуры СМП приводят к ряду негативных явлений: задержке оказания СМП, затруднениям с эффективной диагностикой, снижению своевременности и качества оказания медицинской помощи, перегруженности специализированных отделений стационара непрофильными больными. В то же время имеющийся опыт зарубежных стран наглядно демонстрирует, что оптимальным вариантом организации приема экстренных больных является создание на госпитальном этапе отделений экстренной медицинской помощи (emergency department). Неэффективная структура оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе, дефекты ее тарификации и оплаты тормозят интенсивное использование коечного фонда и его реструктуризацию.

– Одна из наиболее острых проблем – дефицит кадров службы скорой медицинской помощи, который сегодня составляет: среди врачей – 49,8 %, среди фельдшеров – 20,2 %, среди санитаров – 58,5 %, среди водителей – 15,5 %. Это приводит к работе в условиях некомплектованных бригад, незакрытых нарядов смены, что сказывается на оперативности и качестве оказания СМП. Неоправданно высокий коэффициент совместительства персонала СМП также приводит к снижению качества ее оказания. В последние годы отмечается незначительное увеличение численности среднего и младшего медицинского персонала, а также водителей при снижении количества врачей СМП. Поэтому одной из главных тенденций в развитии догоспитального звена становится постепенное замещение объемов врачебной помощи фельдшерскими. При этом неэффективно используется потенциал врачебных и специализированных бригад на вызовах и при транспортировке, где медицинская помощь предоставляется в объеме доврачебной помощи. Нецелевое (непрофильное) и

неэффективное применение специализированных бригад ведет к нерациональному использованию имеющихся материальных и кадровых ресурсов, дисквалификации медицинского персонала.

– Особого внимания заслуживают показатели оперативности работы службы скорой медицинской помощи: только 80% вызовов соответствует ожидаемому 20-минутному интервалу прибытия бригады к пациенту.

– Материально-техническая база медицинских организаций, оказывающих СМП, не в полной мере соответствует современным требованиям, в том числе по уровню информатизации и автоматизации процессов ее оказания. Автоматизированные системы управления приема и обработки вызовов к 2011 году установлены лишь в 417 (14%) медицинских организациях СМП, что имеет негативные последствия для оперативности работы службы СМП, качества обработки статистических данных, аналитической и организационно-методической работы.

– Состояние автопарка машин службы СМП в настоящее время не соответствует ее запросам. Количество машин скорой помощи со сроком эксплуатации до трех лет составляет 15,5% автопарка СМП; количество автомобилей старше пяти лет – 42%. В ряде регионов страны потребность в обновлении и приобретении недостающего автотранспорта достигает 80-90 %. Медицинское оборудование автомобилей СМП также требует модернизации и централизованного контроля закупок.

– Недостаточной является готовность СМП к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

– Ослабление научно-методического сопровождения скорой медицинской помощи и низкий уровень ее контроля качества также требуют пристального внимания.

Все вышесказанное делает крайне необходимым и актуальным комплексное решение обозначенных проблем скорой медицинской помощи



Валерий ПАРФЕНОВ:

«Утверждение нового Порядка оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации, разработка и внедрение Стандартов оказания скорой медицинской помощи позволят поднять систему скорой медицинской помощи в нашей стране на качественно новый организационный уровень».

в рамках программно-целевого планирования в масштабе Российской Федерации. Отраслевая программа должна ставить целью формирование условий для повышения доступности, качества и эффективности скорой медицинской помощи на всех этапах ее оказания, выравнивание условий ее предоставления, обеспечение эффективного использования ресурсов системы скорой медицинской помощи. Достижение этой цели должно предполагать решение ряда задач:

- совершенствование нормативно-правовой, материально-технической и организационно-методической базы скорой медицинской помощи;
- формирование современной системы мониторинга и управления скорой медицинской помощью на уровнях – федеральном, субъекта Российской Федерации, муниципальном;
- выравнивание условий оказания СМП и обеспечение равной доступности для населения современных медицинских технологий на территории Российской Федерации;
- формирование современных организационных моделей оказания скорой медицинской помощи на всех ее этапах с учетом сложившейся в субъектах Российской Федерации социальной инфраструктуры;
- внедрение единых технологических требований и медико-экономических стандартов оказания скорой медицинской помощи и системы управления качеством, формирование современных финансово-экономических механизмов и системы оплаты скорой медицинской помощи в целях повышения эффективности использования ресурсов;
- улучшение преемственности в деятельности догоспитального и госпитального этапов скорой медицинской помощи; развитие стационарных отделений СМП (отделений экстренной медицинской помощи) в крупных многопрофильных стационарах, на которые возложены функции оказания СМП;

– устранение дефицита медицинских кадров, совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки специалистов для оказания медицинской помощи при экстренных и неотложных состояниях, особенно врачей СМП для стационарных отделений СМП (отделений экстренной медицинской помощи);

– улучшение научного сопровождения наиболее актуальных проблем экстренной медицины, координации научных исследований в этой сфере, ускорение разработки и внедрения современных технологий диагностики и лечения в клиническую практику;

– совершенствование системы информационного обеспечения скорой медицинской помощи;

– улучшение межведомственного взаимодействия при ликвидации чрезвычайных ситуаций.

Несмотря на множество задач, стоящих перед скорой медицинской помощью Российской Федерации и требующих неотложного решения, система продолжает стабильно работать и выполнять свое назначение. В ближайших перспективах ее дальнейшего развития: утверждение нового Порядка оказания скорой медицинской помощи населению Российской Федерации, разработка и внедрение Стандартов оказания скорой медицинской помощи, что позволит поднять на качественно новый организационный уровень систему скорой медицинской помощи в нашей стране.

Важный этап в развитии системы СМП в Российской Федерации – переход к финансированию в системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) СМП) оказывается в рамках базовой программы ОМС, финансовое обеспечение осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года.

Таким образом, с начала следующего года догоспитальный этап СМП вступает в новый период своего экономического развития. Переход системы СМП в ОМС будет способствовать обеспечению гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС, соблюдению государственных гарантий прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, созданию условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

Этот этап развития скорой медицинской помощи неизбежно связан с изменением организационных и финансово-экономических механизмов функционирования организаций СМП. Он влечет за собой усиление учета и контроля их деятельности, включением в систему контроля организации и качества медицинской помощи внешних экспертов – страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС. Все это служит целям дальнейшего совершенствования и развития скорой медицинской помощи, рациональному использованию имеющихся материально-технических, финансово-экономических и кадровых ресурсов, повышению эффективности функционирования системы здравоохранения в целом.

Со списком литературы вы можете ознакомиться на сайте www.healthynation.ru

Андрей АНИСИМОВ,

заместитель главного врача по медицинской части МУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи №1» г. Казани, главный хирург МЗ РТ, профессор, д. м. н.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ



ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ В НАШЕЙ РЕСПУБЛИКЕ МОГУТ БЫТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО СОКРАЩЕНЫ ЗА СЧЕТ КОМПЛЕКСНЫХ МЕР ПО УМЕНЬШЕНИЮ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ЭКСТРЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ. ЗНАЧИМОСТЬ ЭТОЙ ПРОБЛЕМЫ ОБУСЛОВЛЕНА ШИРОКИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ВОЗРАСТАЮЩЕЙ ЧАСТОТОЙ ОСЛОЖНЕНИЙ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО.



Анализ официальных статистических данных свидетельствует о том, что в Татарстане 42% койко-дней приходится на госпитализации в связи с острыми состояниями. В структуре госпитализированных в экстренном порядке больные хирургического профиля составляют 30%. Эту нозологическую

группу объединяют общие факторы риска, детерминанты, связанные с тяжестью этого контингента пациентов, поздней госпитализацией, высоким уровнем послеоперационной летальности, и общие возможности предупреждения или коррекции возникших нарушений.

Несмотря на успехи в совершенствовании техники операций, улучшение обеспечения учреждений здравоохранения современной аппаратурой, внедрение новых методов исследования и лечения, летальность экстренных хирургических больных

в 2006 – 2011 годах стабильно удерживалась в пределах 1,0% – 1,49% (рис. 1). Смерть в молодом возрасте от острого хирургического заболевания либо жизнь с инвалидностью приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Работодатели несут потери, связанные с невыходом на работу, снижением производительности труда и текучестью кадров. С точки зрения семьи неблагоприятные последствия включают расходы на медицинскую помощь, уменьшение доходов, ранний выход на пенсию, повышенную зависимость от служб медико-социальной помощи и социального обеспечения. Все это обуславливает пристальный интерес к вопросам совершенствования организации экстренной хирургической помощи на уровне региона.

В Республике Татарстан экстренные хирургические заболевания имеют многофакторную этиологию и

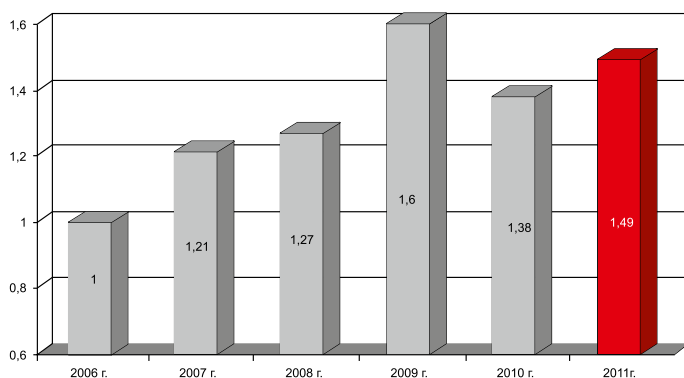


Рис. 1. Летальность среди всех экстренных хирургических больных в Республике Татарстан (в % к выбывшим из стационаров)

развиваются в результате сложных взаимодействий между индивидуумами и средой их обитания. Однако в общей структуре экстренной хирургической патологии преобладают больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости. Среди них наибольший удельный вес в структуре причин смерти в последние годы принадлежит острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечным кровотечениям и острому панкреатиту (рис. 2).

При возникновении экстренных состояний в 72%–83% случаев пациенты госпитализируются в первые сутки после появления симптомов. Исключения составляют случаи острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечного кровотечения и острого панкреатита. Это, вероятно, связано с тем, что такие больные стараются перетерпеть боль и откладывают обращение к медицинским работникам на более поздний срок. Контингент умерших больных в хирургических отделениях стационаров – это преимущественно люди пожилого и старческого возраста, имеющие соответствующую своему возрасту общесоматическую патологию (ишемическая болезнь сердца, состояние после перенесенного острого инфаркта миокарда, инсульта, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хроническая легочная и почечная недостаточность и др.). В то же время результаты анкетирования населения по вопросам профилактики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости свидетельствуют о значимости поведенческих факторов риска в их возникновении. Так, $22,9 \pm 2,2\%$ опрошенных принимают крепкие напитки 1–2 раза в неделю, а $11,6 \pm 2,3\%$ из них употребляют их более 200 мл за раз. $13,9 \pm 1,7\%$ – пьют пиво практически ежедневно. Более 70% опрошенных не интересуются составом и калорийностью съеденной пищи, не стремятся покупать экологически чистые продукты и не используют фильтры для очистки питьевой воды. Около 70% страдают от гиподинамии и недостатка физической активности. В результате слабой массовой санитарно-просветительской работы население мало информировано не только по важнейшим вопросам лечения и профилактики заболеваний, но и по основным принципам поведения больного при таком экстренном состоянии как «острый живот».

Именно поэтому стратегия руководства Министерства здравоохранения Республики Татарстан и республиканской хирургической службы подразумевает использование комплексного сбалансированного подхода к устранению или уменьшению предотвратимых причин возникновения этих болезней и действий, направленных на улучшение результатов лечения

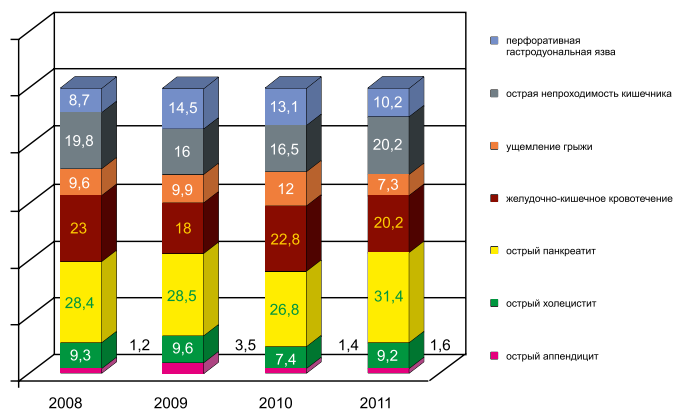


Рис. 2. Структура причин смерти экстренных хирургических больных в Республике Татарстан, %.

и качества жизни пациентов, страдающих от них. Ввиду многофакторной этиологии экстренных хирургических заболеваний и часто имеющей место концентрации факторов риска и сопутствующей патологии этот подход нам представляется наиболее эффективным и результативным. Приступая к практической реализации этой стратегии, мы отдавали себе отчет в том, что, с одной стороны, экстренная хирургическая помощь и по порядку оказания и по содержанию становится все более специализированным видом помощи, технологически насыщенным и дорогостоящим, а ее организация требует особого внимания и совершенствования. С другой стороны, проблема осложняется трудностями своевременной диагностики неотложной патологии, оценки состояния пациента, ограниченными возможностями муниципальных лечебных учреждений в оказании больным своевременной и адекватной помощи. Именно поэтому Минздравом РТ в рамках Программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011–2012 гг.» большое внимание уделяется укреплению материально-технической базы и реконструкции лечебно-профилактических учреждений. Сегодня оказание стационарной хирургической помощи взрослому населению, в том числе неотложной, организовано на 2123 койках (рис. 3). Обеспеченность общими хирургическими койками взрослого населения составляет 6,64 на 10 тысяч постоянной численности взрослых (рис. 4).

Кратко перечислю наиболее крупные реализованные хирургические проекты 2011 года. Были проведены работы по строительству приемно-диагностического отделения ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ». Его официальное открытие состоялось 29 февраля 2012 года. Продолжается капитальный ремонт в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» Казани. На сегодня здесь завершено строительство приемно-диагностического отделения, возведен двенадцатизэтажный хирургический корпус площадью около 30 тысяч кв.м. На проектную мощность вышло ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» в Набережных Челнах. Завершены строительно-монтажные работы в 12 центральных районных больницах. Были поставлены новые эндохирургические комплексы для абдоминальной хирургии («Эндомедиум», г. Казань) в ГАУЗ «ГБСМП № 2» г. Казань, в ГАУЗ «Буйнская ЦРБ», в ГАУЗ «Муслюмовская ЦРБ», в ГАУЗ «Тетюшская ЦРБ».

В результате в хирургических стационарах Республики Татарстан отмечены устойчивый рост числа операций, ежегодное стабильное нарастание

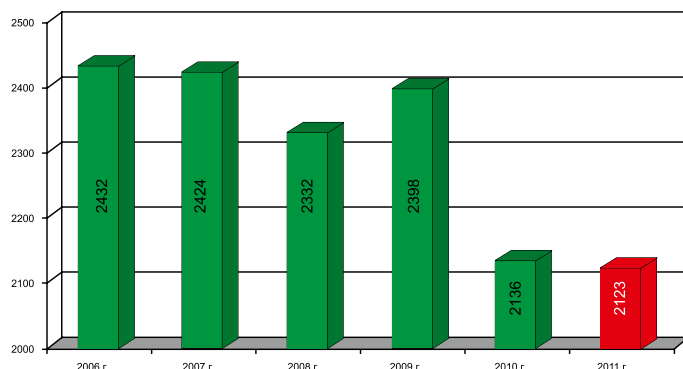


Рис. 3. Число общих хирургических коек в Республике Татарстан

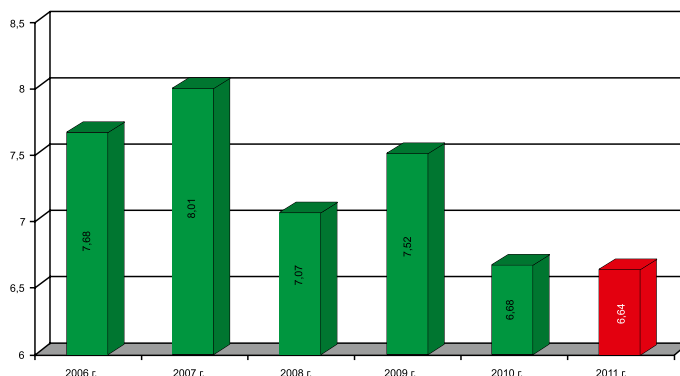


Рис. 4. Обеспеченность общими хирургическими койками взрослого населения в Республике Татарстан, на 10 тысяч постоянной численности взрослых 15 лет и более

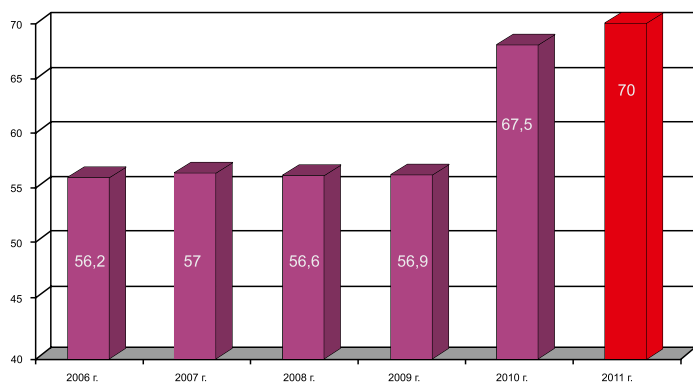


Рис. 5. Хирургическая активность на койках хирургического профиля в Республике Татарстан, на 100 выписанных больных

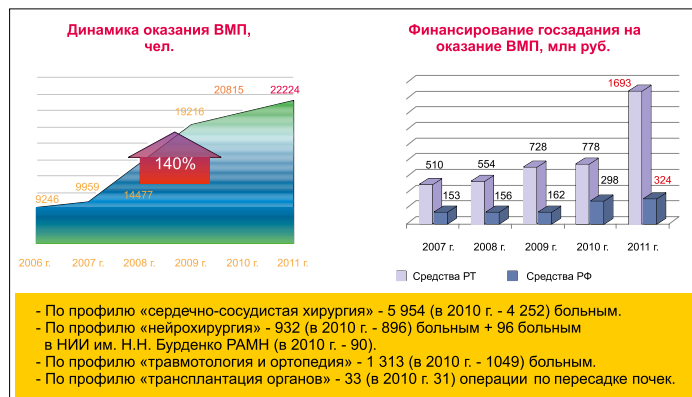


Рис. 6. Объемы высокотехнологичной хирургической помощи в Республике Татарстан

хирургической активности с 56,2% в 2006 году до 70,0% в 2011 году (рис. 5).

Проведенная работа по оптимизации структуры отрасли для хирургической службы в целом проявилась в образовании трех административно-территориальных зон с центрами высокотехнологичной хирургической помощи в Казани, Набережных Челнах и Альметьевске. Это позволило значительно повысить доступность и качество экстренной специализированной, в том числе высокотехнологичной хирургической помощи. В 2011 году в рамках государственного задания высокотехнологичную хирургическую помощь получили 22 224 пациента (в 2010-м – 20 815 человек). В том числе за счет средств бюджета РТ – 17 152 пациента, за счет федерального бюджета – 3 166. 1 616 человек были направлены в федеральные клиники (рис. 6).

В рамках совершенствования организации хирургической помощи пострадавшим при ДТП в республике организована работа одиннадцати травмоцентров на участках ФАД М-7 «Волга» и ФАД М-5 «Урал», проходящих по территории Республики Татарстан. В них были доставлены 434 пострадавших с сочетанными травмами, в том числе в травмоцентры первого уровня – 195, второго уровня – 172, третьего уровня – 67. Было проведено более 107 тысяч исследований и выполнено 961 операция, в том числе в травмоцентрах первого уровня – 433, второго уровня – 407, третьего уровня – 121 (рис. 7).

В этой связи уместно отметить, что развитие высокотехнологичной хирургии неизбежно приведет к необходимости создания инфраструктуры,

оптимизирующей работу дорогостоящих хирургических центров. В этих условиях по аналогии с созданной в 2009–2011 годах сетью травмоцентров централизация ресурсов хирургической службы подразумевает их ревизию и перегруппировку в интересах максимального удовлетворения запросов больных. Пациент хирургического профиля должен поступать в специализированный центр, где ему будет оказан полный объем необходимой медицинской помощи. Причем важно оперативно привести больного не столько в ближайшее медучреждение, как это делалось раньше, сколько туда, где есть соответствующее оборудование и квалифицированные специалисты для проведения полноценного объема диагностической и лечебно-реанимационной программы. Если речь идет о крайне тяжелом пациенте, который просто не выдержит транспортировки в более отдаленный высокотехнологичный хирургический центр, либо о человеке со стабильными показателями гомеостаза, которого можно лечить на месте, его должны направлять в хирургический стационар центральной районной больницы. Или по аналогии с травмоцентрами – стационар третьего уровня. В отношении тяжелых больных его задача – поддержать витальные функции пациента и стабилизировать его состояние для последующей транспортировки в хирургический центр более высокого уровня. В стационарах второго уровня, площадкой для организации которых могут стать межмуниципальные сосудистые центры с высокотехнологичным медицинским оборудованием, современными компьютерными томографами и квалифицированными кадрами, целесообразно сосредоточить основной объем стационарной хирургической помощи. Лечение наиболее сложных

Доставлено **434** (в 2010 г. – 536) пострадавших с сочетанными травмами.
 В травмоцентры **первого уровня – 195** (в 2010 г. – 252),
второго уровня – 172 (161),
третьего уровня – 67 (123).
 Проведено более **107** (87) тысяч исследований.
 Выполнена **961** (1048) операция.
 В травмоцентрах **первого уровня – 433** (398),
второго уровня – 407 (364),
третьего уровня – 121 (286).

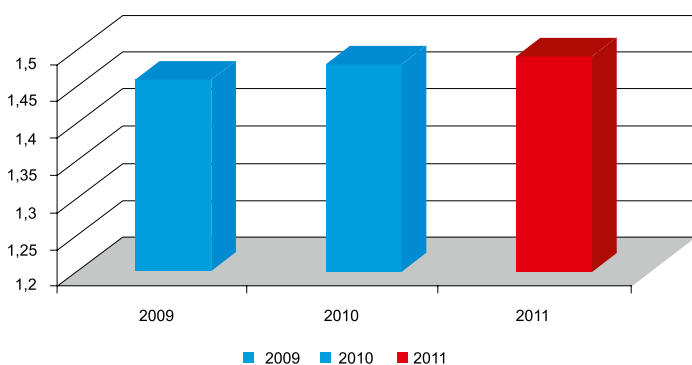


Рис. 8. Обеспеченность врачами-хирургами в Республике Татарстан, на 10 тысяч постоянного взрослого населения

хирургических заболеваний, таких как третичный перитонит, инфицированный панкреонекроз с глубокими степенями эндогенной интоксикации, тяжелые формы портальной гипертензии и т.п., должно проводиться в хирургических стационарах первого уровня, в которых уже сегодня оказывается реальная высокотехнологичная хирургическая помощь с применением современного диагностического оборудования и всего спектра реанимационного пособия. Нам представляется, что такая централизация хирургических ресурсов невозможна без диспетчеризации, выполняемой на базе современных информационных технологий. Положительный опыт работы Диспетчерского центра МЗ РТ убедительно свидетельствует о перспективности его использования для обеспечения управленческих решений в области совершенствования организации экстренной хирургической помощи.

Неотъемлемой и наиболее важной частью ресурсного обеспечения процесса оказания экстренной хирургической помощи взрослым больным являются кадры врачей-хирургов. По состоянию на 1 января 2012 года в стационарах Республики работало 457 хирургов. Таким образом, обеспеченность врачами-хирургами составила 1,49 на 10 000 постоянного взрослого населения (рис. 7).

На наш взгляд, о признании авторитета казанской хирургической школы сами за себя говорят следующие факты: в 2011 году на прошедшей в Москве X церемонии «Лучший врач года» в числе лауреатов оказались и представители Татарстана. Так, в номинации «Лучший нейрохирург» III место было присуждено заведующему отделением нейрохирургии ГАУЗ МКДЦ МЗ РТ Андрею Алексееву. Кроме того, лауреатами национальной премии

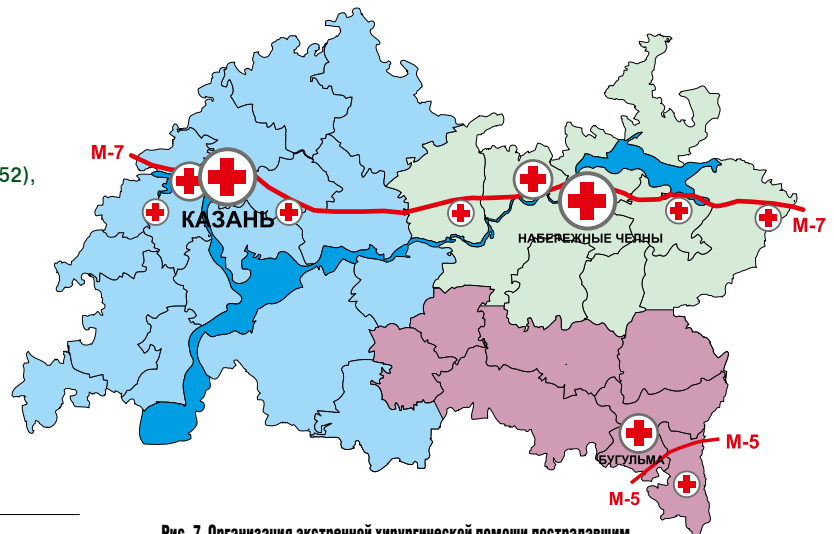


Рис. 7. Организация экстренной хирургической помощи пострадавшим в ДТП на территории Республики Татарстан

«Призвание» в номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека», стала бригада кардиохирургов ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ во главе с профессором Леонидом Миролюбовым.

С 1 сентября 2011 года в учреждениях здравоохранения хирургического профиля в рамках «Программы модернизации здравоохранения РТ на 2011 – 2012 годы» было начато активное внедрение федеральных хирургических стандартов по заболеваниям, оказывающим особое влияние на структуру смертности населения: «острый перитонит», «желчно-каменная болезнь», «острый панкреатит», «острый холецистит», «язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки». Это позволило использовать разработанные стандарты не только в качестве показателей деятельности экстренной хирургической службы, для оценки и мониторинга качества предоставляемой хирургической помощи, для принятия решений, основанных на доказательствах, для поддержки клиницистов в их повседневной практической деятельности, но и для эффективного использования финансовых стимулов. Например, для применения прогрессивной шкалы оплаты труда хирургов в зависимости от улучшения клинических показателей. В целом в результате реализации всех стандартов учреждениями здравоохранения в 2011 году дополнительные выплаты получила 1 567 врачей (средний размер выплат составил 5 137 рублей в месяц) и 4 203 средних медицинских работников (средний размер выплат составил 2143 рубля в месяц). Заработная плата врачей и средних медицинских работников, участвующих в реализации стандартов медицинской помощи, увеличилась на 20% и 25,6% соответственно.

В заключение следует отметить, что сегодня хирургическая служба Республики Татарстан обладает тремя основными категориями ресурсов:

- кадровые (хирурги, средний медицинский персонал и т.д.),
- инфраструктура (здания, сооружения и т.д.),
- расходные компоненты (лекарства, технологии и т.д.).

Дальнейшее инвестирование в эти ресурсы, а также в информатизацию хирургической службы, их развитие в части совершенствования экстренной хирургической помощи, на наш взгляд, будет способствовать реализации государственной политики в области здравоохранения, направленной на максимальное сохранение жизни и здоровья граждан, снижение трудопотерь, инвалидизации и смертности населения Республики Татарстан.

Дмитрий КРАСИЛЬНИКОВ, заведующий
кафедрой хирургических болезней № 1 КГМУ,
профессор, заслуженный врач РФ, РТ, д. м. н.

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ:

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ



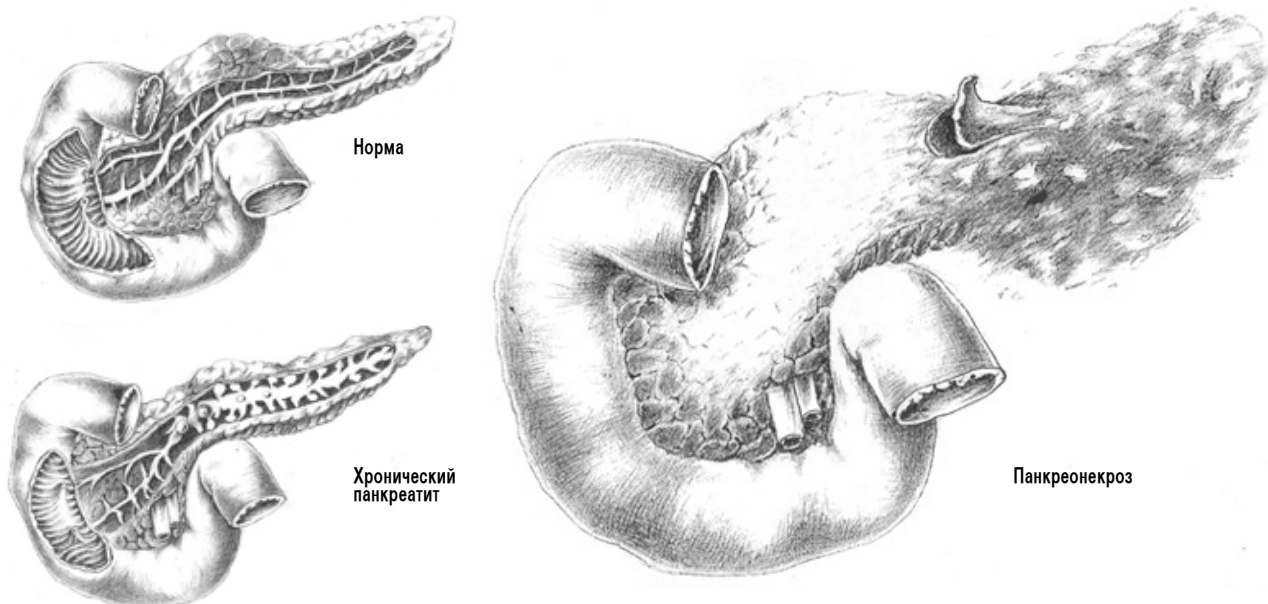
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ИЗ ГОДА В ГОД НЕУКЛОННО РАСТЕТ. В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОН ЗАНИМАЕТ ВЕДУЩУЮ ПОЗИЦИЮ. ЭТОМУ СПОСОБСТВУЮТ ПОЗДНЯЯ ИЛИ ОШИБОЧНАЯ ДИАГНОСТИКА, НЕДООЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ И, СООТВЕТСТВЕННО, НЕАДЕКВАТНЫЙ ВЫБОР НЕОБХОДИМЫХ КОНСЕРВАТИВНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.

Высокий процент летальности при остром деструктивном панкреатите связан не только с биотическими изменениями, происходящими в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке, но и травматичностью традиционных оперативных вмешательств, число которых у одного пациента порой достигает 5–6 и более.

Принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом основаны на дифференцированном подходе к выбору оперативных вмешательств в зависимости от фазы развития заболевания, его клинико-морфологической формы, степени тяжести состояния больного и сроков заболевания. Различная степень распространенности некротического поражения поджелудочной железы и разных отделов забрюшинной клетчатки, а также факт их инфицирования определяют

многообразие вариантов хирургической тактики. Это касается показаний к операции, сроков хирургического вмешательства, последовательности применения транскутанных, лапароскопических и лапаротомных методик. Кроме того, вопрос о выборе оптимальных вариантов хирургического лечения больных деструктивным панкреатитом окончательно не решен.

Клинической формой острого деструктивного панкреатита (ОДП) в фазе септического расплавления и секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) являются инфицированный панкреонекроз и гнойно-некротический парапанкреатит различной степени распространенности. Этот период характеризуется прогрессированием клинических и лабораторных признаков острого воспаления, повышением концентрации прокальцитонина в крови. При компьютерной томографии и УЗИ органов



брюшной полости отмечают увеличение числа и размеров жидкостных образований, появление девитализированных тканей (секвестров) и/или наличие пузырьков газа. О септическом воспалении свидетельствуют и положительные результаты бактериоскопии и бактериологического посева аспирата, полученного при тонкоигольной биопсии.

Целью хирургического вмешательства при гнойных осложнениях ОДП является санация пораженной забрюшинной клетчатки. Операция включает широкое вскрытие, санацию и дренирование пораженной забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некро-секвестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, при этом целесообразно использовать малоинвазивные методы (пункция и дренирование под УЗИ и КТ-наведением).

В отделении абдоминальной хирургии РКБ МЗ РТ с 2009 по 2011 гг. находилось на лечении 782 больных с острым панкреатитом. Вследствие проведения комплексной консервативной терапии 619 пациентам не потребовалось выполнение хирургического вмешательства, 163 больных были оперированы. Средний возраст составил 46,5 лет. Послеоперационная летальность составила 17,7%.

Общепризнанными показаниями к операции считают:

- инфицированный панкреонекроз;
- панкреатогенный абсцесс;
- билиарный острый деструктивный панкреатит при наличии деструктивного холецистита и/или холедохолитиаза с нарастающей желтухой и гнойным холангитом;
- травматический панкреатит при наличии полного или частичного разрыва поджелудочной железы.

Ситуация при выборе способа лечения больных со стерильным панкреонекрозом неоднозначна. Объективных критериев, позволяющих достоверно, даже во время операции определить объем некроза поджелудочной железы, до настоящего времени нет. Таким образом, показания к открытым операциям при стерильном панкреонекрозе строго

ограничены. Показаны, прежде всего, малоинвазивные хирургические вмешательства: видеолaparоскопия, чрескожные пункционные вмешательства.

Видеолaparоскопические вмешательства с лечебно-диагностической целью были выполнены 98 пациентам, непосредственно после этих операций произошло три летальных исхода. Показания для видеолaparоскопических вмешательств были следующие:

- уточнение факта панкреонекроза;
- оценка распространенности и характера панкреатогенного перитонита;
- выявление источника перитонита другой этиологии;
- ферментативный перитонит;
- выполнение лапароскопической холецистостомы;
- оментобурсостомия.

Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ в стерильную фазу выполняли:

- при наличии ограниченных жидкостных образований забрюшинного пространства;
- для дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните;
- для наложения холецистостомы или холангиостомы при желчной гипертензии;
- для бактериологического и биохимического исследования экссудата.

Тонкоигольное пункционное вмешательство позволяет определить наличие контаминации, оценить распространенность процесса деструкции и способствует выведению больного из эндотоксического шока. Полученный экссудат в обязательном порядке направляется на определение уровня амилазы, микробиологическое и цитологическое исследования. Контроль за состоянием брюшной полости и забрюшинного пространства осуществляем ежедневным УЗИ, при затрудненной визуализации – РКТ или ЯМР томографией.

При проведении дренирующих перкутанных операций мы используем методы: стилет-катетер (одноэтапный), двухэтапный, троакарный. Если

предполагается прохождение траектории через брюшную полость, мы применяем первые две методики. При дренировании забрюшинного пространства без контакта с брюшной полостью предпочитаем троакарный способ, позволяющий сразу установить дренажи большого диаметра, «гильзы» ретроперитонеостомы. Через ретроперитонеостомические отверстия осуществляем осмотр, санацию забрюшинного пространства и удаление секвестров корзинкой Дормиа.

Показаниями к пункционным и дренирующим лечебным чрескожным вмешательствам при панкреатогенных органных и внеорганных жидкостных образованиях считаем:

1. жидкостные скопления в сальниковой сумке, в области селезенки и в параколльном пространстве;
2. формирующиеся постнекротические псевдокисты;
3. сформированные псевдокисты при наличии небольших тканевых включений и при отсутствии интерпанкреатической гипертензии;
4. рецидивные и резидуальные псевдокисты и жидкостные скопления брюшной полости;
5. абсцессы поджелудочной железы;
6. наличие жидкости в забрюшинном пространстве;
7. билиарная гипертензия.

Прежде всего пункционно-дренирующие методы применяются пациентам с инфицированным ограниченным деструктивным панкреатитом с нарастающей полиорганной недостаточностью и крайне сомнительной переносимостью операции. Применение малоинвазивных процедур позволяет ликвидировать септические проявления и в дальнейшем выбрать более подходящее время для оперативного вмешательства в условиях наступившей демаркации некротизированных тканей.

Противопоказаниями к пункционно-дренирующему лечению являются:

1. крупные секвестры в полости кисты;
2. признаки кровотечения в полость кисты;
3. подозрение на кистозную опухоль;
4. признаки панкреатической гипертензии;
5. «организованный» панкреонекроз без жидкостного компонента;
6. распространенный перитонит.

Из-за одновременного созревания секвестров после традиционных операций довольно часто формируются абсцессы, дренирование которых производится под УЗ-наведением. Траектория введения дренажа определяется с учетом адекватности оттока отделяемого, возможности замены дренажа по необходимости. В абсцессы объемом более 60 мл устанавливаем два дренажа и более. При наличии секвестров проводим их замену на дренажи с большим просветом до 30 Fr. Большой внутренний просвет позволяет, в результате множественных промываний полостей, размывать и удалять фрагменты некротических тканей.

20 больным в стадии гнойных осложнений, с развитием забрюшинной флегмоны, ввиду тяжести состояния нами проведено первичное дренирование забрюшинного пространства. Дренирование проводим сразу из различных точек, которые выбираем с учетом возможно большего охвата дренируемого объема и адекватности дренирования.

За 2009–2011 гг. в клинике оперированы 163 больных в различных стадиях панкреонекроза. Было выполнено около 652 пункционно-дренирующих вмешательств и около 850 процедур по замене дренажей. Пункционная санация и кратковременное дренирование проведено 27 больным.

Дренирование полости малого сальника, парапанкреатической клетчатки, параколльного пространства, тазовой клетчатки при абсцессах – 136 больным. Из них 89 больным до и 47 – после открытого оперативного лечения.

Особенно надо отметить важность РКТ-контроля. Если не удастся четко определить состояние забрюшинного пространства и поджелудочной железы только при помощи УЗИ, дренирование проводим под контролем РКТ.

Достоверно отмечено (с использованием прогностических систем Renson и APACHE-2) уменьшение частоты оперативных вмешательств в группе больных, где использовались навигационные технологии, по сравнению с пациентами, к которым применялась традиционная хирургическая тактика.

Инфицированные формы панкреонекроза (инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит, инфицированная киста) независимо от степени полиорганных нарушений требуют оперативного лечения. В противном случае фатальный исход заболевания неизбежен.

Варианты хирургических вмешательств при инфицированном панкреонекрозе (ИП) включают в себя открытые вмешательства (лапаротомия, люмботомия) и закрытые (чрескожные вмешательства под контролем УЗИ, видеолaparоскопия). При развитии ИП, когда по результатам УЗИ, КТ установлено, что некротический компонент очага существенно преобладает над жидкостным (либо последний вовсе отсутствует), а степень тяжести состояния больного не имеет тенденции к улучшению, применение чрескожных методов дренирования ограничено.

В наших наблюдениях было выполнено 132 открытых вмешательства по поводу инфицированного панкреонекроза. При этом основными оперативными доступами являются:

- срединная лапаротомия;
- двухподреберная лапаротомия;
- люмботомия;
- срединная лапаротомия с синхронной люмботомией.

После выполнения лапаротомии основное внимание должно быть уделено оценке распространенности и характера поражения поджелудочной железы, всех отделов забрюшинной клетчатки, органов брюшной полости. Основные этапы вмешательства: широкое вскрытие полости малого сальника, абдоминализация поджелудочной железы, некрэктомия, секвестрэктомия, мобилизация селезеночного угла ободочной кишки, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны. Цель, к которой стремится хирург, заключается в выявлении, полноценном санировании и адекватном дренировании всех гнойно-некротических полостей.

Однако одномоментная санация у части больных с инфицированным панкреонекрозом не всегда удается, требуются повторные вмешательства, так называемые программируемые санации. Клинический смысл разделения санаций на этапы основывается на следующих положениях:

- факт одновременного созревания секвестров;
- вторичное прогрессирование гнойного процесса по типу затеков;
- большая опасность септического шока при одномоментном раскрытии обширных забрюшинных нагноений.

Программируемые санации выполняли в режиме 24–72 часа или «по требованию», т.е. при возникновении экстренных показаний.

Ирина ИСАЕВА,
заведующая Республиканским центром
медицины катастроф



МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ:

ПОВСЕДНЕВНАЯ ГОТОВНОСТЬ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ

МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ – ЭТО НЕ ПРОСТО СКОРАЯ ПОМОЩЬ. ОСОБЫМИ ЗАДАЧАМИ СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УПРАВЛЯЕМОСТИ ПРОЦЕССА ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ, ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ СИЛ В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ И ЗА ЕГО ПРЕДЕЛАМИ, ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ СМЕЖНЫХ МИНИСТЕРСТВ И ВЕДОМСТВ.



атарстан одним из первых регионов Российской Федерации в 1991 году создал Республиканский центр экстренной медицинской помощи. В 1994 году Центр получил свое современное наименование – Республиканский центр медицины катастроф, став организационной

основой быстрой и эффективной помощи населению при любых видах массовых поражений: стихийных бедствиях, технологических и транспортных авариях, террористических актах.

Медицину катастроф часто считают скорой помощью, но это не так. Врач СМП нацелен на оказание медицинской помощи пострадавшим, и это его функция. Врач медицины катастроф – это, прежде всего, организатор и координатор. Он должен обобщить информацию о характере ЧС, о числе пострадавших и

тяжести их состояния, немедленно информировать оперативный штаб, чтобы сделать прогноз создавшейся ситуации, определить необходимые силы и средства. Врач медицины катастроф на границе очага ЧС принимает руководство всеми медицинскими силами, обеспечивая, в том числе, безопасность персонала бригад, определяя места приема и сортировки пострадавших.

В РЦМК круглосуточно функционируют две медицинские бригады, в состав которых входят врачи анестезиологи-реаниматологи и врачи скорой медицинской помощи. Работа осуществляется на реанимобилях «Фиат» и «Фольксваген», где имеется все необходимое оборудование для поддержания витальных функций пациентов: аппараты ИВЛ, портативные модификации кардиологического и анестезиологического оборудования и т.д.



С 2011 года отделение экстренной и планово-консультативной медицинской помощи (санитарной авиации) является структурным подразделением Республиканского центра медицины катастроф ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан»

Экстренная и планово-консультативная медицинская помощь осуществляется наземным и воздушным транспортом. Отделением ежегодно выполняется 1200–1300 вызовов. В связи с развитой сетью дорог – около 80% вызовов обеспечено автотранспортом. Около 250 вызовов в год обслуживается авиатранспортом, что полностью покрывает существующую потребность в оказании медицинской помощи Республики Татарстан по линии санитарной авиации.

Специалистами отделения оказывается медицинская помощь в виде консультаций, оперативных вмешательств на базе вызывающих ЛПУ, эвакуации в специализированные медицинские учреждения.

В Республике Татарстан обслуживание вылетов производится вертолетами МИ-2, МИ-8, Робинсон -44.

Во исполнение Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323 - ФЗ статьи 35 и в целях совершенствования оказания скорой специализированной медицинской помощи в Республике Татарстан издан приказ Министерства здравоохранения от 10.05.2012 № 673 «Об утверждении Порядка работы выездных, в том числе выездных экстренных консультативных, бригад скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации граждан, находящихся на лечении в медицинских организациях в Республике Татарстан».



В соответствии с указанным приказом произошло разделение республики на три зоны с организацией работы специалистов на базах РКБ, в медсанчасти ОАО «Татнефть» г. Альметьевска и ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны по направлению санитарной авиации.

Для осуществления медицинской эвакуации тяжело пострадавших из учреждений здравоохранения Республики Татарстан используются реанимационные бригады Республиканского центра медицины катастроф.



В текущем году с целью повышения доступности оказания специализированной медицинской помощи высококвалифицированными специалистами отделений РКБ учреждениям здравоохранения Республики Татарстан организована система видеоконференцсвязи в круглосуточном режиме функционирования на базе ситуационного центра Республиканской клинической больницы. Все центральные районные больницы Республики Татарстан оборудованы автоматическими рабочими местами, позволяющими проводить квалифицированные консультации специалистами без выезда к месту нахождения больного, а также в реанимационных отделениях указанных учреждений установлены ip-камеры для непосредственной визуализации больного в процессе лечения и



проведения консультации. Данная система позволяет уменьшить количество выездов консультантов в районы. Оставаясь в РКБ, специалисты в режиме on-line могут наблюдать больного и работу врачей реанимационных отделений, мгновенно получать результаты томографии, коронарографии и другие необходимые данные, проводить коррекцию лечения.

Все вместе это представляет немалую силу, но значительно большие силы могут быть мобилизованы РЦМК при возникновении чрезвычайной ситуации с большим числом пораженных: на этот случай в медицинских организациях республики предусмотрено формирование 152 врачебно-сестринских бригад и 100 бригад специализированной медицинской помощи службы.

Современные информационные технологии позволили вывести медицину катастроф республики на принципиально новый уровень.

На базе приемно-диагностического отделения РКБ был создан Ситуационный центр, где теперь концентрируется вся информация о чрезвычайных происшествиях и предпринятых мерах реагирования. На видеостене в режиме on-line отображается местонахождение на территории республики 487 единиц санитарного транспорта, оснащенных трекерами системы ГЛОНАСС+112.

При ДТП дежурный врач оперативно-диспетчерского отдела имеет право перераспределять и направлять к месту происшествия близко находящиеся бригады скорой помощи, независимо от обслуживаемой ими территории.

Телекоммуникационные системы Ситуационного центра обеспечивают связь с Всероссийским центром медицины катастроф «Защита», с Министерством здравоохранения Российской Федерации. Кроме того, в задачи Ситуационного центра входит оперативное управление силами и средствами Минздрава РТ в период проведения крупномасштабных культурно-массовых и спортивных мероприятий, таких как Универсиада.



В преддверии студенческих Игр-2013 для каждого объекта Универсиады разработаны планы на случай различных чрезвычайных ситуаций, включая теракты, массовые беспорядки и техногенные катастрофы. Был пересмотрен лекарственный запас с акцентом на антидотную составляющую.

Важным направлением работы Республиканского центра медицины катастроф стало участие в организации оказания помощи на федеральных автодорогах М-5 и М-7, в создании сети травмоцентров разных уровней, а также в ежегодной республиканской целевой программе повышения безопасности дорожного движения в Республике Татарстан. За 9 месяцев 2012 года на трассе М-7 «Волга» произошло 317 ДТП, в которых пострадали 517 человек, их них погибло 58. Доля погибших снизилась с 16,5% в 2011 г. до 11,2% в 2012 г. На эту статистику оказало влияние не только уменьшение среднего времени доезда бригад СМП (14,4 минуты в 2012, 15 минут в 2009), но и обучение специалистами РЦМК методам оказания первой помощи сотрудников ГИБДД. В текущем году первая помощь была оказана ими до приезда бригад скорой помощи в 46,8% случаев, чего прежде не могло быть в принципе.

20-летний опыт развития медицины катастроф в республике показывает, что служба в последнее время становится все актуальнее как по причине усложнения техносферы и увеличения рисков техногенных ЧС, так и в связи с глобальными климатическими и геологическими изменениями. Быстро растет количество ЧС социального характера. Это связано с открытостью современного общества, значительными миграционными потоками, проведением в республике большого количества крупных спортивных и культурно-массовых мероприятий, в том числе международных. Все это ставит перед службой медицины катастроф более сложные задачи, для решения которых применяются новые медицинские, информационные и организационные технологии.



ХРОНИКА ОДНОЙ ЧС

24 октября в 14.23 в оперативно-диспетчерский отдел Республиканского центра медицины катастроф поступила информация о вооруженном столкновении во дворе дома на ул. Химиков, 25. Сообщение поступило от граждан по единой системе вызова экстренных служб «112», которая автоматически рассылает сообщения во все учреждения, занимающиеся ликвидацией ЧС. К месту происшествия выехали две бригады медицины катастроф.

Уточнения ситуации при каждой ЧС идут непрерывно. По прибытии на место бригады медицины катастроф собирают оперативную информацию, лично контактируют с руководителем операции (или объекта) ЧС, а также принимают на себя руководство действиями бригад СМП. В скором времени из пятиэтажного дома, где засели преступники, сотрудники МЧС и ФСБ эвакуировали 31 жителя, среди них было двое детей и одна беременная женщина. Их разместили в двух автобусах, где людям была оказана психологическая помощь.

В соответствии с планом действий при контртеррористической операции был проведен сбор личного состава Республиканского центра медицины катастроф. (При возникновении крупных ЧС создается до 10 бригад РЦМК). Оперативный дежурный зарезервировал для возможных пострадавших койки в учреждениях здравоохранения республики. Эвакуированные жители были размещены в ближайшей школе, некоторые из них – в «Сафар-отеле». Были госпитализации, обращения с неврозами. Всего в операции приняли участие 2 бригады медицины катастроф и 7 бригад скорой помощи. К сожалению, ЧС не обошлась без жертв.

В 19.05 от центра по проведению контртеррористической операции был получен отбой, но работа службы медицины катастроф продолжилась. Все госпитализации проведены быстро и четко. Ночью был вызов скорой к одному из эвакуированных на дом.



МЕДИЦИНСКИЕ РЕНТГЕНОВСКИЕ ПЛЕНКИ

ДИАГНОСТИКА С ЗАБОТОЙ О ЗДОРОВЬЕ

Сенситометрические показатели	Синечувствительная	Зеленочувствительная
Чувствительность $S_{0,85} p^{-1}$, не менее	950	2500
Средний градиент, не менее	2,2	2,2
Плотность вуали, Б, не более	0,05	0,03



Качество пленок подтверждается:

- Регистрационным удостоверением,
- Сертификатом соответствия на пленку,
- Протоколами клинических испытаний,
- Сертификатами ГОСТ ИСО и пр.



г. Казань, ул. Восстания, 100. Тел./факс: +7 (843) 560-53-82, 560-67-76.

marketing@tasma.ru

tasmamed.ru | tasmamed.rf

Сергей КРИВОШАПКО,

заместитель главного врача по медицинской части ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», руководитель Республиканского научно-практического центра травмы, главный травматолог МЗ РТ, к. м. н.

ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ТАТАРСТАНЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ



НЕСМОТЯ НА ДОСТИЖЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ, ОКАЗАНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ОСТАЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.



реди всех причин смертности населения травматизм занимает «почетное» третье место, уступая печальную пальму первенства только сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям, а среди мужчин молодого трудоспособного возраста травматизм является наиболее частой причиной смерти. При этом в связи с бурными темпами урбанизации, существенным увеличением количества автотранспорта, ростом строительства и промышленного производства травматизм не имеет тенденции к снижению.

Наиболее тяжелыми по своим последствиям безусловно являются дорожно-транспортные травмы. В рамках реализации программы оказания своевременной медицинской помощи пострадавшим при ДТП на

федеральных трассах М-7 и М-5 в Республике Татарстан организованы и успешно функционируют два травмоцентра первого уровня на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» в г. Казани и ГАУЗ РТ «БСМП» г. Набережные Челны, три травмоцентра второго уровня (на базе БСМП г. Казани, Елабужской и Бугульминской ЦРБ) и шесть травмоцентров третьего уровня (Актанышская, Бавлинская, Верхнеуслонская, Мамадышская, Мензелинская и Пестречинская ЦРБ).

С целью рационального использования сил и средств медицинской службы на базе Республиканского центра медицины катастроф ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» создан ситуационный центр, оборудованный системой интерактивной связи со всеми травмоцентрами, реанимационными отделениями, выездными бригадами РЦМК и СМП. Возможности центра



С открытием новой БСМП неотложная травматологическая помощь будет оказываться по «территориальному» принципу: все три клиники будут дежурить 7 дней в неделю 24 часа в сутки и оказывать медицинскую помощь жителям закрепленных районов.

позволяют в кратчайшее время организовать консультацию ведущих специалистов РКБ в режиме видеоконференции, обсудить данные клинического, лабораторного, рентгенологического, РКТ, МРТ и прочих исследований, принять оптимальное решение по тактике ведения больного, а при необходимости организовать эвакуацию пациента в травмоцентр первого уровня.

Приказом Минздрава РТ от 10 мая 2012 г. №673 «Об утверждении порядка работы выездных, в том числе выездных экстренных консультативных, бригад скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации граждан, находящихся на лечении в медицинских организациях в Республике Татарстан» закреплены зоны ответственности санавиации за тремя ведущими медицинскими учреждениями:

ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»	ГАУЗ РТ «БСМП» г. Н. Челны	МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска
Арский, Атинский, Алексеевский, Апастовский, Алькеевский, Аксубаевский, Балтасинский, Буинский, Верхнеуслонский, Высокогорский, Дрожжановский, Зеленодольский, Кайбицкий, Камско-Устьинский, Кукморский, Лаишевский, Новошешминский, Нурлатский, Пестречинский, Рыбно-Слободский, Сабинский, Спасский, Тетюшский, Тюлячинский, Чистопольский муниципальные районы и г. Казань	Агрызский, Актанышский, Елабужский, Заинский, Мамадышский, Менделеевский, Мензелинский, Муслимовский, Нижнекамский, Тукаевский муниципальные районы и г. Набережные Челны	Альметьевский, Азнакаевский, Бугульминский, Бавлинский, Лениногорский, Сармановский, Черемшанский, Ютазинский муниципальные районы



«РКБ МЗ РТ»	«ГКБ №7» (БСМП)	«ГКБ №12»
<p>Неотложная помощь взрослым и подросткам 15–18 лет, нейрохирургия: Приволжский район, часть Советского района (Азино-2, Танкодром). Неотложная помощь детям: Вахитовский, Московский (кроме Жилплощадки), Ново-Савиновский, Приволжский, Советский районы. Травма кисти и микрохирургия, санавиация: по направлениям из ЦРБ, пострадавшие в ДТП на М-7 – Арский, Атинский, Алексеевский, Апастовский, Алькеевский, Аксубаевский, Балтасинский, Буинский, Верхнеуслонский, Высокогорский, Дрожжановский, Зеленодольский, Кайбицкий, Камско-Устьинский, Кукморский, Лаишевский, Нововешминский, Нурлатский, Пестречинский, Рыбно-Слободский, Сабинский, Спасский, Тетюшский, Тюлячинский, Чистопольский районы</p>	<p>Неотложная помощь взрослым и подросткам 15–18 лет, нейрохирургия: Вахитовский, Московский (кроме Жилплощадки), Ново-Савиновский, Советский районы (кроме Азино-2, Танкодрома).</p>	<p>Неотложная помощь взрослым и подросткам 15–18 лет, неотложная помощь детям, нейрохирургия: Авиастроительный, Кировский, Московский районы (Жилплощадка)</p>

С целью обеспечения равных возможностей получения высококвалифицированной ортопедической помощи жителям различных районов Республики Татарстан организованы три зоны оказания высокотехнологичной медицинской помощи по виду «эндопротезирование крупных суставов»:

- центральный регион - ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» г. Казань, число прикрепленного населения 1,8 млн человек;
- северо-восточный регион - ГАУЗ РТ «БСМП» г. Н. Челны с населением 1,2 млн человек;
- юго-восточный регион - МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, прикреплено 0,8 млн человек.

Количество операций эндопротезирования в Татарстане ежегодно увеличивается: в 2010 году выполнено 690 вмешательств, в 2011-м – уже 1501 операция, по данным 2012-го – 2093 операции.

Особого внимания заслуживает травматологическая служба г. Казани. В апреле 2013 года ожидается открытие новой БСМП на базе Городской клинической больницы №7. В ее составе предполагается развернуть два травматологических отделения по 50 коек, что позволит перейти на новый

принцип организации неотложной травматологической помощи. В настоящее время жителям Казани она оказывается по «очередному» принципу – дежурят три крупные травматологические клиники в закрепленные дни недели, принимая жителей всех районов столицы и ближайших районов Республики Татарстан. При этом на приемные отделения создается чрезвычайно высокая нагрузка – до 180 обращений в сутки, что не лучшим образом сказывается на качестве медицинской помощи. В 2011 году по экстренным показаниям в травматологические клиники Казани были госпитализированы 4988 взрослых пациентов и 2150 детей до 18 лет.

С открытием новой БСМП неотложная травматологическая помощь будет оказываться по «территориальному» принципу: все три клиники будут дежурить 7 дней в неделю 24 часа в сутки и оказывать медицинскую помощь жителям прикрепленных районов.

Такой принцип оказания неотложной травматологической помощи позволит своевременно в пределах 15–20 минут доставить пострадавшего в дежурную клинику, снизить нагрузку на приемные отделения, сократить время ожидания и повысить качество оказываемой медицинской помощи пациентам с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

САМЫЕ СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОРТОПЕДИИ



- Orthopilot® — лидирующая навигационная система в мировой ортопедии с 1998 года
- Новейшие модели эндопротезов крупных суставов
- Все для минимально-инвазивного доступа в ортопедии
- Пара трения керамика-керамика Biologix delta от 36 мм

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



ООО «Б. Браун Медикал»

196128, Санкт-Петербург, а/я 34
e-mail: office.spb.ru@bbraun.com, тел./факс: (812) 320 4041

117105, Москва, Варшавское шоссе, д. 17,
тел.: (495) 747 5191, факс: (495) 788 9826

420 012, Казань, ул. Щапова, д. 26 оф. 211,
тел.: +7 (927) 249 5472, факс: (843) 267 6095

Александр ВАНЮШИН,руководитель отделения и интенсивной терапии
ГБУЗ «Республиканская клиническая больница
МЗ РТ», врач анестезиолог-реаниматолог

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПОЗИЦИИ РЕАНИМАТОЛОГА



ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ВСЕГДА ЯВЛЯЛОСЬ КРАЕУГОЛЬНЫМ КАМНЕМ МЕДИЦИНЫ. НЕСМОТРЯ НА ТО, ЧТО С НЕЕ НАЧИНАЛИСЬ ТЫСЯЧЕЛЕТНЯЯ ИСТОРИЯ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ, СЕГОДНЯ, В XXI ВЕКЕ, МЫ ПРОДОЛЖАЕМ ГОВОРИТЬ О ЕЕ НЕСОВЕРШЕНСТВЕ И НЕРЕШЕННЫХ ПРОБЛЕМАХ, ПОСТОЯННО ПЫТАЕМСЯ ЕЕ РЕФОРМИРОВАТЬ И УЛУЧШАТЬ.



аписано много книг, проведены клинические исследования, изданы регламентирующие приказы, однако проблема в реализации принципа «золотого часа» в оказании неотложной медицинской помощи (НМП) остается актуальной и по сей день. НМП – чрезвычайно важная область в медицине,

требующая усовершенствования, развития и изучения. Хочу выделить основные проблемы и вероятные пути их решения на стационарном этапе.

Система оказания скорой медицинской помощи (СМП) на догоспитальном этапе на сегодняшний день далека от идеала не только в сельских районах, но и в крупных городах. Если со своевременностью и быстротой прибытия бригад СМП ситуация меняется к лучшему, то в отношении качества ее оказания проблем достаточно. Малоинформативная статистика о количестве

обслуживаемых вызовов, госпитализаций, списанных медикаментов не отражает всей реальной картины, а относительно благополучные показатели отличаются от того, что мы видим в приемных отделениях многопрофильных или узкоспециализированных больниц, куда этот пациент доставляется. Зачастую поступление экстренного больного является неожиданностью для ЛПУ и сопряжено с долгим ожиданием дежурных врачей.

Отсутствие преемственности на этапах оказания экстренной медицинской помощи приводит к снижению ее эффективности и сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения. Есть много определений НМП, но мне нравится простое: «Незамедлительная и быстрая медицинская квалифицированная помощь человеку с остро развившимся заболеванием или повреждением,



В системе экстренной помощи не нужны маломощные, узкоспециализированные и плохо оснащенные больницы, где условия для оказания неотложной медицинской помощи ограничены. Лучше потратить еще несколько минут на транспортировку и доставить пациента по назначению, где ему будет оказана исчерпывающая специализированная помощь.

при которых требуется немедленное медицинское вмешательство, без оказания которого пациент погибнет». Ключевые слова: «быстрота» и «квалифицированная».

Начало, а точнее, продолжение оказания НМП на стационарном этапе должно осуществляться с момента доставки пациента в приемное отделение стационара. Еще несколько лет назад даже в РКБ неотложная помощь с момента поступления пациента в клинику оказывалась с большой отсрочкой. Причин этому было много, но главная – неэффективная организация приемных отделений, недостаток оборудования и кадровые проблемы. Понятие «приемный покой» оправдывало свое название – с упором на слово «покой». Сегодня мы по опыту ведущих учреждений России, зарубежных клиник вносим изменения в структуру приемных отделений. Цели модернизации: обеспечение оперативности обследования с использованием необходимого набора диагностических исследований, принятие решений о тактике, в том числе экстренного оперативного вмешательства, и только после этого – госпитализация или перевод больного в профильное или реанимационное отделение. Ввели понятие «приемно-диагностическое отделение» (ПДО), где начинается лечение пациента «с колес». Предлагались также определения «отделение неотложной (скорой) медицинской помощи», но суть не в этом. Главное, чтобы в ПДО была организована работа с учетом преемственности, незамедлительности и полноценности оказания любого вида медицинской помощи экстремному пациенту, включая всю необходимую диагностику, в максимально короткое время.

Остается проблемой не только кадровый состав и штатное расписание современных ПДО, но и формирование табеля обязательного медицинского оснащения. «Остаточный» принцип должен быть изменен на «приоритетный» при организации современного ПДО. Ранее в состав приемных отделений входил лишь процедурный кабинет. Диагностические службы бессистемно располагались по всему зданию в значительном удалении от ПДО, создавая серьезные трудности в оказании экстренной медицинской помощи. Кадровый состав и сегодня во многих приемных отделениях включает врача-терапевта, редко – хирурга, медсестру и санитарку. Разве могут они, не имея специализации по НМП, повседневно оказывать адекватную медицинскую помощь пациентам и пострадавшим с широким кругом заболеваний? Нет! Об этом свидетельствует многообразная и богатая история развития советской медицины с архаичной структурой приемных отделений, не рассчитанных на поступление даже малого количества тяжелых больных или пострадавших, не говоря уже о вероятных чрезвычайных ситуациях и катастрофах. Система вызова (приглашения) специалиста в ПДО давно изжила себя как неэффективное решение.

Организация неотложной медицинской помощи в приемно-диагностических отделениях остается пока одной из сложных и не до конца решенных проблем в Республике Татарстан. Мы понимаем, что возможности крупных, хорошо оснащенных медицинских центров республики, оказывающих круглосуточно любой вид медицинской помощи населению, существенно выше. Однако имеется много центральных районных больниц, городских ЛПУ, где не все виды неотложной медицинской помощи доступны.

Принцип «своевременность» соблюден, а «доступность» не всегда.

Сегодня эффективен только мультидисциплинарный принцип при оказании неотложной медицинской помощи. Исследования в этой области и опыт ведущих стран показывают, что командный подход особенно эффективен при оказании экстренной медицинской помощи больным, не только в приемном отделении, но и на всех этапах стационарного лечения тяжелого больного. Однако в ПДО он приобретает особую актуальность и значение, когда необходимо эффективное взаимодействие медицинского персонала: среднего и младшего, врачей диагностических служб; врачей-реаниматологов, кардиологов, неврологов, травматологов, нейрохирургов, хирургов.

На сегодняшний день высокую эффективность показали протоколы обследования и оказания неотложной медицинской помощи при инсультах, острых коронарных синдромах, инфарктах миокарда, травмах. С первых минут пациента встречает команда специалистов, а не диспетчер-медсестра.

В современных клиниках в ПДО должна быть сформирована мультидисциплинарная бригада для оказания круглосуточной экстренной медицинской помощи. В ее состав должны входить врачи различных специальностей, прошедшие специальную подготовку, – от кардиолога и хирурга до врача функциональной диагностики. Осуществлять руководство такой бригадой должен только врач-интенсивист – анестезиолог, реаниматолог, врач скорой помощи.

Данные ряда американских исследований свидетельствуют о том, что самым эффективным звеном в этой команде является врач-реаниматолог как единственный специалист, имеющий опыт работы с пациентами в критических состояниях с любой патологией. Скажите, разве врач-хирург приемного отделения сможет быстро и эффективно оказать медицинскую помощь больному с инсультом? А врач-невролог способен незамедлительно провести весь диагностический комплекс и принять тактически верное решение при лечении больного с острым инфарктом миокарда? А сколько врач-терапевт приемного отделения потратит времени на поиск нейрохирурга, реаниматолога и травматолога при поступлении пострадавшего с ДТП в тяжелом состоянии?

Врач-реаниматолог, который ежедневно сталкивается с такой категорией пациентов («с колес»), параллельно с известным ему комплексом диагностики, начнет эффективно лечить больного. Осуществляя координацию и руководство, врач-интенсивист (у нас в стране это пока только врач реаниматолог-анестезиолог) привлекает в бригаду любого специалиста, будь то врач лабораторной диагностики, КТ, УЗИ, рентгенолог, хирург или терапевт.

Говоря о мультидисциплинарности, нельзя не учитывать «человеческий фактор». Это очень актуальная и важная проблема в экстренной медицине. Я выступаю убежденным противником так называемого «индивидуального и творческого клинического мышления» в условиях экстренной медицины. НМП должна базироваться на современных протоколах, стандартах, основанных на данных доказательной медицины. «Errare humanum est – человеку свойственно ошибаться». Субъективизма здесь быть не должно! Мультидисциплинарная бригада и современное диагностическое оборудование сводят к минимуму ошибки, которые могут стать фатальными для пациента. Настало время внедрять «Концепцию защиты пациента». Это очень актуально для больного, находящегося в критическом состоянии, когда он лишен возможности «защитить» себя.

Необходимо улучшать систему непрерывного мониторинга за тяжелым пациентом. Четко следовать изученным и утвержденным протоколам оказания неотложной медицинской помощи. Еще одна проблема, требующая четкой регламентации, – медикаментозная терапия в условиях НМП. Если раньше мы уповали на обилие назначенных препаратов, то большинство из них сегодня в мире признано неэффективными, а многие даже опасными. Полипрагмазия в медицине критических состояний уходит в прошлое, поскольку она бесполезна, экономически ущербна, а иногда и вредна.

Очень важную роль играет система взаимодействия госпиталя и догоспитальных служб быстрого реагирования (Скорая помощь, МЧС, Медицина катастроф, Санитарная авиация и т.д.). Не больной ждет помощи, а команда специалистов – больного. При сегодняшнем уровне развития коммуникаций это должно становиться рутинной практикой. Кроме случаев самообращения все поступления экстренных больных должны сопровождаться передачей всей возможной информации, позволяющей подготовить адекватный прием больного и обеспечить преемственность лечения в стационаре.

С момента поступления пациента с тяжелой политравмой до операционной должны проходить минуты, а не часы! Я считаю, что ни один больной с острым инфарктом миокарда не должен поступать в больницу, где нет круглосуточной ангиографии, эхокардиоскопии и современной биохимической лаборатории. Не может пациент с инсультом или черепно-мозговой травмой быть направлен в клинику, где нет компьютерной томографии. Опасно для больного с острой хирургической патологией поступать в больницу, где нет ультразвуковой диагностики или эндоскопии! В системе экстренной помощи не нужны маломощные, узкоспециализированные и плохо оснащенные больницы, где условия для оказания неотложной медицинской помощи ограничены. Лучше потратить еще несколько минут на транспортировку и доставить пациента по назначению, где ему будет оказана исчерпывающая специализированная помощь.

Эффективная и четкая организация – самый важный фактор успешной неотложной медицинской помощи и лечения пациента! Что нужно сегодня для организации работы служб неотложной медицинской помощи в стационаре? Эффективное взаимодействие всех служб! Не бояться отступать от традиционных схем и вносить изменения в структуру отделений, оказывающих экстренную медицинскую помощь. Готовить специалистов, повышая их статус и полномочия. Иметь четкие регламенты и логистическую схему технологических этапов экстренной медицинской помощи в стационаре.

Изменения необходимы, несмотря на сопротивление со стороны консервативной части медицинского сообщества. Мы должны развиваться и идти вперед, опираясь на мировой опыт и достижения, не дожидаясь скорого изменения в нормативной базе. Человеческую жизнь не пропишешь в приказах. А любой вид медицинской помощи ценен не пиаром в средствах массовой информации, а доступностью и качеством. Мы делаем первые успешные шаги в этой области. Но проблем остается много: штаты, финансы, техника... Мы это можем решить, если научимся начатое доводить до конца и не бояться менять старые принципы, внедряя новые современные модели.

Рамиль ТУРАЕВ,
главный врач ГАУЗ
«Республиканская станция
переливания крови МЗ РТ», к.м.н.,

Лилия СИБГАТУЛЛИНА,
заместитель главного врача
по медицинской части,

Гузель ХАСАНОВА,
заместитель
главного врача по ОМП.

РОЛЬ и ЗНАЧЕНИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ

ЕЖЕГОДНО В ПЕРЕЛИВАНИЯХ КРОВИ В РОССИИ НУЖДАЕТСЯ 1,5 МЛН ЧЕЛОВЕК.
КРОВЬ И ЕЕ КОМПОНЕНТЫ – ЭТО СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ЗАПАС ГОСУДАРСТВА, В СТРАНЕ ДОЛЖЕН ПОСТОЯННО
ПОДДЕРЖИВАТЬСЯ НЕСНИЖАЕМЫЙ ЗАПАС, КОТОРОГО БЫЛО ДОСТАТОЧНО ДЛЯ ОБЫЧНЫХ БОЛЬНЫХ, ЖЕРТВ ДТП
И ДРУГИХ ЭКСТРЕННЫХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ.

ИСТОРИЯ

Издревле люди видели в крови источник жизненной силы и с ее помощью искали исцеления от тяжелых болезней. Указания о лечении кровью имеются в сочинениях Гипократа, Плиния, Цельса и Авиценны. В 1667 году личный врач Людовика XIV Жан-Батист Дени сообщает о первом успешном переливании крови от ягненка человеку. После переливания реципиент почувствовал себя отлично и предложил свою собственную кровь для переливания, став первым сознательным донором в истории человечества. Однако другие случаи переливания крови от животных человеку привели к осложнениям, появились смертельные случаи. Эти обстоятельства вызвали резкое сокращение, а затем и полное прекращение попыток гемотрансфузии.

Очень важную роль в развитии науки переливания крови сыграло открытие в 1900 году Карлом

Ландштейнером групп крови. В результате этого были выявлены причины осложнений после переливания, что дало возможность предупреждать их. С открытием групп крови переливание как лечебный метод стало быстро развиваться.

20 апреля 2012 года исполнилось 180 лет первому переливанию крови в России. В этот день, в 1832 году, петербургский акушер Андрей Вольф впервые в отечественной практике перелил погибающей от кровопотери в родах женщине кровь ее мужа и спас ее. Несмотря на первые обнадеживающие результаты, дальнейшее развитие этого метода шло крайне медленно и носило единичный характер. Успешному решению проблемы организации кадров доноров во многом способствовало создание первых в мире специальных научных и организационных центров по переливанию крови.



Пожалуй, ни один из видов современной медицинской помощи не нуждается в такой поддержке населения, как переливание крови. Кроме человека нет другого источника донорской крови.

СОЗДАНИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ В РОССИИ

В феврале 1926 года Совет труда и обороны при Совете народных комиссаров СССР принял решение о создании первого в мире Института переливания крови, задачами которого были организация массового донорства крови и изучение механизмов действия переливаемой крови. Его первым директором (1926–1928) стал Александр Богданов - философ, экономист, писатель-фантаст и врач-естествоиспытатель. За сравнительно короткий срок – с 1931 по 1936 годы – в нашей стране развернули свою деятельность более 50 филиалов института. В том числе в 1932-м был открыт филиал Института переливания крови в Казани.

В 1938 году Казанский филиал Московского института переливания крови был реорганизован в Областную станцию переливания крови. В первые годы существования станции заготовка донорской крови составляла 58 литров. К началу Великой Отечественной войны СССР имел разветвленную сеть службы крови. Во время ВОВ каждый фронт получил в оперативное подчинение несколько станций переливания крови и снабжался с них. Всего за годы Великой Отечественной войны в СССР Советская Армия получила 7,3 млн литров крови от 5,5 млн доноров, которая была применена для 7 млн трансфузий.

СЛУЖБА КРОВИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

В настоящее время служба крови Республики Татарстан представлена Государственным автономным учреждением здравоохранения «Республиканская станция переливания крови Министерства здравоохранения Республики Татарстан» (ГАУЗ «РСПК МЗ РТ»), которое представляет собой холдинг со станциями переливания крови в Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске и Альметьевске. Это единый бюджет, одно штатное расписание. РСПК обслуживает всю республику, нет ни одного

подразделения в здравоохранении, кто не имеет контактов со службой крови.

В республике кроме РСПК есть еще несколько отделений переливания крови, которые размещаются в государственных лечебных учреждениях: в Республиканской клинической больнице, Детской республиканской клинической больнице и Межрегиональном клинко-диагностическом центре.

ГАУЗ «Республиканская станция переливания крови МЗ РТ» – одно из крупных учреждений службы крови в Российской Федерации, заготавливающее около 35 тонн донорской крови.

Ключевым моментом для развития службы крови на современном этапе стало понимание заместительного механизма действия компонента или препарата крови. На смену трансфузиям цельной крови пришло использование в лечебных целях биологически полноценных компонентов крови (эритроциты, лейкоциты, тромбоциты или плазма), максимально очищенных от примесей, тем самым снижен риск различного рода осложнений.

Наша первоочередная задача – обеспечить инфекционную безопасность крови, она достигается внедрением новых технологий заготовки и переработки донорской крови. На РСПК особое внимание уделяется обеспечению лечебной сети 100% вирусобезопасной (карантинизированной) плазмой. Современная лабораторная служба с высококвалифицированными специалистами помимо прочих исследований проводит ПЦР-исследование крови на маркеры вирусов ВИЧ, гепатита В и С.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОСТОЯНИЕ ДОНОРСТВА КРОВИ

Пожалуй, ни один из видов современной медицинской помощи не нуждается в такой поддержке населения, как переливание крови. Кроме человека нет другого источника донорской крови.



Рамиль ТУРАЕВ:

«Специалисты подсчитали, что если каждый человек – потенциальный донор сдаст кровь в течение своей жизни хотя бы два раза, все потребности общества в этом бесценном препарате будут обеспечены».

Слово «донор» происходит от латинского слова «donare», что означает дарить. С одной стороны, донорство крови – это источник незаменимых лекарственных средств – компонентов или приготовленных из крови человека препаратов крови. С другой стороны – это глобальная проблема обеспечения безопасности доноров и реципиентов. Практически в каждой стране существует своя схема организации донорства. Универсальных рецептов нет.

НЕМНОГО О СЛУЖБЕ КРОВИ ЗА РУБЕЖОМ

В США основные мотивы для сдачи крови – чувство гражданской ответственности и возможность спасти жизнь как близким людям, так и совершенно незнакомым. Кроме того, для многих донорство – семейная традиция.

Большинство государств-членов ЕС, к примеру, страны Северной Европы, следуют рекомендациям Еврокомиссии, соблюдая принципы добровольности, анонимности и

бескорыстности. Доноры здесь объединены в добровольные организации, которые получают возмещение от банков крови за каждую сданную порцию крови. Эти средства расходуются на пропагандистские кампании, привлечение новых членов и устройство небольших праздников для добровольцев.

В Бельгии сбором донорской крови занимается не государство, а общество Красного Креста. Государство определяет цену крови и ее продуктов. По этой цене кровь продается больницам в соответствии с заявками.

В Китае с населением более 1,2 млрд человек насчитывается 40 специализированных центров, один из них – Шанхайский центр крови. Доноры после донации получают продовольственные пакеты и дополнительные дни к ежегодному отпуску.

БЫТЬ ДОНОРОМ ПОЧЕТНО!

По статистике, в России количество доноров крови на 1000 жителей в 2–3 раза меньше, чем в европейских странах и США. В Европе этот показатель составляет до 40 на 1000 населения. В Республике Татарстан – 24 на 1000 (в России – 12–15).

Среди доноров 70% – мужчины, 30% – женщины. Наиболее активная возрастная группа – от 20 до 24 лет (15,9%) и от 40 до 44 лет (14,0%). Сегодня в законодательных актах нет возрастного ограничения. Зачастую к нам приходят абсолютно здоровые люди старше 60 лет, которых мы тоже привлекаем к донорству.

Создание максимально безопасных и удобных условий – это один из путей привлечения населения к донорству и поддержания его дальнейшего активного участия. В России права доноров и их здоровье находятся под защитой государства. На федеральном уровне донорство крови регулируется следующими законодательными актами:

– Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» от 20.07.2012 №125-ФЗ;

– Трудовой кодекс России, вступивший в силу с февраля 2001 года;
– Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ.

Все доноры перед кроводачей проходят бесплатное медицинское обследование. После процедуры донорства необходимо полноценное питание, на которое донору выплачиваются деньги. Донор освобождается от работы в день сдачи крови и ее компонентов и в течение года имеет право на дополнительный день отдыха с сохранением средней заработной платы за эти дни.

Плюсы донорства – возможность помочь какому-то незнакомому человеку, возможно, даже спасти ему жизнь, повышение самооценки от хорошего дела, сдача крови или плазмы укрепляет иммунитет и стимулирует защитные силы организма, возможность получить два дня оплаченного отпуска (первый – в день сдачи крови и второй – любой день в году на выбор).

Минусы донорства – трата двух-трех часов своего времени и соблюдение некоторых ограничений накануне сдачи крови (не есть жирную пищу, масло и жареное, за два дня до сдачи крови нельзя пить алкоголь, за три часа до сдачи крови нужно воздержаться от курения).

Доноры, сдавшие кровь 40 раз и более или плазму крови 60 раз и более, награждаются званием «Почетный донор России» в знак признания государством их благородного вклада в развитие безвозмездного донорства в Российской Федерации. Они имеют право на социальную поддержку от государства, которая заключается в следующем: предоставление ежегодного оплачиваемого отпуска в удобное для них время года в соответствии с трудовым законодательством; внеочередное оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения; первоочередное приобретение по месту работы или учебы льготных путевок на санаторно-курортное лечение; ежегодная денежная выплата.

Имеется также и региональная льгота – право на приобретение социального проездного билета на любой вид городского транспорта. В Татарстане самому молодому человеку, ставшему Почетным донором России, едва исполнилось 24 года. А всего в республике живет более 11 тысяч человек, удостоенных этого почетного звания. Многие из них и по сей день продолжают свою миссию. Республика Татарстан может гордиться своими «Почетными донорами»!

На РСПК проводится большая работа по сохранению донорского контингента и по привлечению новых лиц в донорское движение. Регулярно проводятся встречи со школьниками, студентами, лидерами молодежных движений (в донорском движении Татарстана активное участие принимает молодежь, особенно студенчество, более 40% всех доноров республики – в возрасте от 18 до 29 лет), организуются донорские акции как на республиканском уровне, так и в рамках Федеральных мероприятий по развитию донорского движения, проводятся торжественные мероприятия по чествованию Почетных доноров.

Впервые в России в мае 2012 года было подписано соглашение о социальном сотрудничестве между Министерством здравоохранения РТ (Республиканской станцией переливания крови МЗ РТ), Казанской епархией и Духовным управлением мусульман РТ, которое содержит в себе целую программу взаимодействия религиозных общин и учреждений здравоохранения Татарстана и ставит перед собой первоочередную задачу – оказание содействия пропаганде массового донорства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Постоянное развитие нашего общества и стремительное движение вперед современной медицины ставят перед нами все более сложные задачи. Однако, как и прежде, миллионы жизней больных людей спасает кровь доноров.



Скорая помощь здравоохранению

Ситуации, когда попавшему в беду человеку срочно требуется медпомощь, к сожалению, встречаются не так уж редко. В этом случае машина скорой помощи превращается в палату интенсивной терапии, и от того, как оснащен автомобиль, зачастую зависит жизнь пациента.

РАБОТА НА ИЗНОС

Век автомобиля скорой помощи недолог. Обслуживая экстренные вызовы, всего за один год скорая проезжает от 80 до 100 тысяч километров. В итоге за три-четыре года даже при хорошем уходе и сервисном обслуживании автомобиль скорой помощи почти полностью вырабатывает свой ресурс. Поэтому медицинским учреждениям необходимо регулярно обновлять автопарк.

Вместе с тем сегодня в России не хватает скорых даже самого распространенного класса А. К примеру, в Нижнем Новгороде почти треть всех карет скорой помощи подлежит списанию в утиль. Об этом недавно заявил на встрече с журналистами министр здраво-

охранения Нижегородской области Александр Карцевский. Из 125 автомобилей, находящихся в ведении Станции скорой помощи столицы Приволжского федерального округа, 41 неотложка имеет высокую степень износа и подлежит выводу из эксплуатации. По словам министра, ежегодное обновление автопарка скорой помощи должно быть в пределах 38-40 автомобилей.

В других крупных городах ПФО ситуация не лучше. В столице Башкортостана почти 60% карет скорой помощи были куплены еще пять лет назад. Чтобы решить транспортную проблему, дирекция Станции скорой помощи Уфы заключила контракт на предоставление в аренду шести автомашин скорой помощи. Недавно



Стенд компании «АВТОДОМ» на выставке «Здравоохранение-2012»

Министерством здравоохранения Республики Башкортостан было закуплено 45 автомобилей скорой медицинской помощи класса А.

Требуется обновление автопарка и в Ульяновске. Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов распорядился обновить не менее 40% от имеющегося транспорта в течение 2012-2013 годов. «В 2013 году будет приобретено 40 автомобилей скорой медицинской помощи класса В, в том числе реанимобили», – сообщила Министр здравоохранения Ульяновской области Валентина Караулова.

В Казани проблема с наличием машин скорой помощи стоит менее остро, в преддверии Универсиады-2013 были закуплены 87 новых реанимобилей, оснащенных современным

медицинским оборудованием, 62 автомашины скорой медицинской помощи класса А на базе автомобиля УАЗ. В данный момент в списании нуждаются порядка 130 машин, работающих преимущественно в сельской местности.

Надежным поставщиком автомобилей скорой медицинской помощи (АСМП) для всех регионов России является ульяновская компания «АВТОДОМ», выпускающая скорые всех видов и комплектаций, причем как для больших городов, так и для сельской местности. Это предприятие занимается выпуском спецавтомобилей более 10 лет и располагает мощной производственной базой. Сотрудники компании собирают скорые всех трех классов на базе автомобилей Fiat Ducato, Ford Transit

– рассказывает менеджер отдела продаж ООО «АВТОДОМ» Арсений Лебедев.

Машины изготавливаются в условиях сертифицированного производства. После того, как автомобиль проходит все испытания, производитель получает документ, подтверждающий, что транспортное средство полностью соответствует требованиям, предъявляемым к данному типу машин. Качество автотехники подтверждают также сертификаты соответствия госстандартам России и свидетельства о безопасности конструкции транспортных средств.

Специалист компании убедительно заявляет: «Документы, имеющиеся у нас, подтверждают гарантию и безопасность нашей

ски построен новый современный комплекс по сборке автомобилей специального назначения. Производственные мощности компании позволяют выпускать до 5 тысяч автомобилей в год при работе в одну смену.

Планируется увеличение производственных мощностей, для этого строится новый производственный и складской комплексы, что позволит предприятию выпускать до 10 тысяч автомобилей в год, существенно расширив их модельный ряд.

В производственном процессе специалисты компании используют новейшие материалы и технологии, соответствующие всем обязательным требованиям к спецавтомобилем, действующим в Российской

Детали

КЛАССИФИКАЦИЯ ВИДОВ

Автомобили скорой помощи в России делятся на три группы. Класс А (patient transport ambulance) предназначен для перевозки пациентов, не нуждающихся в экстренной помощи. Класс В (emergency ambulance) разработан для больных, которым необходим постоянный мониторинг состояния здоровья. А вот класс С (mobile intensive care unit) применяется для перевозки пострадавших, находящихся между жизнью и смертью. Это так называемые реанимобили. Помимо этого в распоряжении медиков должны быть специальные автомашины (specialized ambulance) для оказания узкоспециализированной медпомощи: кардиологической, неонатальной, токсикологической и т. д. Эти автомашины выпускаются на базе неотложек классов В и С.

и Peugeot Boxer. Также предприятие выпускает реанимобили неонатальной комплектации. Они оборудуются инкубационными боксами для новорожденных, которые поддерживают необходимую влажность, температуру, обеспечивают стерильность и своевременную подачу кислорода для маленького пациента.

Отдельную линейку АСМП специалисты компании собирают на базе автомобилей УАЗ классов А и В, известных своей высокой проходимостью, что делает их незаменимыми помощниками медперсонала в сельской местности. Они способны доставить пациента в больницу и в распутицу, и в метель.

ПОДТВЕРЖДЕННОЕ КАЧЕСТВО

Сегодня в компании действует система менеджмента качества, которая соответствует требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2008 (ИСО 9001:2008). Серьезному анализу подвергаются все этапы работы над автомобилями и комплектующими – от проектирования до поставки.

– При создании автомобилей мы используем качественные и современные материалы, стараемся учесть всевозможные ситуации, чтобы обеспечить комфортную работу медицинского персонала внутри автомобиля и отсутствие проблем в эксплуатации и обслуживании медицинскими организациями,



Презентация автомобилей скорой медицинской помощи министру здравоохранения Татарстана А. С. Фаррахову на выставке «Индустрия здоровья. Казань-2012»

продукции. Любой автомобиль, произведенный нашей компанией, отгружается заказчику только при условии соответствия машины всем правилам и требованиям».

ИТОГИ ГОДА

ООО «АВТОДОМ» принимает участие в реализации государственных, федеральных и региональных программ в сфере здравоохранения. Автомобили скорой помощи поставляются во многие регионы России. Ульяновские производители выполняли контракты на поставку автомобилей для Министерства здравоохранения РФ, Федерального Медико-биологического агентства, а также для Министерства обороны РФ. Ни один регион, ни одна область не остались без автомобилей скорой медицинской помощи – от Калининграда до Камчатки. Все контракты были выполнены в полном объеме и точно в срок. Компания принимает активное участие в российских и международных выставках.

С ЗАДЕЛОМ НА БУДУЩЕЕ

В 2010 году была проведена модернизация производства, обновился станочный парк, введены в эксплуатацию окрасочно-сушильная камера, комплекс порошковой окраски и деревообрабатывающий центр с ЧПУ. Фактиче-

Федерации. Медицинское оборудование поставляется ведущими производителями и их официальными дилерами, что обеспечивает высокое качество и надежность всех элементов. Все выпускаемые автомобили имеют сертификат соответствия и полный пакет документов для постановки на учет в органах ГИБДД.

Наличие собственного автопарка и организованной логистики позволяет доставлять автомобили в любую точку России в кратчайшие сроки с максимальной эффективностью и минимальными потерями. Каждому покупателю предлагается индивидуальный подход и гарантируется своевременное и качественное исполнение любого заказа.

Многолетний опыт разработки и производства спецавтомобилей, наработанные связи с поставщиками, система управления качеством позволяют ульяновскому производителю выполнять заказы в минимальные сроки по конкурентным ценам. В неотложной медицине каждая минута бесценна, что справедливо и для организации системы оказания скорой помощи в целом. Профессионализм и высокая квалификация специалистов компании «АВТОДОМ» позволяют успешно решать задачи, которые сегодня стоят перед здравоохранением.*



Автопарк «скорых» обновился

Под конец года прошло сразу несколько торжественных церемоний вручения ключей от новых автомобилей скорой медицинской помощи.

В общей сложности Татарстан получит 260 машин, которые приобретаются на средства премии, выделенной республике федеральным центром за успешную реализацию программы модернизации здравоохранения.

Напомним, что ключи от первых 43 спецавтомобилей марки УАЗ в торжественной обстановке были вручены министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой 10 октября. Уже через месяц Президент Республики Татарстан Рустам Минниханов принял участие в передаче еще 87 автомобилей Ford Transit. 70 таких машин получила Казань, что позволило практически полностью обновить автопарк скорой

помощи столицы. «Люди, работающие на скорой помощи, испытывают очень сильные нагрузки. Эти автомобили очень комфортные, и они помогут вам в вашей работе», – сказал Рустам Минниханов, обращаясь к медицинским работникам. В новых машинах созданы все условия для проведения реанимации и интенсивной терапии, они оснащены всем необходимым оборудованием, системой спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Под самый Новый год работникам здравоохранения, и прежде всего сельским, был сделан еще один подарок. 29 декабря Президент Татарстана вручил представителям муниципалитетов еще 63 автомобиля скорой помощи высокой проходимости на базе УАЗ. Кроме того, медучреждения республики получили несколько флюорографических мобильных кабинетов «Пульмо-экспресс».

В начале 2013 года ожидается прибытие еще более 60 автомобилей на базе «Форд Транзит», оснащенных современным медицинским оборудованием.



АВТОМОБИЛИ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

на базе
Fiat Ducato

на базе
Ford Transit



НСТ МИКРОАВТОБУСЫ И СПЕЦТРАНСПОРТ
НИЖЕГОРОДЕЦ

г. Нижний Новгород, ул. Айвазовского, д. 1А,
тел.: 8 (831) 275-88-80, 233-16-30.

www.st-nn.ru

Мониторинг артериального давления

Профессиональное решение для ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний

По данным Всемирной лиги борьбы с гипертонией, более 50% больных гипертонией в мире не знают о своем заболевании, а значит, они не получают своевременного лечения, не занимаются профилактикой осложнений. Обеспечить раннюю диагностику помогает регулярный мониторинг артериального давления.



Артериальная гипертония в развитых странах стала не только медицинской, но и социальной проблемой, являясь платой за постоянные стрессы, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, вредные привычки. Заболеваемость артериальной гипертонией (АГ) постоянно увеличивается. АГ зачастую никак не обнаруживает себя в течение многих лет, а затем проявляется в виде осложнений, нередко смертельных, таких как инсульт или инфаркт миокарда, за что получила название «тихий убийца».

Если вовремя распознать болезнь, то современные препараты для нормализации артериального давления позволяют людям жить полноценной жизнью. Но две трети людей, страдающих от гипертонии, не знают о своем заболевании. В отсутствие лечения болезнь со временем изменяет сосуды сердца, головного мозга, почек, сетчатки глаза, необратимо влияя на функцию этих органов. АГ у беременных остается наиболее частой причиной материнской заболеваемости и летальности, одной из ведущих причин гипоксии, незрелости и недоношенности плода, перинатальной заболеваемости и смертности.

Первым этапом в диагностике АГ является измерение артериального давления.

СФЕРЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИБОРОВ

ДЛЯ МАССОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ:

- ✓ диспансеризации
- ✓ экспресс-контроль физического состояния
- ✓ медицинские комиссии.

ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ДАВЛЕНИЯ И ПУЛЬСА:

- ✓ санаторно-курортные учреждения
- ✓ медицинские учреждения
- ✓ спортивные центры.

При этом получить достоверные результаты может помешать так называемая «гипертония белых халатов» – на приеме у врача давление повышается даже у тех, у кого за пределами поликлиники оно в норме. Измерение, проведенное единожды, не всегда оказывается информативным для таких пациентов.

Только регулярный мониторинг артериального давления способен обеспечить наиболее раннюю диагностику заболевания и своевременное начало лечения. Соответственно, перед медицинским учреждением возникает вопрос организации потокового скрининга широких слоев населения.



TM-2655P - стационарный измеритель артериального давления

Сколько времени будет затрачено медицинским работником на одну процедуру? Как будут регистрироваться полученные данные? Будет ли обеспечиваться должное качество во время измерения у тысячного по счету пациента? А у десяти тысячного?

Найти ответы на эти вопросы, оптимизировав решение задач по диагностике «на потоке», помогают профессиональные решения от ведущих производителей медицинской техники. На сегодняшний день единственным на российском рынке профессиональным автоматическим монитором артериального давления и пульса является TM-2655P от японской компании A&D. Простота процедуры измерения с применением этого прибора дает возможность пациентам проводить ее самостоятельно. В течение 55 секунд на печать выводятся показатели артериального давления, частоты пульса, индикация аритмии, а также необходимая служебная информация. Результаты измерений носят объективный характер, они включаются в медицинскую карту, став одной из отправных точек для принятия решения по дальнейшей тактике лечения. В случае необходимости врач назначает точный мониторинг артериального давления и пульса. Полученные данные также можно сохранить в электронной карте пациента.

Полная автоматизация процесса измерения позволяет освободить персонал от дополнительной механической работы, что помогает повысить качество оказания медицинской помощи.*

FloTrac: улучшая клинические исходы в хирургии высокого риска



Среди общего числа хирургических вмешательств, выполняемых в Татарстане, возрастает доля операций, классифицируемых как «хирургия высокого риска», что является отражением общемировой тенденции. В связи с этим возрастает роль анестезиолога-реаниматолога в обеспечении благоприятных клинических исходов, главной задачей становится предотвращение развития послеоперационных осложнений.

Подходом, позволяющим добиться снижения летальности и риска развития послеоперационных осложнений в хирургии высокого риска, является обеспечение оптимального уровня доставки кислорода всем клеткам организма пациента на протяжении всей операции и ближайшего послеоперационного периода. Сегодня рутинно мониторируемые во время проведения анестезии показатели витальных функций (АД, ЭКГ, SpO₂) не

дают клиницисту информации о сердечном выбросе и доставляемом тканям кислороде. Для решения этой задачи компанией «Эдвардз Лайфсайдсиз АГ» была создана технология FloTrac. Она позволяет анестезиологу в непрерывном режиме с минимальной инвазивностью для организма пациента получать информацию о сердечном выбросе, ударном объеме, доставке кислорода. Имея эту технологию в своем распоряжении, врач

получает возможность проводить оптимизацию кровообращения и доставки кислорода сердечно-сосудистой системой по протоколам целенаправленной терапии.

Протоколы целенаправленной терапии, основанные на регулировании инфузионной терапии и инотропной поддержки по алгоритмам достижения и удержания гемодинамических параметров на заданном целевом уровне, доказали свою эффективность в плане улучшения клинических исходов при хирургических операциях различной степени риска. Особенно показательными являются результаты, полученные при клинических исследованиях у пациентов группы высокого риска.

Например, исследование, опубликованное Benes с соавт. в 2010 году, продемонстрировало, что применение технологии FloTrac у пациентов высокого риска при больших абдоминальных хирургических вмешательствах снижает более чем в два раза количество послеоперационных осложнений (рис. 1), а также сокращает сроки госпитализации. Исследование, выполненное в 2010 году в Университетском медицинском центре Loma Linda в США, продемонстрировало, что даже у пациентов низкого и среднего уровня хирургического риска при больших абдоминальных операциях технология FloTrac позволяет добиться более быстрой активизации пациентов и сокращения длительности госпитализации в среднем на два с половиной дня (рис. 2). Сессони с соавт. в опубликованном в 2008 году исследовании доказали высокую эффективность технологии FloTrac в травматологии и ортопедии при операциях эндопротезирования тазобедренного сустава, позволяющей снизить количество осложнений в 3,5 раза (рис. 3).*

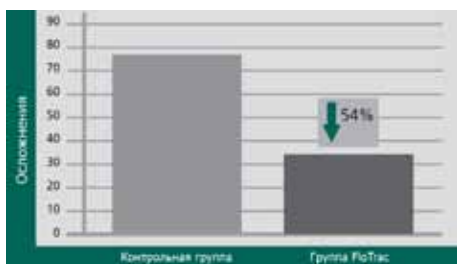


Рис. 1. Снижение общего числа осложнений в большой абдоминальной хирургии при применении FloTrac (исследование Benes).



Рис. 2. Сокращение длительности госпитализации при больших абдоминальных операциях с применением FloTrac (исследование Ramsingh).



Рис. 3. Снижение количества послеоперационных осложнений при операциях эндопротезирования тазобедренного сустава с применением FloTrac (исследование Сессони).



Поддержание нормотермии в интраоперационный период

Интраоперационная гипотермия у пациента развивается спонтанно и зачастую игнорируется, хотя подобное состояние можно с полным правом отнести к патологическим, представляющим угрозу осложнений и требующим немедленного вмешательства. Частота развития непреднамеренной гипотермии в операционных, по разным источникам, колеблется от 60 до 90%.

На сегодняшний день механизмы непреднамеренной интраоперационной гипотермии достаточно изучены, разработаны и эффективные методы ее предотвращения. Как известно, в норме человеческий организм регулирует свою центральную температуру, то есть температуру центральной нервной системы, внутренних органов и крупных сосудов, с отклонением $\pm 0,1^\circ\text{C}$.

Под действием общей анестезии нормальные терморегуляторные механизмы, свойственные человеческому организму, дают сбой. Кроме того, из-за прохладной температуры, которую поддерживают в современных операционных, температура тела пациента поэтапно снижается. В идеале во время операции анестезиолог должен постоянно отслеживать и центральную, и периферическую температуру больного. Однако зачастую этого не происходит. Если не принять меры, то процесс охлаждения организма продолжается и в послеоперационный период.

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

ОТЗЫВ О КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЯХ

Аппарат Mistral-Air plus в период с 30.09. по 31.10.2012 г. проходил испытания в отделе анестезиологии и реанимации ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ. В течение этого времени он использовался для активного согревания 50 пациентов, поступающих в отделение реанимации после операции на сердце в условиях искусственного кровообращения и гипотермии. Во всех случаях удавалось добиться быстрого и безопасного согревания пациентов и поддерживать заданные температурные значения. Обращают на себя внимание простота управления, компактность и бесшумность работы устройства, а также его надежность. Аппарат Mistral-Air plus может быть рекомендован к использованию в ОРИТ любого профиля для борьбы со спонтанной гипотермией.

Заместитель генерального директора,
руководитель отдела сердечно-сосудистой
хирургии, академик Ренат АКЧУРИН

Как следствие, в организме пациента начинают происходить физиологические сдвиги. Для сердечно-сосудистой системы гипотермия чревата вазоконстрикцией, депрессией миокарда, ишемией и стенокардией, для центральной нервной системы – снижением метаболизма, замедленным пробуждением после анестезии и даже комой, для систем кровотока – увеличением вязкости крови и нарушением свертываемости. Умеренная гипотермия также снижает сопротивляемость организма к послеоперационной инфекции.

Нельзя недооценивать последствия гипотермии: она является частой причиной увеличения сроков госпитализации и летальных исходов. К группам риска относятся дети, пожилые, люди с хроническими заболеваниями, ожоговые больные.

В этой ситуации на первый план выходят различные системы активного согревания поверхности тела пациентов.

Мировыми производителями медицинского оборудования и материалов разработаны различные системы активного согревания, обеспечивающие плотный контакт согревающей поверхности с телом пациента и дающие долговременный результат.

Более эффективными по сравнению с электрическими и водяными признаны воздушные системы обогрева больного, являющиеся ведущей методикой поддержания нормотермии в медицинских центрах США.

В крупнейших московских клиниках хорошо зарекомендовали себя легкие, свободно моделирующиеся под разные задачи покрывала для взрослых и детей, термоодеяла, матрасы Mistral-Air (компания TSCI). Они изготовлены из уникального материала, позволяющего воздуху проникать между волокон. Благодаря особой технологии изготовления материал мягок на ощупь и создает ощущение комфорта.

Линейка разнообразных видов и форм одеял и матрасов включает 24 модификации, предназначенные для различных видов хирургических вмешательств (на голове, груди, животе, конечностях). Давление воздуха в матрасах Mistral-Air ниже, чем у других образцов, тем самым матрас более мягкий, не «всплывает» над больным и не требует дополнительной фиксации. Все комплектующие системы активного согревания производятся на предприятиях компании TSCI в Нидерландах, Германии и США. *



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БАШКОРТОСТАНА



Георгий ШЕБАЕВ: «Наша конечная цель – эффективно работающая система здравоохранения с точки зрения вложенных ресурсов и полученного результата»

Интервью министра здравоохранения
Республики Башкортостан Георгия ШЕБАЕВА

– В одном из своих недавних выступлений премьер-министр Российской Федерации Дмитрий Медведев отметил, что залог развития российских регионов – честная конкуренция за внешние инвестиции и участие в федеральных программах. Каковы, на ваш взгляд, наиболее сильные стороны системы здравоохранения Республики Башкортостан?

– Рассуждая о «специализации» здравоохранения того или иного субъекта Российской Федерации, прежде всего, нужно отметить, что наша задача – обеспечить равную доступность любой медицинской помощи, в том числе относящейся к высо-

котехнологичной. Снижение смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм – приоритетные направления, требующие подготовки кадров, дорогостоящего оборудования, расходных материалов. Все это становится частью системы обязательного медицинского страхования, и мы обязаны иметь базу, которая позволит нам покрывать основные потребности населения республики в медицинской помощи. В тех случаях, когда наших возможностей не хватает, мы отправляем граждан в медицинские центры федерального уровня.

Говоря об особенностях здравоохранения Башкортостана, не могу не сказать

о нашей развитой санаторно-курортной системе. В республике функционируют 9 великолепно оснащенных санаториев, которые, кстати, по-прежнему государственные. Они оказывают квалифицированную диагностическую, лечебно-профилактическую, реабилитационную помощь. Это та точка роста, которая отличает нас от ряда соседних регионов.

Нельзя не упомянуть также о таких мощных медицинских учреждениях офтальмологического профиля, как НИИ глазных болезней и Центр глазной и пластической хирургии под руководством профессора Эрнста Мулдашева.

В республике идет планомерное развитие ряда медицинских центров. Сегодня мы завершаем строительство роддома Республиканской клинической больницы, которая является ведущим медицинским учреждением Башкортостана, на очереди – поликлиника. В этом году исполнилось 40 лет Республиканской детской клинической больницы, которая получила мощный импульс в развитии – в рамках программы модернизации здравоохранения здесь был построен клиничко-диагностический корпус. В планах – строительство нового корпуса и для Республиканского кардиологического центра. Сегодня он входит в десятку медицинских центров России по количеству операций с искусственным кровообращением. Наконец, нельзя не отметить динамичное развитие Республиканского онкологического диспансера, недавно был введен в эксплуатацию хирургический центр, начаты работы по возведению центра позитронно-эмиссионной томографии.

– Георгий Анатольевич, как вы оцениваете итоги реализации программы модернизации в этом году? Все ли удалось сделать, и что планируется?

– Реализацию Программы модернизации здравоохранения в Башкортостане положительно оценивают федеральные власти, в частности, в качестве стимулирования наиболее успешных субъектов РФ нам были выделены дополнительные средства.

В 2013 году эта работа будет продолжена, недавно мы защищали в Министерстве здравоохранения РФ две региональные программы, посвященные развитию профилактической медицины и реабилитации. Хотя, конечно, задачи определены несколько шире: здесь и мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, и приоритеты в сфере детского здоровья, и многое другое.

Необходимо продолжать работу по информатизации здравоохранения, формированию единой информационной сети, с полным охватом всех медицинских учреждений республики. В условиях ограниченного количества ресурсов и большой территории необходимо обеспечить доступность медицинской помощи за счет развития дистанционных технологий, в том числе с помощью телемедицины.



– Помимо обеспечения доступности медицинской помощи сегодня все чаще поднимается вопрос качества медицинских услуг.

– Внедрение федеральных стандартов – неотъемлемая часть Программы модернизации здравоохранения. В Башкортостане порядка 60% всех федеральных средств направлено на внедрение более чем 130 стандартов лечения тех или иных заболеваний. Мы изначально шли по этому пути, разрабатывая собственные медико-экономические стандарты, и сегодня переходим на федеральные. Детально прописывается, какие манипуляции должны проводиться с пациентом с той или иной патологией – это первый шаг в оценке качества медицинской услуги.

Клинико-экспертную работу тоже никто не отменял, любое современное медицинское учреждение должно проводить внутренний аудит. Конкуренция на рынке медицинских услуг – немаловажный фактор, влияющий на качество.

– Один из главных критериев эффективности социальной политики региона – демографические показатели. Каковы тенденции последних лет?

– Четвертый год мы обеспечиваем естественный прирост населения.

Большой ресурс в улучшении демографической ситуации связан со снижением смертности трудоспособного населения на селе. В середине прошлого года каждое муниципальное образование подписало с Минздравом план совместных мероприятий, направленных на развитие социокультурной сферы, пропаганду здорового

образа жизни. Несмотря на несколько формальное звучание этого документа, эти меры дали хорошие результаты. При разработке плана по снижению смертности на селе мы опирались на полученный ранее опыт по контролю младенческой смертности, когда главы муниципального образования несли персональную ответственность за каждый подобный случай.

Сегодня здравоохранение перешло с муниципального на государственный уровень. Тем не менее я считаю, что вопросы здоровья населения относятся не только к системе здравоохранения. Здесь есть ряд смежных аспектов, связанных с занятостью населения, обустройством элементарного быта, проблем со злоупотреблением алкоголя. Поэтому мы вплотную работаем с главами муниципальных образований.

– К вопросу обеспечения сельского здравоохранения медицинскими кадрами – какие показатели были достигнуты по программе «Земский врач»?

– Действительно, проблема с медицинскими работниками, как и в целом по стране, так и у нас, стоит довольно остро, особенно если учитывать, что около 40% населения всего Башкортостана живет в сельской местности. Никакие высокие технологии не заменят врача «первого контакта», фельдшера. Изначально мы рассчитывали привлечь в районы республики 553 специалиста, это были самые смелые наши планы. И они себя оправдали, задача была выполнена!

– Чем еще вам запомнился этот год?

– Переход системы здравоохранения на



государственный уровень стал серьезным вызовом для министерства. Мы пошли по пути создания территориальных управлений Минздрава, разделив всю республику на 9 медицинских округов. Это административное деление укладывается в логику системы оказания медицинской помощи, потому что здесь же находятся наши межмуниципальные центры, управление ФОМС. По сути, мы сконцентрировали интеллектуальный и административный ресурсы в 9 точках, равномерно распределенных по республике.

Главным событием этого года я бы назвал начало строительства Центра позитронно-эмиссионной томографии с производством радиофармпрепаратов в онкологическом диспансере. Уникальность этого проекта состоит в том, что в него не было вложено ни копейки бюджетных средств. Все затраты на строительство, закупку оборудования в размере около 1 млрд рублей взяла на себя компания РОСНАНО. Это наглядный пример государственно-частного партнерства в здравоохранении,



когда инвестор берет на себя капитальные затраты, при этом часть их компенсируется по линии обязательного медицинского страхования. В конечном счете для населения становится доступной высокотехнологичная ПЭТ-диагностика, позволяющая определить онкологическую патологию на ранней стадии, когда прогноз лечения наиболее благоприятен, эта медицинская услуга будет оказываться бесплатно в рамках госгарантий. Сегодня на этом объекте активно ведутся строительные работы, к маю 2013 года мы рассчитываем принять ПЭТ-центр в эксплуатацию.

Еще одно значимое для нас событие – это победа Башкирского медицинского колледжа на Всероссийском конкурсе на звание «Лучший медицинский (фармацевтический) колледж России». Эта награда не только заслуга коллектива учебного учреждения, но и высокая оценка деятельности всей системы среднего медицинского образования Башкортостана. Мы всегда уделяли особое внимание этому вопросу. В республике функционируют 9 учебных учреждений среднего медицинского образования, они активно развиваются в рамках Федерального закона №83. Став автономными, учебные учреждения смогли получить дополнительные ресурсы, при этом набор ведется в тех же объемах, качество подготовки выпускников высокое. Тактика, которую мы выбрали, себя оправдала.

– Каковы основные направления развития частной медицины в республике?

– Как и в других регионах, у нас успешно развивается стоматология. Кроме того,

существенную долю частного сектора медицины занимает офтальмология. Это можно объяснить традиционно сильной офтальмологической школой. Наличие мощных государственных центров компетенций дало возможность подготовить большое количество квалифицированных специалистов, многие из которых впоследствии стали работать в частных клиниках. Свое развитие получили и вспомогательные репродуктивные технологии, наряду с государственным Перинатальным центром циклы ЭКО сегодня проводят 5 коммерческих медучреждений.

– Какие цели сегодня ставятся перед системой здравоохранения Республики Башкортостан?

– Наша цель – сделать так, чтобы система здравоохранения работала более эффективно с точки зрения соотношения вложенных ресурсов и полученного результата – увеличения доли здорового населения. Это, конечно, несколько идеализированная идея, поскольку прямая корреляция между направленными на здравоохранение средствами и здоровьем нации не наблюдается. Более действенной является стратегия, направленная на мотивацию к здоровому образу жизни, профилактику заболеваний. Общеизвестны проблемы алкоголизма, курения, малой физической активности, и мы должны с этим бороться.

Следующая задача – привлечение дополнительных ресурсов в здравоохранение, инвестиций, в том числе частных. Сформулированы санитарные нормы

и правила, четко определено, какими кадрами, площадями, оборудованием должно обладать медицинское учреждение, чтобы оказывать тот или иной вид медицинских услуг, независимо от формы собственности. Если частная клиника получила лицензию, она наряду с государственным медучреждением может работать по системе ОМС. Многих останавливают низкие тарифы, но из года в год они растут.

В Республике Башкортостан был принят закон об инвестиционной деятельности, предусматривающий льготы для инвесторов, в том числе налоговые преференции. Не нужно забывать и о Федеральном законе № 151 «О концессионных соглашениях», который также дает инструменты для реализации инвестиционных проектов.

– Какие примеры успешной реализации инвестиционных проектов в сфере здравоохранения вы могли бы упомянуть?

– Из наиболее крупных инвестиционных проектов – это ПЭТ-центр, о котором я уже говорил. Кроме того, в республике создается сеть гемодиализных центров с привлечением негосударственных средств. В конечном итоге больные с почечной недостаточностью имеют возможность получить процедуру диализа ближе к своему дому.

– Что бы вы пожелали нашим читателям в Новом году?

– Завершился и ушел в историю еще один год – 2012-й. Для здравоохранения он был непростым, но, несомненно, продуктивным и созидательным. В 2012 году завершилась реализация Программы модернизации здравоохранения Республики Башкортостан. С уверенностью могу сказать, что на сегодня отрасль проделана большая работа по воплощению Программы в жизнь. Это обновление целого ряда лечебных учреждений, оснащение их самой современной техникой, привлечение новых квалифицированных кадров.

Уважаемые коллеги, желаю вам в 2013 году стабильности, уверенности в завтрашнем дне, успехов во всех добрых начинаниях. Впереди у нас много серьезных задач, масштабных планов. Не сомневаюсь, что они нам по плечу, главное – верить в свои силы.

Нашим пациентам хочу пожелать только добрых хлопот, а самое главное – больше заботиться о своем здоровье – это самое ценное, что у нас есть.

От всей души желаю мира, счастья и благополучия каждому дому. Пусть в ваших семьях царят взаимопонимание и уважение, в сердцах не иссякают оптимизм и надежда.



Ринат НАГАЕВ,
главный врач ГБУЗ
«Республиканская
клиническая больница
им. Г.Г. Куватова»

Модернизация продолжается

Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова – крупнейшее многопрофильное медицинское учреждение Башкортостана, ежегодно обслуживающее более 100 тысяч человек со всех районов и городов республики. С 2008 года здесь оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, объем 2012 года составил почти две тысячи человек.



Посещение РКБ им. Г.Г.Куватова Президентом РФ Дмитрием Медведевым в ноябре 2011 года.



РКБ – целый больничный городок, в составе которого функционирует 25 стационарных, 10 диагностических отделений, 25 специализированных центров, 3 отделения реанимации. Больница располагает стационаром мощностью 1120 коек и дневным стационаром хирургического профиля на 12 пациенто-мест. В консультативной поликлинике ведется прием по 35 врачебным специальностям. Диагностический центр оснащен ультразвуковой, эндоскопической, функциональной, нейрофизиологической аппаратурой, имеются клиническая лаборатория, манипуляционные и процедурные кабинеты, пансионат для больных.

На базе РКБ работают 10 кафедр Башкирского государственного медицинского университета. Профессора и доценты, заведующие отделениями, которые в основном являются главными внештатными специалистами Минздрава республики, оказывают консультационную помощь.

По линии санавиации, с помощью авиационного и наземного транспорта, осуществляется около 2300 выездов и вылетов в районы и города Башкортостана в год. Мобильный



лечебно-профилактический модуль «Диагностика» на базе автомобиля КАМАЗ позволяет 60 пациентам в день получить консультации и необходимые обследования.

«Мы много внимания уделяем усилению мотивации специалистов. Так, заработная плата врачей повысилась на 32% в 2012 году, – говорит главный врач РКБ Ринат Нагаев. – В целом при модернизации больницы приоритетами для нас являются повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, внедрение профилактических программ

и современных информационных систем, переход на работу по федеральным стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, подготовка кадров, укрепление материально-технической базы». Сегодня в больнице трудятся 2278 сотрудников, из них 496 врачей, 994 средних медицинских работников. Среди врачей 16 докторов медицинских наук, 123 кандидата медицинских наук, 6 заслуженных врачей РФ, 69 заслуженных врачей РБ, 155 отличников здравоохранения РБ и РФ, 14 заслуженных медицинских работников здравоохранения РБ.

В 2012 году в больницу поступило оборудование на общую сумму 101 млн рублей, в том числе 763 компьютера и 254 принтера, реабилитационный комплекс для локомоторной терапии, стол-вертикализатор с интегрированным ортопедическим устройством, кровати четырехсекционные функциональные «Теорема» (производства Италии, России) и др.

В марте 2013 года будет завершено строительство нового современного акушерско-гинекологического корпуса на 120 коек, что поднимет эту службу на более высокий уровень.



Ирина НИКОЛАЕВА,
главный врач РКД,
заслуженный врач РБ,
главный внештатный
кардиолог МЗ РБ, к. м. н.

Республиканский кардиологический диспансер: современные технологии и добрые традиции

Сердечно-сосудистые заболевания – безусловный лидер российской статистики по смертности. Меры, направленные на борьбу с ними, обладают высоким потенциалом в решении демографических задач. Ведущим медицинским учреждением, оказывающим кардиологическую и кардиохирургическую помощь в Башкортостане, является ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер.



Демографические показатели служат наглядным показателем эффективности системы здравоохранения. Неслучайно в первом пункте Указа «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», подписанного Президентом РФ Владимиром Путиным в мае этого года, поставлена задача по снижению смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тысяч населения.

Одним из приоритетных направлений работы кардиологов Башкортостана является реализация республиканской программы «О мерах по снижению предотвратимой смертности, травматизма, а также показателей заболеваемости населения Республики Башкортостан болезнями системы кровообращения на 2008–2012 годы», региональной программы модернизации здравоохранения РБ в 2011–2012 годах. Кроме того, в республике действует программа «Профилактика артериальной гипертонии на 2009–2013 годы»,



целями которой являются комплексное решение проблем профилактики, раннее выявление больных с сердечно-сосудистой патологией.

Большую роль в решении этих задач играет Республиканский кардиологический диспансер (РКД). Будучи головным медучреждением по оказанию специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, он также является организационно-

методическим центром для кардиологов всей республики.

В состав РКД входят поликлиника на 250 посещений в день, стационар на 470 коек, в том числе 145 – кардиохирургических, Центр амбулаторного диализа на 30 мест. Ежегодно в учреждении проводится более 11 тысяч госпитализаций (в том числе – около 1800 детей), консультативную помощь получают более 70 тысяч пациентов, выполняется более 3 тысяч коронарографий, более 700 операций аорто-коронарного шунтирования. С каждым годом увеличивается количество таких операций, как ангиопластика и стентирование коронарных артерий, оперативных вмешательств с установкой электрокардиостимулятора.

РКД активно внедряет в практику инновационные технологии эндоваскулярной хирургии: стентирование сонных, почечных артерий, электрофизиологическое обследование и лечение сложных нарушений ритма сердца методом радиочастотной абляции;

для лечения врожденных пороков сердца применяются малотравматичные операции, такие как транскатетерное закрытие дефектов перегородок и аорто-легочных сообщений спиралями и др.

«На сегодняшний день у нас проводятся почти все виды хирургических вмешательств, – рассказывает Ирина Николаева, главный врач, заслуженный врач РБ, главный внештатный кардиолог МЗ РБ, к. м. н. – За год мы проводим порядка 12 тысяч операций, в том числе около 3 тысяч относящихся к высокотехнологичной медицинской помощи. В следующем году планируем внедрить новые технологии оперативных вмешательств, в том числе трансплантацию сердца – несколько наших специалистов уже прошли обучение в «ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В. И. Шумакова».

помощь жителям всей республики, сюда направляются наиболее тяжелые больные, в том числе с инфарктом миокарда, здесь проводятся плановые госпитализации, диагностические исследования с применением передовых технологий. Являясь центром компетенций, РКД ведет организационно-методическую работу среди кардиологов республики. Ежеквартально проводятся выездные школы-семинары в районах Башкортостана, на которые приглашаются руководители медучреждений, специалисты, врачи первичного звена. На них обсуждаются актуальные вопросы кардиологии, врачи РКД знакомят коллег с новыми рекомендациями по оценке риска ССЗ, проводят консультации, научно-практические конференции, семинары и т. п.

«Доказано, что наиболее эффективная стратегия борьбы с ССЗ – это ориентация на раннее выявление, коррекцию патологиче-

России. Внедрена система круглосуточной дистанционной передачи ЭКГ.

«Логическим продолжением этой работы могло бы стать внедрение в районах республики мобильных пунктов телемедицины, – говорит руководитель РКД. – Благодаря дистанционной передаче ЭКГ мы можем оперативно диагностировать больного с подъемом сегмента ST и сразу взять его на себя, но что делать, если он находится за тысячу километров от нашего диспансера? Есть риск просто не успеть». В жизненно угрожающей ситуации мобильный пункт на базе автобуса, оснащенный всем необходимым для начала экстренного лечения ССЗ и проведения телемедицинских консультаций в режиме реального времени, может «перехватывать» реанимобиль, таким образом, специализированная медицинская помощь будет оказываться в период терапевтического окна.

Говоря о перспективах развития, нельзя не упомянуть о масштабных строительных работах, которые ведутся в РКД. Закончен капитальный ремонт в хирургическом, реанимационном отделениях, в новом году откроется обновленное детское кардиохирургическое отделение со своей реанимацией, операционными, под которые отведен весь 4-й этаж здания диспансера. Здесь созданы чистые помещения, все палаты и боксы оснащены по последнему слову медицинской техники.

«Мы находимся в постоянном развитии, внедряя новые медицинские технологии, с каждым годом количество проведенных нами диагностических манипуляций и оперативных вмешательств растет, – рассказывает Ирина Николаева, – и нам начинает просто не хватать площадей. Насущная потребность сегодняшнего дня – строительство диагностического корпуса с учетом всех требований для оснащения современным оборудованием. Это существенно увеличило бы возможности нашего учреждения, позволив применять стационарозамещающие технологии».

Но даже самое инновационное оборудование не может заменить квалифицированного врача. В кардиологическом диспансере сложился дружный коллектив из более 940 сотрудников. Среди них 9 отличников здравоохранения РФ и 98 отличников здравоохранения РБ, 10 заслуженных врачей РБ и 4 заслуженных работников здравоохранения РБ, 38 врачей имеют ученую степень кандидата медицинских наук, 2 доктора медицинских наук.

«Радуется, что престиж нашей профессии сегодня растет, – говорит Ирина Николаева. – Здесь важны и условия труда, и возможности для самореализации специалиста, который получает доступ к передовым медицинским технологиям, наконец, оплата его труда. В этом году средняя зарплата наших врачей выросла примерно на 60%, что помогает избежать «текучки» кадров. Современное медицинское учреждение – это не только медицинские технологии, ключевая роль отводится фигуре врача, его отношению к своему делу, пациентам. Внимание к больному – это то, с чем не может быть «передозировки». Доброжелательное и ответственное отношение к каждому пациенту – это наша традиция». *



За последние несколько лет была существенно улучшена материально-техническая база РКД, в рамках реализации программы модернизации здравоохранения приобретено современное оборудование на сумму более 780 млн рублей, на капитальный ремонт зданий и сооружений затрачено 60 млн рублей. В кардиологическом диспансере появились компьютерный томограф, гамма-камера, аппарат искусственного кровообращения, контрпульсаторы и многое другое.

«Это значительно расширяет наши возможности диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), – комментирует главврач РКД. – Например, в этом году количество операций, выполненных с использованием аппарата искусственного кровообращения, приближается к 1300. Для кардиохирургии этот показатель – своеобразная планка, которая характеризует уровень учреждения».

Сегодня кардиологический диспансер оказывает специализированную медицинскую

ского процесса еще до того, как появляются явные симптомы, – говорит Ирина Николаева. – Задачи по снижению негативного влияния факторов риска ложатся преимущественно на первичное звено, необходимо, чтобы врачи знали основные нозологии, вели профилактическую работу среди населения, своевременно выявляли ССЗ и направляли больных в центры высокотехнологичной медицинской помощи».

Только за 9 месяцев этого года было организовано 39 выездов специалистов РКД в районы республики, регулярно проводятся консультации «на местах», отбор пациентов, лечение. Хорошим подспорьем в этом деле служат возможности современных информационных технологий, в РКД функционирует Центр телемедицины, что позволяет в режиме реального времени связываться с любым медучреждением республики для проведения консультативной помощи, обучающих программ с участием ведущих специалистов



Рустэм АХМЕТШИН,
главный врач ГБУЗ
«Республиканская
детская клиническая
больница МЗ РБ»,
заслуженный врач
РФ и РБ, к. м. н.

Высокотехнологичная помощь детям

К Новому году маленьким пациентам республики сделан настоящий подарок – построено семиэтажное здание Диагностического центра РДКБ и завершается реконструкция Неонатального центра.



Республиканская детская клиническая больница по праву считается флагманом детского здравоохранения Республики Башкортостан. В ее состав входят консультативная поликлиника и 25 клинических отделений на 775 коек, единый диагностический комплекс включает в себя 20 лечебно-вспомогательных служб, функционирует 21 специализированный центр. Ежегодно в стационарных отделениях получают лечение более 20 тысяч детей, проводятся более 7 тысяч операций. Консультативная помощь оказывается 25 тысячам пациентов. Из 257 врачей РДКБ 105 имеют высшую квалификационную категорию, 29 кандидатов медицинских наук, 5 докторов наук, 29 удостоены почетного звания «Заслуженный врач Республики Башкортостан».

За два года выполнения программы модернизации Республиканской детской клинической больницы было закуплено оснащения и произведено работ на 1 млрд 323 млн рублей. Общая площадь проведенного капитального ремонта составила 8673 кв. м. Приобретено 259 единиц медицинского оборудования. В частности, закуплен современный рентгеновский аппарат, который упростил процедуру получения снимков при лучшем качестве и, что немаловажно, – при более низкой лучевой нагрузке на маленьких пациентов. Ввод в эксплуатацию биохимического и гемилими-



нического анализаторов, проточного цитофлюориметра и замена старого оборудования на новое повысили производительность труда на 25% и сократили время получения результатов анализов с двух-трех дней до 40 минут. Артроскопическая стойка, шейверная система и холодноплазменный коагулятор позволили снизить количество широкоинвазивных вмешательств на коленном суставе и сократить время пребывания больного на первом этапе лечения в два раза. Благодаря новому

эндоскопическому оборудованию на 34% увеличилось общее количество оперативных вмешательств, и на 25% – количество лапароскопических и торакоскопических операций у новорожденных. Оснащение ЦСО двумя моечными машинами и стерилизаторами сократило время обработки эндоскопического и хирургического инструментария в два раза.

«Благодаря оснащению современным оборудованием и подготовке кадров РДКБ довела количество видов оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи до 10, включая нейрохирургию, травматологию и ортопедию, челюстно-лицевую хирургию, педиатрию, неонатологию, – говорит главный врач больницы Рустэм Ахметшин. – Проводится трансплантация почек, внедрены все виды эндохирургических операций у детей, кохлеарная имплантация».

В рамках Программы модернизации здравоохранения построен новый корпус диагностических отделений, в котором будут размещены отделения КТ и МРТ, отделения функциональной диагностики, УЗИ, клиническая лаборатория, дополнительные операционные и палаты для послеоперационного выхаживания.

Финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования на внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи в РДКБ в 2012 году составило 68,8 млн рублей (в 4 раза больше, чем в 2011 году). За период работы по программе модернизации внедрено более 90 стандартов. За 12 месяцев 2012 года по федеральным стандартам пролечено 3124 ребенка. План по внедрению федеральных стандартов в рамках Программы модернизации выполнен на 100%.





Руслан СУЛТАНОВ,
главный врач ГБУЗ
«Республиканский
клинический
онкологический
диспансер МЗ РБ», к. м. н.

Союз науки и практики

В августе 2012 года президент Башкортостана Рустэм Хамитов и глава РОСНАНО Анатолий Чубайс торжественно заложили первый камень в фундамент будущего Центра позитронно-эмиссионной томографии и радиохирургии – совместного проекта республики и госкорпорации стоимостью более 1 млрд рублей.



«ПЭТ-центр будет сдан в 2013 году и откроет новые горизонты в лечении злокачественных новообразований в регионе, – говорит главный врач РКОД Руслан Султанов. – Новые технологии позволят не только диагностировать минимальные изменения тканей, но и удалять новообразования из труднодоступных областей, например, из головного мозга».

В последние годы онкологический диспансер динамично развивается. В 2006 году вступил в строй один из крупнейших в России Центров радиологической диагностики и лечения. В 2010-м начал работу новый хирургический корпус площадью более 9 тысяч кв. м. Он оборудован современными системами жизнеобеспечения, локальными компьютерными сетями с мощным сервером для приема, передачи, обработки и хранения медицинских изображений и текстового материала, оснащен высокотехнологичным оборудованием.

Высокие медицинские технологии в диагностике злокачественных опухолей в РКОД представлены всем спектром эндоскопических процедур и манипуляций, выполняемых на видеоэндоскопических стойках. Созданы условия для малоинвазивных хирургических вмешательств. Новейшие методы УЗИ помогают проведению комплексного обследования больных. За 9 месяцев 2012 года высокотехнологичную медицинскую помощь получили 140 человек.



Цифры

РКОД МЗ РБ имеет 610 коек (450 – онкологических, 160 – радиологических), 12 клинических отделений и 12 – диагностических и вспомогательных. В онкологическом диспансере работают 7 докторов и 56 кандидатов медицинских наук, 4 заслуженных врача РФ, 22 заслуженных врача РБ. Ежегодно более 11 тысяч больных получают здесь лечение, проводится около 5 тысяч операций. За 2 года снижение числа запущенных случаев составило 4,9% (23,1% в 2012 году), годовичная летальность уменьшилась на 2,5% и составила 26,9%.

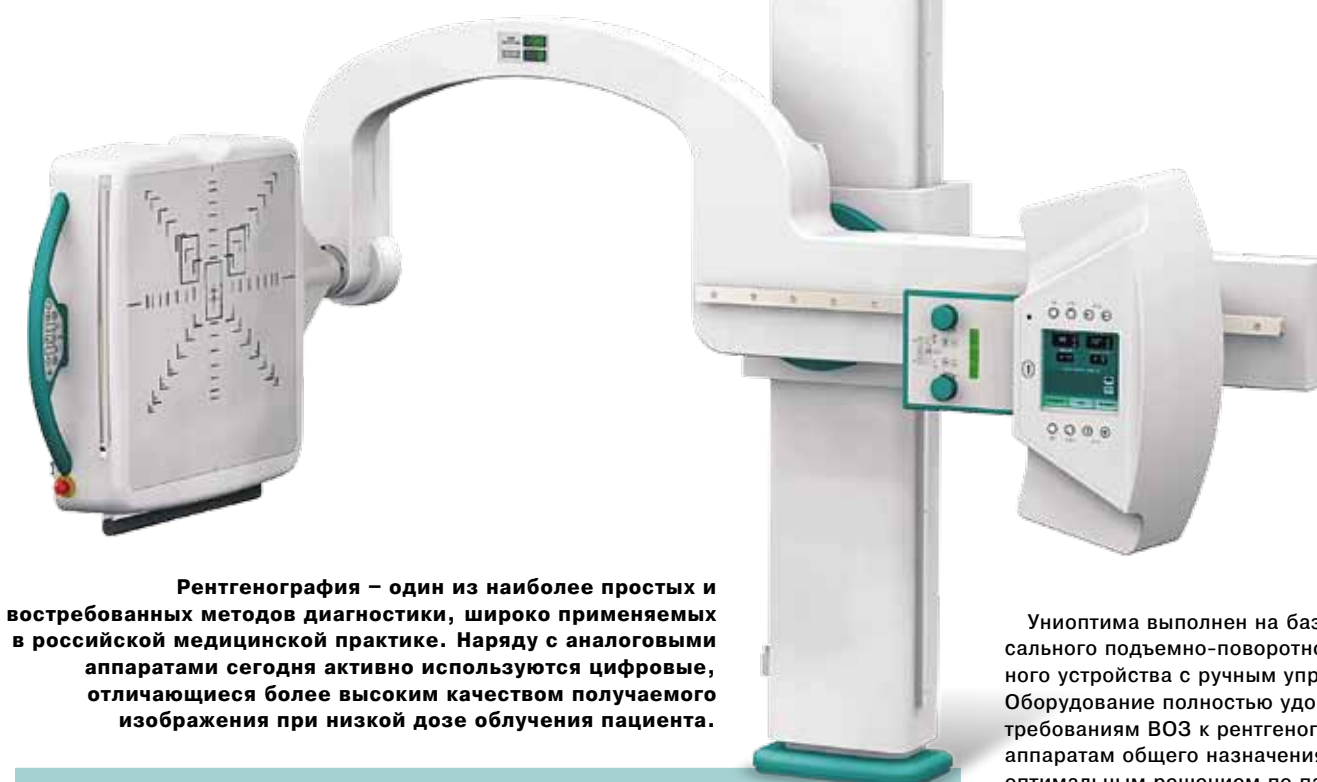
В двух поликлиниках (одна из которых обслуживает жителей Уфы) на 313 посещений в смену прием больных проводится ведущими специалистами по 15 профилям онкологических заболеваний. Проводится амбулаторное химиотерапевтическое лечение, оказывается паллиативная помощь.

Врачи диспансера активно занимаются научной работой. На его базе работают кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Башкирского государственного медицинского университета, возглавляемые профессорами Шамилем Ганцевым и Ириной Верзаковой. Клиника поддерживает тесные научно-практические связи с Академией наук РБ, ведущими центрами онкологии России и коллегами из Италии, Германии.

«РКОД является головным учреждением онкологической службы республики, для приближения специализированной помощи к населению созданы 15 межмуниципальных онкологических центров, – поясняет Руслан Султанов. – Они оснащены современным диагностическим оборудованием – рентгеновским, ультразвуковым, эндоскопическим. Также функционируют 112 смотровых кабинетов, в которых ежегодно осматривается около 680 тысяч человек. При этом выявляется до 700 случаев злокачественных новообразований. При профилактических осмотрах выявляются 16,6% больных с ЗНО».

Инновации

для повседневной врачебной практики



Рентгенография – один из наиболее простых и востребованных методов диагностики, широко применяемых в российской медицинской практике. Наряду с аналоговыми аппаратами сегодня активно используются цифровые, отличающиеся более высоким качеством получаемого изображения при низкой дозе облучения пациента.

Уникальную рентгеновскую технику, ориентированную на широкий круг пользователей и отвечающую ключевым потребностям рынка, предлагает НПП «АДАНИ». Компания занимается разработкой, производством и поставкой цифровых и рентгенографических сканирующих систем. В основе конструкции большинства аппаратов этого производителя лежит запатентованная сканирующая технология получения полноформатного цифрового рентгеновского изображения с высоким диагностическим качеством.

Предприятие производит широкую линейку цифрового рентгенодиагностического оборудования различного назначения, которое может быть использовано для оснащения как крупных областных и республиканских больниц, так и районных поликлиник.

Унискан Плюс – стационарный аппарат, выполненный на базе специализированного подъемно-поворотного штативного устройства. Аппарат обладает высокой пространственной и контрастной разрешающей способностью.

Детали

Основными преимуществами рентгеновской техники «АДАНИ» являются:

- возможность выбора оптимального диапазона пространственного разрешения – от 143 до 293 мкм, в зависимости от вида обследования;
- диагностика проводится с минимальной дозовой нагрузкой на пациента;
- низкие эксплуатационные расходы: отпадает необходимость в рентгеновской пленке, реактивах, проявочном оборудовании, дополнительном помещении для фотолaborатории. Ремонтопригодность – при любых повреждениях цифрового приемника достаточно лишь заменить отдельные модули или элементы;
- компьютерная «составляющая», позволяющая осуществлять полный спектр функций управления и обработки изображений, использовать их в информационных системах медучреждений.

Униоптима выполнен на базе универсального подъемно-поворотного штативного устройства с ручным управлением. Оборудование полностью удовлетворяет требованиям ВОЗ к рентгенографическим аппаратам общего назначения, является оптимальным решением по параметру качество/цена. Имеет два варианта исполнения: Униоптима-ПР – для получения снимков с использованием стандартных рентгеновских кассет, Униоптима-ЦР – с системой цифровой визуализации изображений.

Унискан Плюс и Униоптима предназначены для получения рентгенографических изображений стандартных размеров костных структур и мягких тканей пациента в положении сидя, стоя, лежа с помощью диагностического оборудования компактно устанавливается в рентгеновском кабинете.

Штативное устройство Универсала имеет уникальную конструкцию с высокой подвижностью составных частей, оснащенных электроприводами и дистанционным управлением. Этот стационарный аппарат на основе подъемно-поворотного штатива предназначен для получения высококачественных цифровых изображений костных структур и мягких тканей пациента в положении сидя, стоя, лежа с помощью плоских цифровых приемников или на рентгеновских кассетах.

Рентгенодиагностический комплекс экспертного уровня – Униэксперт. Аппарат

выполнен на основе телеуправляемого стола-штатива, при этом рентгеновский излучатель расположен над столом, а усилитель изображения вместе с экраноснимочным устройством (ЭСУ) – под его декой. Подобная конфигурация позволяет выполнять все виды рентгенодиагностических исследований на одном поворотном столе-штативе. Манипуляции с пациентом выполняются дистанционно. Для визуализации рентгеновского изображения может быть

решением является Уникомпакт – передвижной рентгенодиагностический аппарат общего назначения. Он располагается на специальной транспортной тележке, оснащенной штативным устройством для позиционирования излучателя. Аппарат может использоваться для получения стандартных рентгеновских снимков, а также цифровых изображений с помощью переносного цифрового приемника.

Пульмоскан – стационарный цифровой флюорограф, позволяющий получать

и разрешающей способностью, – Дентос. Благодаря специальному программному обеспечению у врача есть возможность сохранять и обрабатывать цифровые изображения, в том числе увеличивать их для детального исследования зубочелюстной системы.

Компания предлагает также передвижные комплексы, полностью соответствующие стандартным требованиям, предъявляемым к рентгеновским кабинетам медучрежде-



Оборудование серии Униэксперт позволяет выполнять на одном аппарате три вида исследований: рентгенографические, рентгеноскопические, линейную томографию при любом угле наклона стола-штатива.



использована как рентгеновская пленка, так и плоскпанельный цифровой приемник «АДАНИ».

Униэксперт 2+/3+ – рентгенодиагностические комплексы общего назначения, соответственно, на два и три рабочих места. Униэксперт 2+ включает в себя подъемный стол-штатив с «плавающей» декой и вертикальную стойку снимков, на одном аппарате выполняются все виды исследований костных структур и мягких тканей пациента в положении сидя, стоя, лежа. Униэксперт 3+ оборудован поворотным столом-штативом для рентгеноскопии (первое рабочее место), подъемным столом-штативом с «плавающей» декой (второе рабочее место) и вертикальной стойкой (третье рабочее место).

Униэксперт 2+/3+ отличаются удобной механикой и высокой подвижностью составных частей, оснащенных электроприводами, что облегчает проведение исследований пациентов с ограниченной подвижностью или травмой. «Плавающая» дека с изменяемой высотой обеспечивает быстрое и точное позиционирование человека.

Оборудование серии Униэксперт позволяет выполнять на одном аппарате три вида исследований: рентгенографические, рентгеноскопические, линейную томографию при любом угле наклона стола-штатива.

Для проведения диагностики пациентов больничных палат, приемных покоев, травматологических пунктов оптимальным

высококачественные рентгенографические изображения органов грудной клетки для скрининга и диагностики различных заболеваний, включая туберкулез, онкологическую патологию и др.

Рентгеноскопия – один из широко применяемых методов в маммологии. Здесь крайне важно обеспечить раннее выявление онкологической патологии молочной железы, для решения этой задачи был разработан Маммоскан – стационарный цифровой маммограф. Он предназначен для получения рентгенографических изображений в рамках скрининговых программ. Аппарат обеспечивает предельно низкую дозовую нагрузку при высоком разрешении.

Травмаскан – стационарный аппарат, позволяющий проводить цифровую рентгенографию всего тела травмированных пациентов на основе обзорных (крупноформатных) и стандартных рентгеновских изображений мягких тканей и костной структуры пациента в положении лежа, сидя и стоя. Управление осуществляется с автоматизированного рабочего места, оснащенного специальным программным обеспечением. Область применения: приемные отделения больниц скорой помощи, травматологические центры, отделения лучевой диагностики.

Цифровой рентгенографический аппарат, позволяющий получать панорамные изображения зубов с высокой чувствительностью

и разрешающей способностью, – Дентос. Благодаря специальному программному обеспечению у врача есть возможность сохранять и обрабатывать цифровые изображения, в том числе увеличивать их для детального исследования зубочелюстной системы.

Здесь созданы комфортные условия для работы медицинского персонала и обследования пациентов. Пульмоскпресс – передвижной кабинет, в котором расположены низкодозовый флюорограф, автоматизированное рабочее место оператора и врача, раздевалка и пр. Маммоэкспресс, соответственно, оснащается низкодозовым цифровым маммографом.

Специально для проведения скрининговых обследований был разработан Скринэкспресс. В комплекс входят независимые кабинеты рентгеновской маммографии, флюорографии и регистратуры, полностью соответствующие действующим стандартам. Цифровые технологии, реализованные в Скринэкспрессе, дают возможность ведения централизованного либо разделенного архива исследований, а также проведения удаленной диагностики и консультации. *

О КОМПАНИИ

Официальным представителем НПП «АДАНИ» в Республике Татарстан является ООО «ВЕГМАН» (Казань). Компания предлагает комплексное решение задач по поставке, монтажу, пусконаладочным работам, техническому обслуживанию и ремонту рентгенодиагностического оборудования.



Профессиональная солидарность врача

За три года существования Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан (АМР РТ) объединила под своим крылом более 10 тысяч представителей медицинского сообщества региона. О наиболее актуальных вопросах, которые призван решать этот профессиональный союз, – в интервью с председателем правления Ассоциации, директором Диспетчерского центра МЗ РТ Ростиславом ТУИШЕВЫМ.



– Ростислав Иванович, какую нишу профессиональные объединения могут занять в системе здравоохранения?

– Подобные ассоциации существуют во всем мире, играя значимую роль в системе здравоохранения развитых стран. Они осуществляют координацию деятельности специалистов с учетом их потребностей, возможностей, ресурсов. За рубежом врач, поступая на работу, пишет также заявления о вступлении в ассоциацию и профсоюз. Без этого работодатель его просто не примет. Ассоциация – корпоративная структура, которая защищает интересы врача, в том числе страхует риски, с которыми неизбежно связана его профессиональная деятельность, оказывает правовую помощь.

В нашей стране всегда был силен административный ресурс, а объединения врачей традиционно носят узкоспециализированный характер. Наличие нескольких ассоциаций само по себе неплохо – специалисты собираются вместе, формулируют общие решения. Но в то же время такая раздробленность не позволяет профессиональным объединениям существенно влиять на систему здравоохранения.

В последние годы Россия все активнее интегрируется в международное экономическое пространство, перенимая мировой опыт. В частности, растет роль профессиональных объединений. В первую очередь их начали создавать строители, юристы, их саморегулируемые организации сегодня активно влияют на отрасль. Эта тенденция наметилась и в

сфере здравоохранения. Национальная медицинская палата (одним из учредителей которой является АМР РТ) под руководством Леонида Рошаля внесла значительные коррективы в ряд решений в здравоохранении, в том числе законодательских. Так, многочисленные поправки в закон об охране здоровья граждан РФ, инициированные этой организацией, существенно изменили его смысловую нагрузку. Были пересмотрены аспекты, касающиеся практических вопросов здравоохранения.

Правовую основу для функционирования региональных профессиональных объединений в здравоохранении дает статья № 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ей некоммерческие организации, созда-

ваемые медицинскими и фармацевтическими работниками, могут принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, порядков и стандартов медицинской помощи и т.д. При этом профессиональное объединение признается легитимным, если в него входит не менее 25% от общей численности врачей на территории субъекта.

– Расскажите, пожалуйста, о татарстанской Ассоциации. Какие задачи перед ней ставятся?

– Ассоциация медицинских работников РТ была создана в апреле 2009 года, на сегодня она включает более 10 тысяч медицинских работников, наряду с врачами значительную долю в ней составляет средний медперсонал. Сегодня ведется активная работа по привлечению в ее ряды новых членов.

Раз в год проводится общее собрание организации, на последнем из которых были избраны новые руководители, в том числе президент Ассоциации – Ирина Питулова. Она обладает богатым опытом управления в сфере здравоохранения, в том числе законодательским, Ирина Борисовна несколько лет возглавляла комиссию по здравоохранению в Госсовете РТ. Также в организационную структуру Ассоциации входят координационный совет, правление, первичная организация.

Одна из первоочередных задач, которые Ассоциация призвана решать, – это правовая защита медицинских работников. К сожалению, в этом вопросе до сих пор наблюдается некоторая неопределенность. Очевидно, что Министерство здравоохранения как исполнительный государственный орган обязано прежде всего защищать права граждан. При этом не совсем понятно, кто должен представлять интересы врачей.

В этом году в отношении медицинских работников проходил ряд судебных разбирательств, некоторые из которых получили громкую огласку. Например, в Бугульме, когда уважаемого доктора обвинили в педофилии. Впоследствии его признали невиновным. Медицинский работник в такой ситуации оказывается юридически «безоружным». Он не очень хорошо знает законодательство, не умеет грамотно выстраивать тактику защиты, обозначать причинно-следственные связи и т.п.

Дело осложняется и тем, что в России субъектом права является не врач, а учреждение, которое получает лицензию на деятельность. В то же время в развитых странах все наоборот – авторитет клиники зависит от того, сможет ли она привлечь врача с именем. У нас порой руководителями ключевых подразделений клиник назначаются «крепкие хозяйственники», а не ведущие специалисты. В результате такие заведующие отделениями часами сидят на совеща-

ниях, отбирают пациентов в приемном покое, а не оттачивают свое мастерство в операционной. Многие талантливые врачи просто уходят в частный сектор, где у них больше возможностей проявить себя. А ведь государство вкладывалось в их образование! Профессиональное объединение призвано создать усло-



Защищая права медицинских работников, профессиональная организация должна также брать на себя ответственность за уровень их квалификации.

вия для здоровой конкуренции, вплоть до объявления конкурса на замещение вакантных должностей.

Вообще, проблема с кадрами – одна из ключевых в здравоохранении. Средние показатели обеспеченности медицинскими работниками по Татарстану нормальные, но велика разница между районами и столицей республики. Советская система распределения выпускников медицинских вузов была эффективной, она применима и сегодня. Вместе с тем очевидно, что загонять врача в глубинку, где нет ни жилья, ни достойной зарплаты, ни возможностей для самореализации, было бы неправильно. Ассоциация могла бы представлять интересы медицинских работников, выстраивая отношения с муниципальными властями.

Защищая права медицинских работников, профессиональная организация должна также брать на себя ответственность за уровень их квалификации. Многие наши врачи проходят стажировки в зарубежных клиниках, и практически все они признают, что профессионализм иностранных специалистов сегодня, увы, существенно выше. В вопросах обучения, переаттестации нет места формальному подходу. Экзаменаторами должны выступать ведущие специалисты того или иного профиля, экспертная комиссия, чью работу, кстати, нужно достойно оплачивать. Это существенно повысит требования к профессиональной квалификации врачей, но без этого нельзя.

Говоря о вопросах качества, нельзя не упомянуть о таком актуальном вопросе, как разработка стандартов. Если привлечь к этому процессу группу ведущих специалистов, которые впоследствии будут применять его в своей практике, очевидно, что стандарт будет более содержательным. Отрасль стремительно развивается, и мнение профессионального сообщества в определении приоритетов должно учитываться.

– Каковы ближайшие перспективы развития Ассоциации медицинских работников Татарстана?

– На сегодня мы должны преодолеть порог в 25%, определенный законодательством. Это позволит нам в полной мере реализовать все задуманное, даст право представлять интересы татарстанских врачей и медицинских работников. Противников профессионального объединения нет, оно находит понимание и у министра здравоохранения РТ Айрата Фаррахова, и у руководителей ведущих медицинских учреждений республики. Но, как это часто бывает с благими начинаниями, все упирается в организационные вопросы.

– Что нужно сделать врачу, чтобы вступить в Ассоциацию?

– Все, что нужно, – подписать заявление о вступлении в АМР РТ, заплатить вступительный взнос. Готовый бланк, а также устав организации и вся сопутствующая документация размещены на сайте Ассоциации – www.amrrt.ru. Вступительный взнос на сегодня составляет 500 рублей, ежегодный – 1000 рублей, квитанцию, заявление в бухгалтерию об оплате также можно скачать с нашего сайта. В некоторых ведущих медицинских учреждениях есть представители Ассоциации, можно обратиться к ним за помощью.

Профессиональное объединение – это реальная возможность для защиты прав и интересов медицинского сообщества. Нужно учиться разделять ответственность, профессиональная солидарность – то, без чего сегодня не может существовать благородное дело врача.

На переднем крае регенеративной медицины



В 2012 году Нобелевскую премию по медицине и физиологии получили японский и британский ученые Синъе Яманаке и Джон Гердон за работы, посвященные стволовым клеткам и клонированию. Исследования в этой области относятся к сфере бурно развивающейся в последние годы регенеративной медицины. Первые шаги в этом направлении делаются и в Казани, где уже несколько лет функционирует Банк стволовых клеток КГМУ.

В свете стремительного развития медицинских технологий сегодня формируются принципиально новые подходы в реализации связки «научная мысль – врачебная практика». Время, необходимое для «трансляции» идеи в медучреждения, сокращается. Если раньше речь шла о 10 годах, то теперь ставится задача уложиться в 3–4 года (конечно, без ущерба для клинических исследований). На Западе таким «полигоном» становятся так называемые университетские клиники.

В основу базы для развития трансляционной медицины легли достижения в молекулярной биологии, в том числе открытие стволовых клеток. Они представляют собой недифференцированные клетки, способные в процессе деления образовывать различные ткани. Эти клетки могут стать, например, основой для создания аутологических донорских органов.

В России сегодня успешно применяются гемопоэтические стволовые клетки (ГСК), получаемые из пуповинной крови и костного мозга, для лечения различных заболеваний крови, в том числе онкологических. Соответствующие методы внесены в Реестр медицинских технологий, разрешенных к применению на территории Российской Федерации. В частности, в онкогематологии использование ГСК показано в случае не-

эффективности химио- и лучевой терапии и в качестве дополнения к ним. Среди крупнейших научно-медицинских учреждений страны, внедряющих подобные технологии лечения, – РОНЦ им. Н.Н. Блохина, ФНЦ трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова.

В 2005 году в Казани на базе Казанского государственного медицинского университета был открыт Банк стволовых клеток. Он располагает лицензиями на обработку, хранение и транспортировку ГСК. Банк работает на основе договоров с частными лицами. Процедура забора пуповинной крови проводится акушером-гинекологом в момент, когда пуповина пережата и не контактирует ни с матерью, ни с ребенком. После этого она помещается в специальный контейнер с антикоагулянтom и отправляется в Банк. Выделенные стволовые клетки попадают в криохранилище и хранятся в отдельной ячейке при температуре жидкого азота до момента, когда они могут потребоваться для трансплантации и лечения.

Фактически ГСК становятся своеобразной «биологической страховкой» на случай возникновения заболеваний крови. Доказанный срок хранения – более 20 лет, но фактически его можно смело увеличивать вдвое, поскольку нынешний показатель ограничен временем с момента начала применения самого метода криохранения стволовых клеток.

Использование стволовых клеток в медицине – тема дискуссионная, у многих врачей остаются сомнения относительно их безопасности. В частности, онкологи зачастую задаются вопросом – не превратится ли «клетка-прародитель» в опухолевую? Сегодня активно ведутся клинические исследования в этом направлении. Вместе с тем безопасность применения именно ГСК для лечения болезней крови доказана многолетними международными исследованиями, опубликованы соответствующие научные работы. Показано, что ГСК дифференцируются именно в кроветворный росток, 0,01–3,00% введенных стволовых клеток обнаруживаются в других органах, но и они не дают опухолевой дифференцировки.

За годы работы Банком стволовых клеток КГМУ была создана эффективная система по сбору и хранению ГСК, ведется популяризация среди населения, медицинского сообщества. Для того чтобы применять ГСК в лечебной практике, медучреждение должно иметь соответствующую лицензию. В данном случае речь идет о высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), объем которой ограничивается квотами, выделяемыми федеральным бюджетом. В рамках программы модернизации в Татарстане новую жизнь обрели центры ВМП, которые уже сегодня могут стать базой для внедрения передовых методов клеточной медицины. Так что перспектива применения стволовых клеток во врачебной практике вполне обозрима.*





Неврология широкого профиля

Научно-исследовательскому медицинскому комплексу «Ваше здоровье» исполнилось три года. Подтверждение успешной работы – тысячи пролеченных пациентов, широкая география – в клинику едут пациенты со всей страны: из Норильска, Уренгоя, Новосибирска, Чебоксар, Ульяновска. С самого момента создания эта клиника реализует системный подход в оказании медицинской помощи пациентам, развивая наиболее актуальные направления в рамках своей специализации.

Основное направление работы медицинского комплекса – лечение заболеваний неврологического профиля. Неврология – раздел медицинской науки, соприкасающийся со многими другими. Именно поэтому в клинике наряду с неврологом прием ведут смежные специалисты: психотерапевт, эндокринолог, кардиолог, терапевт и др.

«Наша задача не просто предложить «услугу», а оказать квалифицированную медицинскую помощь, – говорит профессор Эдуард Якупов, руководитель Клиники «Ваше здоровье», заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики КГМУ, – многие проблемы в нашей области требуют мультидисциплинарного подхода».

«Наглядный пример – диагностика и лечение нарушений сна, которыми наша клиника занимается несколько лет. Один из моих учителей – профессор Ильдар Газимович Салихов в свое время положительно отнесся к этой идее, – вспоминает Эдуард Якупов. – Общаясь с терапевтами, он всегда интересовался, спрашивая ли они у своих больных гипертензией о том, как им спится. Оказывается, одна из причин вторичной артериальной гипертензии – апноэ сна, которое нужно корректировать. А зачастую врач прописывает гипотензивные препараты и не получает должного результата».

В клинике функционируют кабинеты лечения боли, лечения головокружений, диагностики и коррекции нарушений памяти, психотерапии и психорелаксации, иглорефлексотерапии, массажа. Пациент, приходя в клинику с той или иной жалобой, может получить полный объем необходимых обследований: УЗИ экспертного класса, полный спектр современных нейрофизиологических исследований (ЭЭГ, ЭНМГ, ЭЭГ – видеомониторинг и т.д.), консультации различных специалистов. Все услуги оказываются в рамках системы «одного окна».

«Мы постарались создать уютную, домашнюю атмосферу, где вежливый персонал предложит посетителю выпить чашечку чая

или кофе, полистать свежую прессу, – рассказывает руководитель клиники, – это важно для наших пациентов. – А главное – мы можем позволить себе роскошь общаться с человеком, который обратился к нам за помощью, столько, сколько потребуется (не глядя на часы), и провести полноценную диагностику. Каждую пятницу традиционно у нас собирается консилиум специалистов, который разбирает наиболее сложные случаи».



Новое направление, которое развивает клиника, – профилактические программы, посвященные актуальным аспектам неврологии и сопряженным с ней дисциплинам. Во многих стационарах города, по предварительной договоренности с их администрацией, проводятся бесплатные школы для пациентов: «Скажи инсульту «Нет!», «Стоп-диабет», «Я не курю!», «Здоровое сердце». Врачи медицинского комплекса «Ваше здоровье» читают лекции, отвечают на вопросы больных, раздают информационные брошюры. Образовательные программы реализуются и в самой клинике – например, по диабету, здесь можно научиться

навыкам контроля заболевания, получить дневники здорового питания и т.д.

«Артериальная гипертензия, диабет, ожирение, курение табака являются ведущими факторами риска возникновения инсульта, и мы всегда заявляем: «Лучше предупредить заболевание, чем его лечить!» – говорит Эдуард Якупов, – при этом уровень медицинской грамотности у населения, к сожалению, пока низкий, многие пациенты не знают даже, как измеряется артериальное давление. – Поэтому проведение таких школ для наших пациентов на сегодняшний день приобретает все большую актуальность».

В клинике «Ваше здоровье» реализуются образовательные программы и для врачей, они постоянно повышают свою квалификацию. Здесь проводятся круглые столы, семинары и лекции, в них принимают участие не только персонал, но и врачи из других медучрежде-

ний города. На базе медицинского комплекса ведутся научные работы с выполнением кандидатских и докторских диссертаций, проводятся клинические исследования.

«В перспективе мы хотим расширять спектр оказываемых услуг, – делится планами на будущее Эдуард Якупов. – Особое внимание будет уделяться вопросам профилактической медицины, образовательным программам для врачей и пациентов. Сегодня наши первые пациенты лечатся у нас семьями, приводят к нам своих родных, близких. Это является лучшим доказательством правильности выбранного нами пути развития». *

Семейный бизнес, создающий семьи

В следующем году Клинике Нуриевых исполняется 10 лет. За годы своего существования она заработала репутацию одного из ведущих частных медицинских центров, специализирующихся на вспомогательных репродуктивных технологиях. Об основных тенденциях в этой сфере и о тех решениях, которые предлагает клиника, журналу Healthy Nation рассказал ее основатель Ильяс НУРИЕВ.

Клиника Нуриевых — первая в Татарстане частная клиника, занимающаяся вопросами репродуктивной медицины. Медицинский центр принимает порядка 68 тысяч первичных пациентов в год и производит 1400 циклов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). С момента основания клиники в 2003 году стараниями ее специалистов появилось на свет несколько сотен малышей. Частота наступления клинической беременности при применении ЭКО/ИКСИ составляет 58%.

— Многие врачи для повышения шансов на наступление беременности переносят в организм женщины сразу несколько эмбрионов, — говорит Ильяс Нуриев. — Тем самым увеличивается и процент результативности ЭКО, повышается престиж клиники среди конкурентов. Наша же цель состоит в другом — мы стремимся



к рождению здоровых детишек. Многоплодная беременность зачастую связана с осложнениями, именно поэтому мы рекомендуем женщинам перенос одного эмбриона. Естественно, есть исключения — чем старше женщина, тем ниже, к сожалению, ее шансы на благополучный исход ЭКО при переносе одной оплодотворенной клетки. В этих случаях мы увеличиваем количество эмбрионов до двух. В любом случае забота о жизни и здоровье пациентов для нас самое главное. Кстати, именно по этой причине мы не делаем аборт. Это наша принципиальная позиция.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОД

— Проблема бесплодия, к сожалению, становится все острее, — говорит Ильяс Нуриев. Особенно мужского. Если еще пять лет назад по причине мужского бесплодия не могли зачать детей только 12% российских пар, то сейчас этот показатель приближается уже к 50%. А в некоторых скандинавских странах с проблемами в репродуктивной сфере у сильного пола сталкиваются более 80% семей. Мужское бесплодие прогрессирует стремительно,



Основная специализация Клиники Нуриевых – это лечение мужских и женских заболеваний в репродуктивной сфере, результатом которого должно стать рождение здорового малыша. Если естественная беременность не наступает, медицинский персонал предлагает услуги по проведению ЭКО.

основной рост бесплодных браков обусловлен именно «мужским» фактором.

По мнению Ильаса Нуриева, причины этой тенденции кроются в изменении условий жизни и воспитания мальчиков-подростков. Молодежь днем сидит за школьными партами, вечера проводит за компьютерами. Кровообращение в тазовой области замедляется, развивается гиподинамия. Не способствуют здоровью частые стрессы, питание продуктами с обилием консервантов.

Как показывают исследования зарубежных урологов, средний уровень тестостерона у современной молодежи снижен, что вызывает появление в более раннем возрасте такого заболевания, как простатит, и приводит к сексуальным нарушениям и бесплодию. Плохая экологическая обстановка, неправильный образ жизни усугубляют эту проблему. От поколения к поколению эта тенденция пока усиливается, причем не только в России, но и во всем мире.

По мнению Ильаса Нуриева, ключ к здоровому потомству скрыт в области генетики. На сегодняшний день его медицинский центр оснащен самым



современным оборудованием, позволяющим проводить широкий спектр генетических исследований. Перед введением оплодотворенной яйцеклетки специалисты способны определить пол будущего ребенка (по медицинским показаниям), риск заболеваний, передающихся по наследству, и многое другое.

Основная специализация Клиники Нуриевых – это лечение мужских и женских заболеваний в репродуктивной сфере, результатом которого должно стать рождение здорового малыша. Если естественная беременность невозможна, медицинский персонал предлагает услуги по проведению ЭКО. Здесь возможности клиники довольно обширны – помимо стандартных процедур ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий), в клинике проводятся протоколы с участием донора яйцеклетки или суррогатной мамы. Кроме того, медицинский центр располагает одним из крупнейших в России банков спермы. Все доноры проходят жесткий отбор – кандидат должен обладать отменным здоровьем и безупречными показателями качества спермы. Также биоматериал проходит обязательный тест

на криотолерантность, для того, чтобы определить, сохраняет ли сперма свои качества после размораживания. Из 100 кандидатов в доноры проходят отбор только 1,2%. География работы Банка спермы Клиники Нуриевых обширна – генетические материалы поставляются во все регионы России.

ОТ РЕПРОДУКЦИИ К ПЕДИАТРИИ

В отличие от многих медицинских центров кадровая политика клиники строится на постоянном обучении собственных кадров. Для этого персонал регулярно отправляется на учебу и стажировки в зарубежные страны. На основании материалов, собранных в ходе этих поездок, в клинике создаются собственные стандарты оказания медицинских услуг. То же касается и качества обслуживания пациентов, ведь частные клиники должны обладать не только лучшими медицинскими кадрами и оборудованием, но и превосходным сервисом.

На сегодняшний день Клиника Нуриевых располагается в Казани по двум адресам: на улицах Гаврилова и Братьев Касимовых. Документооборот обоих подразделений ведется в электронном виде через единый сервер. Поэтому на консультацию или прием пациент может приехать в любую из клиник. Врач в считанные минуты найдет электронную медицинскую карту пациента и окажет необходимую услугу. В 2013 году, к 10-летию, подразделение Клиники Нуриевых должно появиться в Ижевске.

Со временем Ильяс Нуриев мечтает открыть в Казани собственный роддом и педиатрическое отделение. «Если мы знаем, как провести зачатие и обеспечить сохранность ребенка до родов, мы просто обязаны проконтролировать его появление на свет и помочь сделать первые шаги в этом мире», – считает известный бизнесмен и врач. *



Дефицит витамина D у детей и его последствия

Врачи и ученые обеспокоены: все чаще у людей, особенно у детей и представителей маргинальных групп, наблюдается дефицит витамина D, влекущий за собой серьезные последствия.

Доктор Мартин Вабич, профессор из Клиники детской и юношеской медицины Университета в городе Ульм, обращаясь к результатам последних исследований, обобщает новые рекомендации по приему витамина D.

ИСТОЧНИКИ ВИТАМИНА D

Большая часть потребности человека в витамине D покрывается эндогенным синтезом витамина D в коже при достаточном воздействии ультрафиолетовых солнечных лучей типа B. Количество синтезируемого при этом витамина D зависит от времени года и суток, географической широты, климатических условий, площади непокрытой кожи, а также от толщины и пигментации облученной кожи^{2, 3, 4, 5, 6}.

Под достаточным воздействием ультрафиолетовых лучей типа B экзогенное поступление витамина D только на 10% покрывает суточную потребность в нем, что вполне естественно, поскольку лишь немногие продукты питания содержат этот витамин в большом количестве. К ним относятся очень жирные сорта рыб (лососевые, скумбриевые, сельдевые: около 12,5 мг, или 500 МЕ в одной порции), печень, маргарин (насыщенный) и яичный желток.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА МАКСИМАЛЬНУЮ КОСТНУЮ МАССУ

В младенческом возрасте поступления витамина D из материнского молока недостаточно для покрытия потребностей⁷. Водномлитре материнского молока содержится 12–60 МЕ витамина D. Чтобы обеспечить отвечающую возрастным потребностям минерализацию интенсивно растущей в первые годы жизни костной системы, следует добирать витамин D дополнительным ежедневным приемом содержащих его препаратов (400–500 МЕ в день). 90% максимальной костной массы формируется к 18–20 годам.

На третьем десятилетии жизни завершается рост костей, а с четвертого, как правило, начинается их разрушение. Оптимизация костной минерализации в подростковом и раннем зрелом возрасте позволяет предотвратить развитие остеопороза в преклонные годы^{8, 9}. При этом остеопороз пожилого человека частично может рассматриваться как следствие некоторых факторов образа жизни в детстве и юности, которые и привели к недостаточности витамина D^{10, 11}. Положительную связь между уровнем сывороточ-



ного 25-ОН-витамина D и изменением плотности костей можно проследить на подростках в период полового созревания^{12, 13, 14}. Авторы делают вывод, что низкая концентрация витамина D в сыворотке (25-OHD) может ограничивать рост костной массы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D И ЕГО ПРАВИЛЬНЫЙ ПРИЕМ

На основании исследований статуса витамина D и PTH (PTH: паратгормон) по методу поперечного сечения, изучения связи между концентрацией сывороточного 25-ОН-витамина D и концентрацией PTH, а также исследований приема витамина D в виде препаратов в ограниченных дозах многие согласованные рекомендации определяют клинически значимый дефицит витамина D при концентрации сывороточного 25-ОН-витамина D < 20 нг/мл (< 50

нмоль/л)^{15, 16}. Опираясь на научные выводы о том, что приема витамина D по 200 МЕ в день дополнительно к питанию недостаточно для концентрации сывороточного 25-ОН-витамина D > 20 нг/мл (> 50 нмоль/л)^{17, 18}, комиссия по питанию Американской академии педиатрии рекомендует от младенческого до юношеского возраста ежедневно потреблять по 400 МЕ витамина D (см. таблицу 1)³.

Для сравнения добавим, что, по мнению Института медицины (ИОМ), которое основывается на опубликованных интервенционных исследованиях референсных значений приема витамина D в детском и зрелом возрасте, суточная норма потребления витамина D должна составлять 600 МЕ (RDA: рекомендуемая норма потребления)¹⁵. Как показывают различные новые изыскания, референсные значения поступления витамина D с приемом пищи, определенные

специализированными организациями, в настоящее время изменились.

ПОСЛЕДСТВИЯ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ДЕТСКОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В зависимости от возраста дефицит витамина D преимущественно возникает в периоды повышенного темпа роста, которые сопровождаются усиленной



потребностью в витамине D и кальции. К таким фазам относятся первые два года жизни и пубертатный период.

РАХИТ И ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ

Дефицит витамина D приводит к нарушению гомеостаза кальция и только в незначительной степени - к нарушению обмена фосфатов. В младенческом и детском возрасте D-гиповитаминоз, сопровождающийся нарушением минерализации и дезорганизацией пластинок роста или нарушением минерализации губчатого и коркового веществ кости, ведет к заболеванию рахитом. Следующими симптомами болезни могут быть нарушения осевого положения ног, пониженная сила мышц, особенно нижних конечностей, тетания, ломота в костях и/или повышенная уязвимость перед инфекциями^{23,24}.

К следствиям недостаточного поступления витамина D/добавок с витамином D в младенческом возрасте относят биохимические изменения, пониженную минерализацию костей, замедленный рост и возможные изменения в костной структуре с повышенным риском перелома костей²⁵. Обобщение результатов более чем 167 исследований подтвердило связь низкой концентрации сывороточного 25-ОН-витамина D с развитием рахита, а также обратную связь с концентрацией сывороточного PTH у детей²⁶. Несбалансированное потребление витамина D и пониженная плотность костей в юношестве приводят к повышенному риску возникновения остеопороза в зрелом возрасте.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ТИПА 1

Недостаточное поступление витамина D в детском возрасте связано с повышенным риском возникновения сахарного диабета типа 1^{25, 27}. Дефицит витамина D у детей в четыре раза увеличивает риск возникновения этого заболевания в более зрелом возрасте.

Экспериментальные исследования показали, что в случае ежедневного приема по 2000 МЕ витамина D (с первого года жизни) риск возникновения сахарного диабета типа 1 в возрасте 25–80 лет мог бы сократиться до 80%²⁸.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ

Кампман и другие ученые обнаружили тесную взаимосвязь между пребыванием на свежем воздухе летом и снижением риска возникновения рассеянного склероза у детей и подростков.

Добавки с рыбьим жиром оказывают защитное воздействие при незначительном влиянии солнечных лучей ($p=0,07$). Употребление в пищу рыбы не менее трех раз в неделю точно так же снижает риск возникновения рассеянного склероза ($p=0,024$)²⁹. Эти данные, конечно же, не доказывают причинную связь.

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

БЕЗ ПРИЕМА ДОБАВОК К ПИЩЕ

Пребывание на солнце: с апреля по сентябрь, 5–30 минут два раза в неделю, с 10 до 15 часов дня. Для соответствующей выработки витамина D в детском и юношеском возрасте (тип кожи 2 и 3)³⁵ достаточно находиться на солнце с апреля по сентябрь от 5 до 30 минут два раза в неделю от 10 до 15 минут не покрытыми головой, руками и ногами. Это рекомендовано как качественная и более эффективная методика, улучшающая поступление витамина D при условии защиты от солнечных ожогов.

Движение на открытом воздухе: ежедневно на протяжении всего года не менее одного часа. Воздействие солнечных лучей при интенсивном движении на открытом воздухе ежедневно в течение не менее одного часа улучшает поступление витамина D. Благодаря движению также дополнительно увеличивается костная масса. Это приводит к росту максимальной костной массы и, таким образом, предотвращает возникновение остеопороза в более

позднем возрасте. Так как условия проживания и наличие свободного времени в детском возрасте не всегда дают возможность ежедневно и в необходимом количестве проводить время на открытом воздухе, ввиду общего недостаточного потребления витамина D рекомендуется принимать добавки.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИЕМУ ВИТАМИНА D

Недоношенные дети с весом при рождении менее 1500 г: прием витамина D от 800 до 1000 МЕ в сутки. Такие рекомендации дает Европейское общество специалистов в области детской гастроэнтерологии, гепатологии и питания. До второго летнего периода жизни: прием витамина D дополнительно к пище от 400 до 500 МЕ в сутки.

В Германии для младенцев в дополнение к витамину D в материнском молоке и в детском питании рекомендуется прием добавок с содержанием 400–500 МЕ витамина D3 в сутки до 1–1,5 лет в зависимости от времени рождения – по крайней мере до второго летнего периода жизни, когда разрешается длительное воздействие ультрафиолетовых лучей, обеспечивающее собственный синтез витамина D. Прием витамина D должен комбинироваться с профилактикой содержания фторидов.

Со второго года жизни: прием витамина D дополнительно к пище от 600 МЕ в сутки. При недостаточном времени пребывания на солнце Институт медицины (IOM) рекомендует со второго года жизни и в течение всего детского и юношеского возраста потреблять около 600 МЕ витамина D ежедневно. Это достигается обычным питанием с дополнительным приемом 400 МЕ витамина D в сутки в виде добавок.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ГРУПП РИСКА

Один раз в год прием сывороточного 25-ОН-витамина D по назначению. Для групп риска, таких как мигранты, дети-вегетарианцы, люди, находящиеся на солнце ограниченное время, и люди, страдающие хроническими заболеваниями, при концентрации сывороточного витамина D менее 30 нг/мл (<75 нмоль/л) в целях предупреждения дефицита витамина D рекомендуется ежедневный прием заменителей. Предметом медицинских исследований в рамках профилактических осмотров (в том числе J1) непременно должно стать изучение содержания витамина D в группах риска, включая детей, находящихся на солнце ограниченное время, в связи с культурой или другими правилами. И по их результатам должны приниматься соответствующие меры. Необходимо осуществлять систематический контроль потребления витамина D в детском и юношеском возрасте и анализ эффективности затрат для рекомендуемых и проводимых мер.*

Список литературы опубликован в электронной версии журнала на сайте издания. Материал предоставлен компанией Siemens и использован из журнала «Forum Aktuell - Wissenswertes von Siemens Healthcare Diagnostics, Ausgabe 1/2012».

Медицинское наследие Универсиады



Не только передовые медицинские технологии и оборудование, но и современные традиции Клиники, дружественной к молодежи, послужат делу укрепления здоровья студентов Казани.

Медицинский центр Деревни Универсиады удостоили своим посещением многие известные персоны. На его открытии присутствовал Президент Татарстана Рустам Минниханов, во время визита в Казань его посетила министр здравоохранения России Вероника Скворцова. Высоко оценил Медицинский центр и председатель медицинской комиссии FISU доктор Лоранс Ринк, сказав, что много где побывал и видел разные медицинские учреждения, но поликлиник такого уровня для обслуживания Универсиад еще не было.

«Во время Всемирных летних студенческих игр наш медицинский центр будет обслуживать всех участников, представителей FISU и аккредитованных лиц, – говорит Айрат Зиятдинов, главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника №4 «Студенческая» г. Казани. – Согласно концепции развития медцентр передан студенческой поликлинике. Она работает уже сегодня и станет наследием Универсиады после ее проведения».

В поликлинику действительно вложено много сил и средств, каждый кабинет, рабочее место проектировались лучшими экспертами Татарстана, как правило, главными специалистами Минздрава РТ. Офтальмологический кабинет оснащен не просто набором аппаратуры, а полноценным офтальмологическим комбайном, в котором есть все: электронный проектор знаков, встроенная аппаратура для УЗИ и измерения внутриглазного давления, возможности для диагностики глазного яблока и процедур коррекции взгляда. Такой же подход применен при комплектации медицинским

оборудованием кабинетов рентген-, флюорографии, стоматолога, гинеколога, лор-врача, блоков неотложной помощи, спортивной медицины. Массажисты и мануальные терапевты имеют как стационарные массажные столы, так и переносные, которые можно развернуть на любой площадке во время Универсиады.

«Очень большое внимание уделено физиотерапии, ведь из 12 тысяч посещений, которые мы ожидаем во время Игр, 6 тысяч придется именно на восстановительное лечение, – объясняет заместитель главного врача по медицинской части Ильдар Закиров. – У нас оборудовано четыре великолепных кабинета, где предусмотрены возможности электротерапии, лазерной и ультразвуковой терапии, УВЧ, КВЧ. Для решения различных проблем опорно-двигательного аппарата применяется новейший метод ударно-волновой терапии, который пришел к нам из Швейцарии. Специальный аппарат создает ударную волну определенной частоты, которая воздействует на пораженные ткани, тем самым разрушает микрокристаллы солей кальция, в десятки раз усиливает микрокровоток и способствует вымыванию солей из связки или сухожилия. Также в состав комплекса входит криотерапия для обезболивания и магнитотерапия, которая увеличивает эффективность процедуры».

На современном уровне в Медицинском центре Универсиады не только оборудование, но и организация. Запись на прием происходит в электронном виде, но можно записаться и по телефону. Это тем более важно, что более 70 тысяч студентов, стоящих здесь на учете, живут по всей территории Казани. Но если пациент

придет в поликлинику лично, он также получит весь спектр необходимых медицинских услуг в тот же день – от флюорографии до лечения зубов под контролем малодозового радиовизиографа.

В преддверии Универсиады сотрудники поликлиники не только осваивают современные методики и оборудование, проходя обучение в ведущих центрах России, но и в полном составе изучают английский язык, чтобы во время Игр суметь правильно направить поступающих пациентов, поставить верный диагноз и оказать необходимую помощь. Тон в изучении языка задают главврач и его заместители. И не только в этом.

«Деревня Универсиады задумана как территория здоровья, – объясняет Айрат Зиятдинов. – Поэтому ни я, ни мои замы не курим, ведем здоровый образ жизни, стараемся подавать пример нашим сотрудникам и молодежи. Мы проводим акции по борьбе с курением, в которых принимают участие специалисты наркоспансера, центра медпрофилактики. Показываем с помощью приборов, как табачный дым действует на здоровье каждого, и молодежь отзывается на это».

Сохранить и укрепить здоровье студентов 28 вузов Казани и тем самым упрочить научный и спортивный потенциал республики – такова главная задача поликлиники. Поэтому наряду с текущей лечебной работой (276 тысяч обращений в год) огромное внимание уделяется профилактическим осмотрам учащейся молодежи и раннему выявлению заболеваний. В помощь специалистам – аппараты экспертного класса УЗИ и ЭЭГ, кабинет функциональной диагностики с велоэргометром и компьютерной обработкой данных, холтеровское мониторирование. Разумеется, такое оборудование есть не во всяком удаленном районе, из которого приехал студент, поэтому многие здесь впервые узнают истинное состояние своего здоровья.

«У только поступившей в вузы молодежи наиболее часто выявляются проблемы с органами зрения, костно-мышечной системой (сколиоз, плоскостопие и пр.), неврологией, – комментирует Ильдар Закиров. – К пятому-шестому курсу при сохранении лидерства заболевания глаз на второе место выходит неврология. Проявляются незаметные в детстве пороки сердца, чаще встречаются и заболевания мочеполовой системы, в том числе инфекционные».

Студенты могут прийти в поликлинику не только с соматическими болезнями, но и для того, чтобы поделиться своими жизненными проблемами. «Мы организовали в нашем медицинском центре особое подразделение – Клинику, дружественную к молодежи, – рассказывает Айрат Зиятдинов. – Она работает по принципу трех «Д»: добровольность, доступность, доброжелательность. Прием анонимен, специалисты прошли обучение по программе ЮНИСЕФ и умеют выстраивать доверительные отношения с юношами и девушками, оказывать не только медицинскую, но и психологическую помощь, помочь советом, добрым словом. В дальнейшем мы хотели бы перевести на этот принцип работы всю поликлинику».*

ЛОР-оборудование Otopront – выбор профессионалов



ЛОР-кресла

Тимпанометрия

Эндоскопия

ЛОР-комбайн SMART

Аудиометрия

ЛОР-комбайн BASIC PLUS

Риноманометрия

Видеоэндоскопия



otoprnt®

Аркадис Медикал Груп

Москва · 1-й Магистральный тупик · 5а
БЦ «Магистраль Плаза», блок D, офис 404.2
Тел: +7 (495) 380 28 47 · info@arcadis.mg
www.arcadis.mg · www.arcadis-mg.ru

ARCADIS MEDICAL GROUP

Рустэм САФИУЛЛИН,
руководитель Управления Росздравнадзора по РТ,
профессор, д. ф. н.,

Любовь ШАЙХУТДИНОВА,
заместитель руководителя Управления
Росздравнадзора по РТ, к. м. н.

Росздравнадзор: на страже прав пациента



В 2004 году в рамках административной реформы при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации впервые за всю историю была создана служба по надзору в этой сфере, а в 2006 году начало работу ее территориальное подразделение – Управление Росздравнадзора по Республике Татарстан.

Основная сфера полномочий Управления – государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, соблюдение порядков и стандартов оказания медицинской помощи. В его составе функционируют три отдела: контроля качества медицинской помощи, контроля фармацевтической деятельности и финансово-юридический.

Один из наиболее актуальных вопросов сегодняшнего дня – проведение контрольно-надзорных мероприятий при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения.

Работа Управления Росздравнадзора строится согласно ежегодному плану контрольно-надзорных мероприятий, который утверждается прокуратурой Республики Татарстан. Однако большую

долю (около 60%) составляют внеплановые проверки, которые проводятся на основании обращений граждан или юридических лиц. Основные жалобы пациентов медучреждений республики: некачественная медицинская помощь, некорректное поведение медицинских работников, ограничение доступности лекарственного и медицинского обеспечения. При оценке качества оказанной медицинской помощи Управление активно привлекает специалистов-экспертов, аккредитованных на уровне Федеральной службы по аккредитации.

В полномочия Управления входит контроль за порядком проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы, различных видов освидетельствования (в том числе на состояние алкогольного опьянения). Одна из наиболее часто встречающихся причин обращений граждан – несогла-

сие с заключением медико-социальной экспертизы. Сложные случаи, особенно касающиеся установления отцовства или наследования, решаются в комиссионном порядке.

С момента образования и до сегодняшнего дня специалисты Управления побывали практически во всех учреждениях здравоохранения, начиная с городских больниц и поликлиник и заканчивая фельдшерско-акушерскими пунктами в глубинке. Всего было проведено более 5800 проверок, при этом в 37% медицинских учреждений были выявлены те или иные нарушения, которые предписано устранить. Среди них наиболее часто встречаются: отсутствие профессиональной подготовки медицинских работников, неэффективное использование медицинской техники, нарушения хранения и применения лекарственных препаратов. В 416 случаях в связи с



Мнение эксперта



Рустэм САФИУЛЛИН:
«Один из наиболее актуальных вопросов – проведение контрольно-надзорных мероприятий при реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения».

себя входной контроль при их завозе в республику, изъятие недоброкачественной продукции по письмам Федеральной службы, а также плановый отбор лекарств во время проведения проверок для определения их соответствия оригиналу. Среди наиболее часто встречающихся подделок – альбумин, но-шпа, химотрипсин, ципролет, трихопол. При выявлении в обороте недоброкачественной продукции она уничтожается в специальных утилизационных печах.

В своей практике Управление широко использует такой метод работы, как мониторинг. Среди проводимых в настоящее время: мониторинг ценовой и ассортиментной политики в области лекарственного обеспечения, обращения изделий медицинского назначения, мероприятий по модернизации системы здравоохранения. Такие формы работы позволяют в режиме on-line отслеживать ситуацию, вносить своевременные корректировки в управление процессов. Например, резкий рост цен на лекарственные препараты в январе 2010 года (на 15% по сравнению с декабрем предыдущего года) потребовал оперативного принятия управленческих решений на уровне исполнительной власти республики для снижения социальной напряженности.

Основной принцип работы Управления – обеспечение соблюдения законности в регулируемой сфере деятельности, контроль за своевременным устранением выявленных нарушений, внесение предложений органам исполнительной власти и руководителям учреждений о совершенствовании методов управления и организации системы здравоохранения и повышение качества оказания медицинской помощи. Критерием эффективности работы службы является своевременное выполнение выданных предписаний и улучшение индикативных показателей деятельности как отдельного медицинского учреждения, так и здравоохранения в целом.



установленными грубыми нарушениями составлены протоколы об административных правонарушениях, материалы направлены в суд.

Управление Росздравнадзора по Республике Татарстан всегда оперативно реагирует на экстренные ситуации, требующие немедленного вмешательства. Например, при получении информации об случае использования в детской врачебной практике в одной из городских больниц города Казани лекарственных препаратов с истекшим сроком годности их применение было немедленно приостановлено. Приняты меры к устранению факторов, способствовавших нарушению правил оборота лекарственных средств.

С участием Управления на территории республики создана и функционирует система контроля качества лекарственных препаратов, включающая в



Управление качеством в здравоохранении

Мастер-класс с таким названием прошел в Образовательном центре высоких медицинских технологий. В нем приняли участие руководители здравоохранения Татарстана, ведущие российские и международные специалисты в сфере управления качеством.

Докладчиками на конференции выступили международный консультант по внедрению системы менеджмента качества Гюнтер Лешер, генеральный директор ООО «АВА-ПЕТЕР» Глеб Михайлик, заведующая курсом лучевой диагностики и лучевой терапии ФПК ГОУ ВПО им. И.И. Мечникова Татьяна Трофимова, главный врач БСМП г. Набережные Челны Ильдар Хайруллин и другие.

«Наше здравоохранение переживало разные времена, – сказал в своем приветственном слове министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов, – были и тяжелые моменты. Сегодня наши возможности совершенно другие. Анализируя пути дальнейшего развития, мы понимаем, что один из главных вопросов – обеспечение достойного качества медицинских услуг. Необходимо задуматься над тем, что можно улучшить в организации работы, чтобы минимизировать риск врачебных ошибок, как системно изменить наш подход к управлению. Мы не ставим задачу

изменить все и сразу. Но вместе с тем, если каждый из вас вынесет для себя что-то полезное, сделает первые шаги, мы будем рады. Такие шаги были в свое время сделаны в МКДЦ, сегодня их делает БСМП Набережных Челнов – они прошли сертификацию ИСО 9001:2008, получили сертификат EFQM. В дальнейшем мы планируем провести международную конференцию, посвященную вопросам качества».

«Мой первый опыт применения европейского подхода в деле внедрения системы управления качеством в России, который я получил в компании «АВА-ПЕТЕР», считаю успешным, – отметил международный консультант Гюнтер Лешер, – хотя, конечно, это нелегкая работа, поскольку она, прежде всего, зависит от людей. Просто внедрить технологию организации нетрудно, но мы должны изменить их образ мышления. Тут важно лидерство и ориентация на пациента, мы должны думать, как сделать так, чтобы ему было хорошо в медучреждении. Руко-

водству необходимо сфокусироваться на персонале, так как только мотивированная команда может создать качественную услугу. И это именно то, что ждут пациенты от нас».

«Основные критерии оценки деятельности отрасли – это демографические показатели, – говорит Галина Лысенко, начальник Управления контроля качества медицинской помощи и развития отраслевой стандартизации МЗ РТ. – Вместе с тем с позиции пациента главное – это удовлетворенность качеством оказанной медицинской помощи. Впервые в этом году в программе государственных гарантий были сформулированы критерии качества, по сути, вся она построена на их достижении. Кроме того, в связи с введением нового закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» изменились подходы к системе контроля качества медицинской деятельности, и в том числе к ведомственному контролю качества.

Показатели удовлетворенности качеством оказанной медицинской услуги используются в рейтинговой оценке работы учреждений здравоохранения и специалистов. На сегодня нами была сформирована система мотивации. Наличие даже одной обоснованной претензии, жалобы приводит к депремированию или снижению стимулирующих выплат врачу или руководителю. Логическим продолжением должно стать развитие системы мотивирования в части поощрений».

Европейское оборудование для клиник России



Компания Helling - это 30-летний опыт поставок высокотехнологичного медицинского оборудования. Оснащение крупнейших государственных и частных клиник. Высококачественные

инструменты и материалы при самых низких ценах. Поддержка клиента на всех этапах сотрудничества: от комплексного проектирования до гарантийного и постгарантийного обслуживания.

ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СТЕРИЛИЗАЦИОННЫХ ОТДЕЛЕНИЙ

МОЕЧНО-ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ МАШИНЫ

Позволяют подвергнуть бережной, но основательной дезинфекции любой предмет, имевший контакт с инфицированным пациентом, будь то гибкий эндоскоп, хирургический инструмент, матрас или подкладное судно. Имеются модификации для дезинфекции операционных столов, стеллажей, кроватей, стерилизационных контейнеров, а также инфицированных отходов. Простой блок управления весь процесс обработки сводит к нажатию трех-четырех кнопок.

ПАРОВЫЕ СТЕРИЛИЗАТОРЫ

Предназначены для стерилизации хирургических и зубоорудочных инструментов, резиновых изделий и текстиля при 121 °C или 134 °C. Многократная смена пара и вакуума позволяет полностью удалить из пор материала все загрязнения, обеспечивая высокое качество стерилизации. В комплект входят принадлежности: транспортные и загрузочные тележки, облицовка, напольные ванны, цокольные заслонки. Объем камеры - от 150 до 1700 литров. Полезный объем - от 4 до 12 STE. Расход энергии - от 32,5 до 63 кВт/ч.



HELLING GMBH

«Хеллинг ГмбХ»

Spökerdamm 2
D-25436 Heidgraben/Germany
e-mail: a.zymbal@hellinggmbh.de
Московское представительство фирмы «Хеллинг ГмбХ»
123610, г. Москва, Краснопресненская наб., 12
гостиница «Международная-2», офис 1133
тел.: (495) 258-24-00, (495) 258-15-06
тел./факс: (495) 967-03-84
e-mail: helling111@gmail.com

Ольга САФИНА, заместитель главного врача ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» по работе с сестринским персоналом, заслуженный медицинский работник РТ, к. м. н.

Создание центрального стерилизационного отделения в РКБ позволило улучшить контроль качества стерилизации, повысить квалификацию персонала.

Стерильность под контролем

Центральное стерилизационное отделение было открыто в РКБ в 2004 году, этот момент стал отправной точкой для большой работы по преобразованию данного направления в современное высокотехнологичное подразделение. Именно централизация позволила трудно контролируруемую в рамках отделений больницы деятельность по стерилизации связать в единое производство, оснастить его необходимой техникой, поднять уровень квалификации и ответственности персонала, обеспечить эффективную профилактику внутрибольничных инфекций. Сегодня ЦСО является одним из важнейших вспомогательных отделений ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», которое бесперебойно снабжает весь комплекс клиник стерильным бельём, перевязочным материалом, перчатками, качественно обработанными и простерилизованными инструментами, дезинфицирующими средствами.

Для качественного проведения стерилизации в отделении соблюдаются все правила:

- эффективная предстерилизационная очистка инструментария;
- исправность и правильная эксплуатация оборудования;

- адекватные параметры цикла в каждой загрузке, контроль каждого цикла;
- надежная упаковка инструментов медицинского назначения (ИМН), использование соответствующих упаковочных материалов;
- правильное хранение, обращение и транспортирование ИМН.

Одним из основных принципов организации ЦСО является зональное деление помещений и строгое соблюдение поточности обрабатываемых изделий. Предусмотрено четкое деление производственных площадей на «грязную», «чистую» и «стерильную». Границей между «грязной» и «чистой» зоной является моечно-дезинфицирующее оборудование проходного типа. Между «чистой» и «стерильной» - стерилизационное. Функциональным связующим звеном между этими зонами является шлюз. Транспортные потоки на территории ЦСО не пересекаются, что исключает риск повторной контаминации стерильных изделий.

Стерилизационное оборудование ЦСО полностью отвечает международным стандартам и новым ГОСТам. Процесс предстерилизационной очистки ИМН автоматизирован и проводится в моечно-

дезинфицирующей машине проходного типа НЕВАМАТИК фирмы Helling. Процесс обработки включает дезинфекцию, мойку, нейтрализацию, антикоррозионную обработку и сушку инструментов. Кодировочные магниты определяют материал и функциональные особенности ИМН, в зависимости от которых меняется программа обработки. Использование автоматизированной обработки инструментария снижает риск профессионального заражения сотрудников.

Для стерилизации насыщенным паром в отделении установлены паровые стерилизаторы Webeko (производства Helling): два ЕС-280 и один Е-28 с камерами объемом 750 дм³ каждый. Четырехкратный цикл подачи пара до давления 1 атм. и создание вакуума до -1 атм. позволяет полностью удалить глубоко проникшие в поры материала загрязнения и образующийся конденсат, прогреть камеры, что является идеальной подготовкой к фазе стерилизации. Для низкотемпературной обработки ИМН применяются формальдегидные стерилизаторы (Webeko) и использующие пероксид водорода (STERRAD, Johnson & Johnson). Последние применяются для особо чувствительных к температуре и дорогих



инструментов, причем при разложении перекиси водорода образуются только вода и кислород, которые совершенно безопасны.

Для успешной безотказной работы стерилизационного и моечного оборудования и повышения качества предстерилизационной очистки в ЦСО предусмотрена система водоподготовки. Проводится глубокая трехступенчатая холодная очистка:

- 1) глубокая фильтрация и умягчение;
- 2) микрофильтрация;
- 3) обратный осмос обессоленной воды.

Для упаковки ИМН применяются современные стерилизационные упаковочные материалы, экологически безопасные, соответствующие международным стандартам. Они обладают превосходными барьерными свойствами, высокой механической стабильностью. Обеспечивают сохранение стерильности после стерилизации, во время транспортировки, хранения до момента использования. ЦСО использует в работе упаковочную бумагу со сроком стерильности изделий до 12 месяцев, крепированную – со сроком стерильности до 6 месяцев и пакеты из крафт-бумаги со сроком хранения 20 дней.

Четко регламентирован режим взаимодействия ЦСО со структурными подразделениями больницы. ЦСО обслуживает все клинические и вспомогательные отделения РКБ, перинатального центра и травматологического центра. Приказом главного врача утверждено время приема и выдачи ИМН. В связи с увеличением количества проводимых операций растет число простерилизованного белья, набор инструментов для операции может быть простерилизован 2-3 раза в день, для чего организован дополнительный прием инструментов на стерилизацию. За 2011 год простерилизовано 535600 упаковок инструментов.

Ежедневно проводится контроль качества стерилизации с помощью химических индикаторов. В том числе используются индикаторы 4 класса (реагируют на 2 и более критических параметров) и 5 класса (реагирующие на все критические параметры). Ежедневно бактериологическая лаборатория РКБ проводит контроль стерильности материала и инструментов, смывы с рук, спецодежды персонала, с поверхностей, отбирает пробы воздуха. Один раз в квартал силами ЦСО проводится бактериологиче-

ский контроль с помощью биологических индикаторы ATTEST 1262.

Наш главный врач Рустем Гайфуллин – очень энергичный и прогрессивный организатор – уделяет большое внимание не только техническому перевооружению, но и повышению квалификации персонала. Сотрудники отделения обучаются на циклах специализации, участвуют в научно-практических конференциях, что необходимо для внедрения новых организационных форм и методов обработки ИМН. Возглавляет ЦСО опытная старшая медицинская сестра с высшим образованием Ольга Бряндина. 50% медицинских сестер имеют высшую квалификационную категорию, 8,0% – первую и 8,0% – вторую. Об эффективности проводимой работы говорит то, что в 2010 г. ЦСО приняло на обслуживание присоединенный к РКБ Травматологический центр – практически отдельную больницу – но увеличения штата не потребовалось.

Следующим шагом в развитии ЦСО должно стать усовершенствование логистической схемы – ведь больница раскинулась на площади в 16 га. Нужно обеспечить доставку ИМН в отделения в эргономичных передвижных шкафах со съемными чехлами силами транспортной бригады, не отвлекая тех, чья задача непосредственно лечить людей, принимать участие в операциях. Также для этой цели нужен компьютерный учет работы ЦСО с помощью электронной регистрации ежедневных требований на стерилизацию поступающих из структурных подразделений. Необходима закупка и установка пакета программ «Чистый инструмент», что даст возможность упростить записи без потери информативности, производить учет заказов на стерилизацию, ведение базы данных инструментов (название, систематизация по типу, объединение в наборы и т.д.). Это сделает более эффективной работу ЦСО, но самое главное – повысит безопасность пациентов и сотрудников, занятых в данном виде деятельности.

Сергей СОПИН,
начальник инженерно-технической службы ООО «МК ВИТА-ПУЛ»

Всегда в строю

как снизить затраты на ремонт моющего и стерилизационного оборудования

Половины случаев поломок медицинской техники можно избежать, если строго придерживаться правил эксплуатации, установленных производителем.



Сложность конструкции медицинских инструментов и разнообразие материалов, применяемых при их изготовлении, требуют использования самой современной моющей и стерилизационной техники для их обработки. Приобретая подобную технику, предпочтение следует отдавать тем поставщикам, которые смогут обеспечить не только поставку, но и пусконаладочные работы, обучение персонала, гарантийный сервис и постгарантийное обслуживание, а также имеют склад запчастей. Наиболее надежен поставщик, являющийся офици-

альным дистрибьютором производителя, который проводит систематическое обучение сотрудников сервисной службы.

Медицинская компания «ВИТА-ПУЛ» в течение 15 лет поставляет на российский рынок моющее и стерилизационное оборудование преимущественно европейского производства. За эти годы инженерной службой компании был накоплен колоссальный опыт по обслуживанию продаваемой техники, что позволило систематизировать и обобщить причины возникновения неисправностей.

Строки, выделенные в таблице жирным шрифтом, описывают случаи выхода из строя техники, обусловленные в значительной степени человеческим фактором. Их совокупная доля в общем объеме ремонта составляет 49,87%. Рассмотрим наиболее типичные причины возникновения неисправностей.

Профилактическая чистка. При попадании в автоклав воды непредусмотренной степени очистки встроенная система защиты срабатывает и дальнейшая эксплуатация становится возможной только после профилактической чистки.

Выход из строя платы управления ультразвуковой мойки.

1) Неправильная укладка инструмента в корзину приводит к высокочастотным ударам его о ванну, отчего возникают микротрещины. Через них вода просачивается на плату управления мойки, расположенную ниже.

2) По завершении цикла обработки инструментов содержащее ванны выливают в раковину и, не дождавшись полного стока жидкости, туда же ставят мойку. Через вентиляционные отверстия вода попадает внутрь и заливает плату управления. Стоимость платы управления сопоставима со стоимостью мойки.

Замена электромагнитного клапана, парогенератора. Персонал забывает проверять электропроводность воды на выходе из системы водоподготовки и своевременно заменять ионообменную смолу на новую. Это приводит к попаданию неочищенной воды в электромагнитные клапаны и парогенератор автоклава.

Замена вакуумного насоса. Несвоевременная замена воздушных фильтров существенно повышает нагрузки на вакуумный насос.

Замена дозирующей помпы и флоуметра. Операторы путают местами щелочь и кислоту, отчего в проводящих трубках машины вместо жидкости образуется трудноперекачиваемый гель.

Замена обслуживаемой прокладки. Без периодической обработки прокладки специальными силиконовыми смазками она ссыхается и прилипает к двери.


Замена блока с ионообменной смолой умягчителя воды. Для регенерации ионообменных смол операторы используют соль, не соответствующую требованиям производителя, либо всевозможные бытовые средства.

Замена дверных петель в моюще-дезинфицирующих машинах. Обслуживающий персонал небрежно ставит на открытую дверь корзины с инструментом и посудой, и дверь срывается с петель.

Статистика показывает, что подобные неисправности встречаются не так уж редко. Вместе с тем избежать их достаточно просто – необходимо лишь четко следовать инструкциям производителя и поставщика. В конечном счете это позволит сэкономить около половины средств, затрачиваемых на ремонт.*

№	Наименование работ	Процент в общем объеме
1	Профилактическая чистка	9,66%
2	Замена уплотнительной прокладки двери автоклавов	8,47%
3	Выход из строя платы управления ультразвуковой мойки	7,33%
4	Замена электромагнитного клапана автоклава	7,28%
5	Замена вакуумного насоса	6,45%
6	Замена дозирующей помпы и флоуметра	6,05%
7	Замена тефлоновой ленты	5,86%
8	Ремонт электроники	5,86%
9	Замена датчиков	4,80%
10	Замена парогенератора	4,48%
11	Замена обслуживаемой прокладки	4,16%
12	Замена блока умягчителя воды с ионообменной смолой	2,72%
13	Замена дверных петель в моюще-дезинфицирующей машине	1,74%
14	Прочие работы	25,14%

ВСЕ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ



мини-цены
на ЦСО

Паровые, сухожаровые и плазменные стерилизаторы; моюще-дезинфицирующие машины; автоматы для мойки и дезинфекции суден и уток; ультразвуковые мойки; системы водоподготовки; мебель для ЦСО; упаковочные машины; стерилизационная упаковка; дезинфицирующие средства и кожные антисептики. Проектирование и реконструкция стерилизационных отделений. Технический сервис.



МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ
г. Москва, тел.: (495) 514-19-00, 514-19-07.
info@vitapool.ru
www.vitapool.ru

Комплексные решения в оснащении,

или Как выбрать поставщика медицинского оборудования

Рынок медицинской техники динамично развивается, российским ЛПУ предлагается оборудование различных брендов, отечественных и зарубежных. Приемлемая цена, широкий ассортимент продукции от производителя, наличие собственной сервисной службы, наконец, репутация компании – основные критерии, позволяющие сделать правильный выбор.



За последние 10 лет ежегодный прирост российского рынка медицинской техники, по различным оценкам, составил порядка 30%. Говоря о «судьбоносных» для его развития решениях, нельзя не упомянуть о приоритетном национальном проекте «Здоровье», в рамках которого в отрасль были направлены значительные федеральные средства, и программе модернизации здравоохранения, реализуемой в последние два года. По данным Министерства здравоохранения РФ, на ее выполнение Федеральным фондом обязательного медицинского страхования было выделено 336,3 млрд рублей. Эти средства направлены в регионы на ремонт более 1200 медицинских учреждений, завершение строительства 33 ЛПУ, поставку свыше 191 тысячи единиц оборудования. В 2013 году программа будет продолжена.

Как известно, спрос рождает предложение, что справедливо и для рынка медицинской техники, который отличается высокой конкуренцией. С одной стороны российские медучреждения в этой ситуации выигрывают, получая возможность выбора наиболее подходящего оборудования среди всего представленного многообразия. Но в то же время подбор оптимального варианта не всегда оказывается простой задачей,

особенно когда возникает необходимость в оснащении различными видами техники и медицинских приборов.

Дополнительные сложности могут возникнуть, когда оборудование приобретает у нескольких поставщиков. Поиск техники, обладающей требуемыми характеристиками и стоимостью, укладывающейся в бюджетные рамки, занимает больше времени, а значит, растут трудозатраты персонала и администрации ЛПУ. Подход разных компаний к производству продукции, логистике, организации поставок, установке и пусконаладке медицинского оборудования отличается, что тоже может привести к увеличению сроков на оснащение различных подразделений медучреждения.

Не менее важный аспект: предоставление поставщиком или производителем сервисных услуг. Любая, даже самая надежная медицинская техника нуждается в квалифицированном техническом обслуживании. Кто будет его проводить? Осуществляет ли поставщик постгарантийное обслуживание или же ограничивается гарантийными обязательствами? Насколько квалифицирована сервисная служба поставщика или компании, которой он делегировал эти функции? Вопросы дальнейшей эксплуатации медицинской техники

необходимо начать решать до того, как она будет приобретена и установлена.

Комплексные решения по оснащению и обслуживанию медицинской техники могут предложить компании федерального уровня, обладающие достаточными ресурсами, опытом, штатом специалистов, такие как Dixon.

Являясь одним из ведущих игроков на рынке медицинской техники, компания предлагает широчайшую номенклатуру оборудования – более 30 групп и 200 моделей, выпускаемого под собственным брендом. Преимущества оснащения с использованием продукции от одного производителя оче-

видны: единые стандарты, политика продаж и ценообразования, сервис, логистика, а главное – ответственность, которая не «размывается» по нескольким поставщикам.

Компания опирается на мировой опыт международной интеграции. Используя аппараты, узлы и блоки известных зарубежных производителей, ее специалисты создают адаптированные для использования в российских медучреждениях медицинские приборы, отличающиеся высоким качеством и надежностью. Квалифициро-

вание клиентов и врачей. Для медицинских работников издаются учебники, методические пособия, научно-исследовательские работы совместно с ведущими российскими специалистами.

Компания представлена в каждом регионе страны, ее сервисная служба состоит из высокотехнологичного инженерного центра в Москве, сервисных подразделений компаний-партнеров, а также более 60 региональных авторизованных центров. Таким образом, обеспечивается гаран-

тийное и постгарантийное обслуживание медицинской техники непосредственно в той республике (крае, области), где она была установлена.

В Татарстане сервисное обслуживание и продажи оборудования Dixon осуществляет компания «Галс-МТ». Она обладает собственной испытательной и ремонтной базой, метрологической лабораторией и лабораторией радиационного контроля. Персонал компании – опытные специалисты, обладающие профильным



ванные инженеры и технический персонал проводят сборку оборудования в России, изменение программного обеспечения, тестирование и русификацию.

За 10 лет активного участия на медицинском рынке марка Dixon стала одним из узнаваемых и популярных брендов, присутствующих практически в каждом ведущем медучреждении страны. Компанией установлено более 35 000 приборов. Ее специалисты отслеживают последние тенденции в сфере медицины, здравоохранения, пожелания и потребности медицинских работников. Прогресс не стоит на месте, сегодня медицинские аппараты представляют собой сложнейшие комплексы, в которых применяются последние достижения инженерии, электроники, медицинской науки. Происходит постоянное совершенствование техники, внедрение инноваций, которые существенно расширяют возможности диагностики и лечения. Промежуток времени от момента появления технологии до начала ее применения во врачебной практике стремительно сокращается, и компания Dixon вносит свой вклад в этот процесс, ежегодно выводя на рынок около 10–15 новых моделей.

Региональная сеть группы компаний Dixon объединяет более 1000 высококвалифицированных специалистов в области разработки, производства, сервиса и продаж медицинского оборудования по всей России. В рамках семинаров, тренингов, мастер-классов Dixon проводит обуче-



Детали

Основные направления оборудования Dixon:

Хирургия и реанимация
Рентгенология и томография
Эндоскопия
Неонатология
Акушерство и гинекология
Оториноларингология
Офтальмология
Функциональная диагностика
Лабораторная диагностика

образованием, регулярно повышающие свою квалификацию. В профессиональной деятельности они используют современные контрольно-измерительные приборы для проверки, анализа работы техники, что служит гарантией ее долгой эксплуатации. Специалисты компании осуществляют полный спектр услуг по техническому обслуживанию (ТО), профилактических работ, в которые входит замена расходных материалов, проверка и т.д. ТО выполняется в соответствии с регламентом на каждый вид оборудования и гарантирует его постоянную готовность к работе с заданной изготовителем производительностью.

Компания «Галс-МТ» осуществляет комплексное сервисное обслуживание медицинского оборудования как в крупнейших медицинских центрах Казани, так и в районах Татарстана. Второй год подряд она становится победителем конкурса «Лучшие товары Республики Татарстан» в номинации «Ремонт и техническое обслуживание медицинской техники». По итогам 2012 года компания также стала дипломантом в номинации «Радиационный контроль и контроль качества обслуживания медицинской техники».

Опираясь на надежных партнеров в регионах, Dixon активно расширяет географию своего присутствия. Согласно стратегии ее развития, к 2015 году планируется открыть представительства и сервисные офисы в каждом городе с населением свыше 100 тысяч человек. *



Клиника Мэйо:

привлекательный внешний вид как проявление заботы о пациентах

Клиника Мэйо – это объединение многопрофильных клиник, академического центра, расположенных в штатах Миннесота, Аризона и Флорида. Это бренд с более чем 100-летней историей, получивший международное признание. Это образец для подражания для многих руководителей здравоохранения, символ всего лучшего, что есть в американской медицине.

С разрешения издательства «Эксмо» Healthy Nation публикует отрывок из книги «Клиника Мэйо: менеджмент и сервис мирового уровня», посвященный роли и значению внешнего вида медицинского учреждения в обеспечении качества медицинских услуг. Он озаглавлен утверждением, с которым согласится, наверно, каждый: «Никто не хочет ложиться в больницу». Привлекательная обстановка общественных зон, нестандартные для медицинского учреждения дизайнерские решения клиники Мэйо помогают пациентам отвлечься от тяжелых мыслей.

Внешние признаки в здравоохранении очень важны. Медицинские услуги имеют некоторые характерные особенности, в том числе стресс, который они создают для потребителей. Мало кого привлекает перспектива стать потребителем медицинских услуг. Пациенты испытывают стресс по причине заболеваний или травм, которые могут причинять боль и ограничивать физические возможности, их также тревожат предстоящие процедуры и неопределенность будущего. Но помимо этого, стресс могут вызывать помещения и оборудование медицинского учреждения. Это особенно относится к больничному пространству с его шумовым фоном и пугающей обстановкой, порождающей чувство одиночества, – обстановкой, которая отделяет человека от природы и лишает его привычной свободы¹.

Медицинские услуги неотделимы от помещений, в которых они предоставляются², и существует много способов помочь пациентам и их близким обрести спокойствие, душевное равновесие и вселить в них уверенность в благополучном исходе лечения. Как показывает табл. 1, клиника Мэйо стремится использовать архитектуру и интерьеры, которые помогают пациентам

и их родственникам, а также сотрудникам избавиться от стресса. Трудно представить помещения, которые порождали бы у находящихся в них людей более сильный стресс, чем больничные палаты и коридоры. Поэтому архитекторы и дизайнеры клиники непременно должны создать такое внутреннее пространство, которое способствует ослаблению, а никак не усилению стресса находящихся там людей.

Например, больница в Фениксе, входящая в состав Мэйо, имеет привлекательное фойе, здесь есть уютный внутренний двор, а внутри помещения можно увидеть скульптурные работы из камня, фонтан, рояль, разноцветные кушетки, стены-окна,

из которых открывается вид на горы. В фойе расположенной рядом больницы, построенной для амбулаторных пациентов, также есть фонтан, изваяния и рояль. Оба сооружения украшены работами местных художников. Брайан Максунни, бывший заведующий отделом технического обслуживания помещений в кампусе Аризоны, говорит: «Наши здания выглядят впечатляюще, и мы стараемся создать внутри уютную обстановку с помощью материалов, цветовой гаммы, художественных работ. Пациенты испытывают стрессовое состояние, и мы стремимся к тому, чтобы отвлечь их от тяжелых мыслей и ослабить влияние стресса».

Здания клиники Мэйо помогают снимать стресс находящимся в них людям следующим образом:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> · Обстановка, создающая чувство защищенности · Связь с природой · Естественное освещение · Устранение шума · Создание атмосферы, отвлекающей от тяжелых мыслей · Проявление заботы и уважения | <ul style="list-style-type: none"> · Символы компетентности · Минимизация ощущения толпы · Указатели, помогающие найти дорогу · Размещение родственников · Приветливые сотрудники · Создание условий для командной работы |
|--|---|



Другим примечательным архитектурным сооружением, иллюстрирующим концепцию дизайна помещений клиники Мэйо, является 20-этажное здание Гонды, построенное в 2001 году. Это своего рода «парадный подъезд», ведущий в кампус Рочестера. В здании имеется двухуровневое фойе, обширное пространство которого создает впечатление отсутствия толпы. Полы и лестничные проемы отделаны мрамором, а потолок фойе украшают люстры работы Чихули. Многоэтажная стена окон выходит на сад, в нескольких местах общего пользования стоят рояли. Камень и мрамор, использованные для отделки, представляют различные уголки земного шара. «Как и наши пациенты», –



говорит Крейг Смолдт, возглавляющий отдел обслуживания систем и оборудования. В углу верхнего фойе, в заметном месте, расположен Семейный центр Следжи по изучению онкологических заболеваний. На вопрос, почему Центр был размещен в столь видном месте, Смолдт ответил: «Нет, наверное, более устрашающего заболевания, чем рак. И чем более заметным будет центр, тем меньше люди будут ощущать свою уязвимость».

В здании Гонды можно обнаружить много признаков качества, которые призваны ослабить стресс, вызванный тяжелым заболеванием. Здание словно говорит людям: «Добро пожаловать. Наша главная задача – создать для вас комфортные условия». Доктор Керри Олсен, возглавляющий комитет по оборудованию помещений клиники Мэйо, поясняет: «Мы уделили много внимания не только дизайну, но и материалам и способам их использования. Нам хотелось, чтобы пациенты, открыв дверь, сразу чувствовали уникальность и особый характер этого места. Мы пытаемся убедить людей в надежности и профессионализме нашей организации и вызвать у них ощущение теплоты и заботы».

1 Ulrich R. Effects of Interior Design on Wellness: Theory and Recent Scientific Re-search // Journal of Healthcare Design. – 1991. – November. – P. 97-109.

2 Malkin J. Medical and Dental Space Planning, 3rd ed. – New York : John Wiley & Sons, 2002.

Агафоновский характер

200 лет династии Агафоновых –
врачей, инженеров, общественных
деятелей, вписавших немало
страниц в историю России

Профессор Алексей Андреевич Агафонов – наш современник, великолепный хирург и ученый, представитель целой династии врачей. Одним из них был Андрей Фёдорович Агафонов, имя которого носит Республиканская инфекционная больница. Помимо всего прочего, Алексей Андреевич – известный писатель и публицист. Истоки многочисленных талантов, проявившихся в этом роду, уходят в далекий 1812 год, полностью изменяя понимание того, что такое династия. Это не только принадлежность к какой-то профессии, хотя профессиональные наклонности тоже передаются по наследству. Династия – это страсть к жизни, стремление сделать что-то значимое, не уступающее деяниям своих предков, готовность служить стране и народу. Все то, что историк и этнолог Лев Гумилёв назвал пассионарностью.

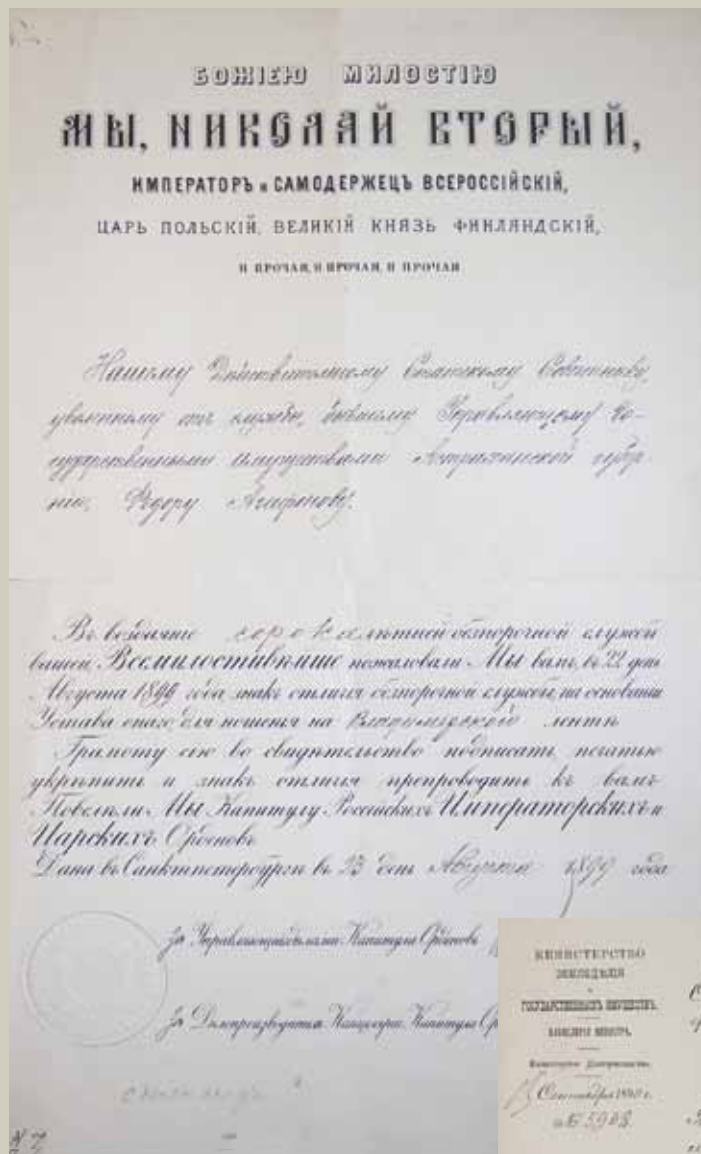
Также были уничтожены как чуждые элементы мужа пятерых сестер Андрея Фёдоровича Агафопова, под крыло которого и собрались вскоре вдовы со своими детьми. Это стало заботой всей его жизни. Иногда численность семьи доходила до 18 человек, а мужчина-добытчик был всего один – Андрей Фёдорович, уже известный детский врач, имевший за плечами опыт военврача Первой мировой войны.

ИЗ ПАРИЖА С ЛЮБОВЬЮ

Когда разбитая армия Наполеона бежала по заснеженным дорогам России на запад, на окраине одного из дворянских поместий появился раненый французский офицер Де Маке. Он заполз в баню и уже готов был встретить смерть в чужой и суровой стране, так неприветливо встретившей воинство цивилизованной Европы. Но Россия даже к непрощеным гостям порою бывает гостеприимна, и французскому офицеру выпала иная судьба. Дочь помещика нашла его и самоотверженно выходила. А затем и полюбила. Однако этот порыв не вызвал восторга у ее родителей. Они лишили дочь наследства и выгнали «со своим французиком» куда глаза глядят. Но молодая чета и не думала уезжать во Францию, они остались в России, прожив вместе долгую и счастливую жизнь.

Среди их потомков были разные люди, но огонь, зажженный этой необычной любовью, всегда бушевал в их крови. Прадед Алексея Андреевича был бретёр и забияка, которого лишили дворянства, но уже дед Фёдор Иванович Агафонов верной службой царю и Отечеству вернул себе дворянское звание и дослужился до управляющего имуществом Самарской губернии и чина статского советника. Взятку не брал, а за приумножение государственного имущества указом Александра III был пожалован орденом Станислава I степени (о чем сохранился Указ императора) и многими другими знаками отличия. Самым младшим, девятым ребенком в семье Фёдора Ивановича был будущий знаменитый врач-инфекционист, основатель противинфекционной службы Татарии и кафедры детских инфекций КГМИ Андрей Фёдорович Агафонов.

Не менее яркие личности в роду Агафоновых были и по линии матери Алексея Андреевича – Веры Владимировны. Ее дед – швейцарский немец, инженер Франц Бреннер приехал в Россию строить мост через Волгу и привез с собой дочерей. За одной из них – Елизаветой – ухаживал поляк Владимир Аполлонович Лохвицкий, служивший полицейским исправником в Цивильске, а затем в Казани. Двухметрового роста, он обладал недюжинной силой, легко сгибал

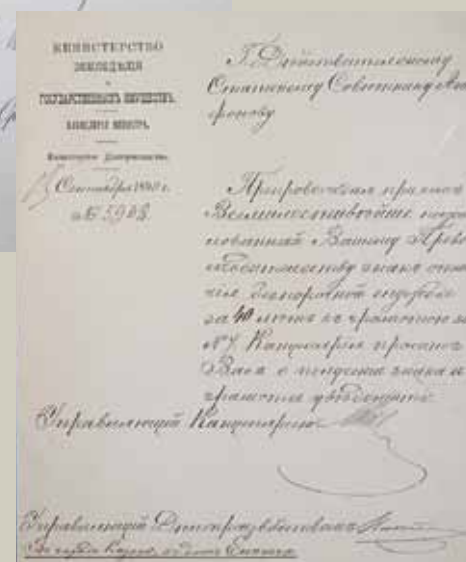


подковы и ломал пятаки, а однажды в качестве презента своей супруге Елизавете Францевне принес на плечах... молодую лошадку. Во время революции он продолжал носить полковничью шинель без погон и фуражку без кокарды, заявляя на предостережения: «Я эту шпану не боялся и бояться не буду!» На улице Университетской он был окружен разъяренной толпой и убит.

В БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ

При всей жестокости Гражданской войны самые большие потери народ понес не в военных действиях и не во взаимных репрессиях красных и белых. Разруха и голод вызвали эпидемии, унесшие миллионы жизней. С этим врагом и предстояло сражаться доктору Агафонову, который в 1918 году возглавил 1-ю городскую детскую больницу (впоследствии 1-ю инфекционную). Здесь он и встретил свою будущую жену Веру Владимировну, которая работала санитаркой, а позднее стала врачом-инфекционистом.

В 1919 году на фоне высокой



заболеваемости брюшным тифом, дизентерией, малярией и другими инфекциями в Казани началась эпидемия сыпного и возвратного тифов, а в июне 1921-го – эпидемия холеры. Только за июль 1921 года была госпитализирована 1292 человека. Летальность достигала 45%. Для стационарного лечения инфекционных больных необходимо было развернуть более одной тысячи коек, которые порой заменяла расстеленная на полу солома, да и той не всегда хватало.

В этих условиях работа врачей была настоящим подвигом. Едва не погибла от тифа Вера Владимировна, а Андрей

научно-учебным центром по инфекционной патологии. Агафонов на долгие годы определил научное направление созданной им казанской школы детских инфекционистов. Это было клинико-экспериментальное изучение иммуно-аллергологических проблем инфекционных болезней.

В 1935 году Андрею Фёдоровичу Агафонову была присуждена Наркомздравом РСФСР ученая степень доктора медицинских наук, и в звании профессора он вошел в историю казанской медицинской школы как первый профессор в области детских инфекционных заболеваний.

и накормить семью. И он подтверждает, что был у состоятельных клиентов, ему заплатили хорошо, но денег нет. Последней пациенткой была маленькая девочка, у которой были сразу и коклюш, и пневмония. А в доме холодно, мать сушит пеленки на своем теле. «И все, что я заработал, отдал ей! – признается доктор жене. – Ей трудно, но она все понимает».

Такие люди далеко не всегда добиваются в жизни богатства, выражаемого деньгами или золотом, но у них есть гораздо более ценное – золотое сердце. И это золото они передают своим детям.



Фёдорович трижды болел дифтерией, которой заражался, отсасывая из горла больных детей через трубочку дифтерийные пленки. Но кроме мужества врачам, сражавшимся с грозными заболеваниями, были необходимы высокие профессионализм, организаторские навыки и умение вести профилактическую работу с людьми.

В 1922 году эпидемии тифа и холеры отступили и на первый план вышли корь, оспа, скарлатина. В течение 1929–1930 гг. для планомерной борьбы с ними Андрей Фёдорович Агафонов построил новый каменный корпус – первую в Европе инфекционную больницу нового типа с изолированными боксами. Изначально она имела всего 60 коек, впоследствии превратившись в крупное лечебное учреждение на 240 коек.

По замыслу Андрея Фёдоровича больница должна была стать (и стала)

ЗОЛОТО ДОКТОРА АГАФОНОВА

Научных достижений и государственных заслуг у профессора Агафопова много – например, орден Ленина, который в 30-е годы вручали единицам. Но хочется рассказать о другой стороне его жизни – финансовой, которая, как это ни странно, очень наглядно показывает духовные ценности этого человека. Имея как главный врач доступ ко всем продовольственным запасам больницы, он никогда не позволял себе брать оттуда ни крошки. В военное время дело доходило до того, что ему был поставлен диагноз: «дистрофия». Для содержания многочисленной семьи наряду с основной работой доктор Агафонов постоянно вел частную практику.

Характерный эпизод. Андрей Фёдорович возвращается вечером после посещения пациентов, его с нетерпением ждет жена, чтобы купить продуктов

Алексей – сын Андрея Фёдоровича – во время Великой Отечественной войны за больницей, на свалке разбил огород и возделывал его, не раз резавшись битым стеклом и чудом не заболев столбняком. Он получил прекрасный урожай, одних тыкв было собрано 120 штук, что очень помогло для пропитания семьи. Однажды к ним в гости пришли одноклассники, дети эвакуированных московских ученых, академиков – такие же голодные, как и все. Алексей накрошил на огромную сковороду зеленых помидоров, прикрыл капустными листьями и испек в печи на углях. Более вкусного блюда никто и не мог себе представить!

Уже в 90-е годы, когда страна в очередной раз переживала трудные времена, известный хирург и удостоенный многих званий ученый Алексей Андреевич Агафонов строил квартиру для своей разросшейся семьи. В здравоохранении тогда появи-

лись новые возможности для заработка, но увлечение ими зачастую приводило к тому, что врачи переставали относиться к пациенту как к человеку, видя в нем лишь источник дохода. Алексей Андреевич тогда просто садился в свою «четверку» и таксовал по ночным улицам Казани. Это не каприз и не гордыня, это родовой агафоновский характер.

СОХРАНЯЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ

«Главное, что я сделал в жизни, – это способствовал возвращению Республиканской инфекционной больницы имени своего отца, профессора Агафонова!» – говорит Алексей Андреевич. Больница

Агафонова написаны с таким опережением, что являются и на сегодня новаторскими, полностью еще не осмыслены и ждут своего внедрения в практику».

Знаменитый казанский хирург, главный онколог республики Михаил Семенович Сигал отмечал органосберегающую направленность операций, предложенных Алексеем Андреевичем Агафоновым. Удаляется только часть оболочки или оболочек, которые вовлечены в патологический процесс. С учетом высокой регенеративной способности органов ЖКТ это позволяет сохранить орган (пищевод, желудок, кишечник) со всем многообразием его

рамент публициста, активно вторгающегося в политическую и культурную жизнь республики. А его «обоерукость» помогла в таком необычном увлечении, как изготвление торшеров. Их уже более ста.

Но, возвращаясь к признанию Алексея Андреевича о главном достижении его жизни, – казалось бы, всего лишь небольшая приставка в названии больницы. Но за словами профессора чувствуется глубокая мудрость, которой можно проникнуться только с годами. Главное – это сохранение связи времен. Только уважительное отношение к истории своей страны, к своей родословной, предкам служит фундаментом для стабильного и непрерывного развития.



носила имя Агафонова с 1946 года, но в постперестроечные времена, как и многие казанские клиники, утратила его при переезде в новое здание. Инициативу по возвращению больнице имени Агафонова поддержали многие медики, к которым прислушались первый Президент Татарстана Минтимер Шарипович Шаймиев и тогдашний Премьер-министр Рустам Нургалиевич Минниханов.

И все-таки странно слышать такое признание от человека, спасшего множество жизней, хирурга, разработавшего операции, названные впоследствии его именем. Вот как пишет об Агафонове доктор медицинских наук Авраам Овсеевич Лихтенштейн: «Как правило, медицинские, а особенно хирургические диссертации являются практически статистическими отчетами о проделанной работе и в связи с прогрессом медицины очень быстро устаревают. Работы Алексея Андреевича

функций, что существенно ускоряет выздоровление больного».

Успешно оперировать Алексею Андреевичу помогала врожденная способность: он амбидекстр – то есть одинаково хорошо владеет обеими руками. Для него нет неудобных положений, все инструменты всегда под рукой. И в этом везение не только самого хирурга, но и его многочисленных пациентов.

Характер и талант Алексея Андреевича проявлялись и тогда, когда ему пришлось отстаивать правду, вступаться за своих коллег. В частности, можно упомянуть того же Авраама Лихтенштейна, бывшего главного хирурга Казанской железной дороги. Они буквально спиной к спине сражались тогда вдвоем против всех и устояли. Эта история описана в рассказе «Мастер и Ася» из замечательной книги Алексея Агафонова «Роща Шамова». В нем проявились способности, а также темпе-

ПРОДОЛЖЕНИЕ СЛЕДУЕТ

Жена профессора Агафонова Ирина Станиславовна – тоже прекрасный врач. Она его поздняя большая любовь. Именно благодаря ее дару терапевта Алексей Андреевич выглядит и чувствует себя на двадцать лет моложе своего паспортного возраста.

Их дочь Арина пошла по стопам родителей, окончила медицинский университет по еще достаточно новой, но столь необходимой специальности «медицинский менеджмент». Сейчас она работает в Москве, но при каждой возможности приезжает к родителям. Ее стараниями была издана книга рассказов отца, в которых отражены встречи, судьбы, эпоха. Для отца и матери она – самая большая радость в жизни. Но главное, что в ней тоже проявляется агафоновский характер. А значит, династия продолжается.

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, Игоря Тутаяева,
Михаила Тарасова, фотобанка «Лори».

Учредитель и издатель – рекламное
агентство «Красная строка»



Свидетельство о регистрации –
П/И № 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, 14б.
Тел. редакции:
+7 (843) 290-12-21
+7 (843) 290-50-38
www.healthynation.ru

Спонсор номера:



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 К-100.
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 23.01.2013.
Отпечатано в типографии
ООО «КПК-Принт»,
г. Казань, пр. Ямашева, д. 36, корпус 2.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

ООО «АВТОДОМ»

432026, г. Ульяновск, Московское шоссе, д. 8.
Тел.: (8422) 65-60-14, 65-60-13.
e-mail: avtodom2000@list.ru
www.avtodom73.ru

ЗАО «Аркадис Медикал Групп»

123290, г. Москва, 1-й Магистральный
тулик, д. 5а, БЦ «Магистраль плаза»,
блок D, 4-й этаж, оф. 402.2.
Тел./факс: (495) 380-28-47.
e-mail: info@arcadis.mg
www.arcadis.mg

ООО «Б. Браун Медикал»

420012, г. Казань,
ул. Щапова, д. 26, оф. 211.
Тел.: +7 (927) 249-5472.
Факс: (843) 267-60-95.
e-mail: ramil.valiullin@bbraun.ru
www.bbraun.ru

Банк стволовых клеток ГБОУ ВПО

Казанский ГМУ Минздрава России
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.
Тел./факс: (843) 273-68-39, 236-59-77.
e-mail: elaginabsk@yandex.ru
www.pupovina.ru, Пуповина.рф

ООО «Научно-исследовательский медицинский комплекс «Ваше здоровье»

420097, г. Казань, ул. Достоевского, д. 52.
Тел.: (843) 537-93-93, 537-93-37.
www.klinika-zdorovya.ru

ООО «ВЕГМАН»

420097, г. Казань, ул. Зинина, д. 34-5Н.
Тел.: (843) 239-27-43, 8-917-287-18-93.

ООО «МК ВИТА-ПУЛ»

125212, г. Москва, ул. Выборгская, д. 16,
стр. 1.
Тел.: (495) 514-19-00, 514-19-07.
Факс: (495) 514-19-01.
e-mail: info@vitapool.ru
www.vitapool.ru

ООО «ДИКСИОН-ВОЛГА»

420087, РТ, г. Казань,
ул. Родина, д. 7.
Тел.: (843) 275-83-12.
Факс: (843) 275-83-14.
e-mail: info@dixon-volga.ru
8-800-200-57-46

ООО «Европейская медтехника»

142207, Московская область, г. Серпухов,
переулок Центральный, д. 29, оф. 25.
Тел./факс: (4967) 35-52-40;
(909) 692-84-96.
e-mail: evgeniy.saryants@europa-med.ru

ООО «СТ Нижегород»

603124, Россия, г. Н. Новгород,
ул. Айвазовского, д. 1а.
Тел./факс: (831) 276-16-60.
e-mail: bus@st-nn.ru
www.st-nn.ru

Клиника Нуриевых

420110, г. Казань,
ул. Бр. Касимовых, д. 40а,
ул. Гаврилова, д. 1.
Тел./факс: (843) 224-44-44.
e-mail: nnplus@mail.ru
www.nnplus.ru

ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер

450106, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Степана Кувыкина, д. 9б.
Тел.: (347) 255-64-44 (приемная
главного врача).
Факс: (347) 255-64-71.
e-mail: rkd@ufacom.ru
www.rkd.ru

ООО «Сименс»

Сектор Здравоохранения
115184, г. Москва,
ул. Большая Татарская, д. 9.
Тел.: (495) 737-10-00.
Факс: (495) 737-13-20.
www.healthcare.siemens.ru

ГАУЗ «Городская поликлиника № 4

«Студенческая»
420059, г. Казань,
Оренбургский тракт, д. 95.
Тел./факс: 237-59-68 (приемная),
237-99-56 (регистратура).
e-mail: studpolik@mail.ru
www.studpolik.ru

Группа компаний «Тасма»

420095, г. Казань, ул. Восстания, д. 100.
Тел./факс: (843) 560-53-82, 560-67-76.
e-mail: marketing@tasma.ru
tasamed.ru
tasamed.pf

«Хеллинг ГмбХ»

Spökerdamm 2
D-25436 Heidgraben/Germany
e-mail: a.zymbal@hellinggmbh.de
Московское представительство
фирмы «Хеллинг ГмбХ»
123610, г. Москва,
Краснопресненская наб., д. 12,
гостиница «Международная-2», офис 1133.
Тел.: (495) 258-2400, (495) 258-1506.
Факс: (495) 967-0384.
e-mail: helling111@gmail.com

Представительство Акционерной компании «Эдвардс Лайфсайенсиз АГ» (Швейцария) г. Москва

123610, г. Москва,
Краснопресненская наб., д. 12, оф. 1327.
Тел. (495) 258-22-85.
e-mail: sergey_torshin@edwards.com
www.edwards.com

Центральный офис

ООО «Эй энд Ди РУС»

121357, г. Москва, ул. Верейская, д. 17,
Бизнес-центр «Верейская плаза-2»,
сектор С, оф. 713 (7 этаж).
Тел.: (495) 937-33-44.
Факс: (495) 937-55-66.
www.and-rus.ru
www.aandd.ru

Современные решения для гемодинамического мониторинга Edwards Lifesciences



EV1000
клиническая
платформа



Vigileo II
монитор



Vigileo
монитор

**Оптимизация гемодинамики улучшает
клинические исходы у пациентов
при хирургических операциях высокого риска**

Предупреждение: Для профессионального медицинского использования. Для получения информации об изделии, включая показания, противопоказания, предупреждения, меры предосторожности и нежелательные явления, обратитесь к инструкции по использованию.

Все изделия производства Edwards Lifesciences, представленные на европейском рынке, соответствуют требованиям Статьи 3 Директивы об изделиях медицинского назначения 93/42/ЕЕС и имеют знак соответствия CE mark.

Edwards, Edwards Lifesciences, логотип E, EV1000, Vigileo, Vigilance II являются торговыми марками, принадлежащими Edwards Lifesciences Corporation.

© 2012 Edwards Lifesciences Corporation. Все права защищены. ER3153/08-12/CC

The Siemens logo is displayed in a white box at the top left of the advertisement. It consists of the word "SIEMENS" in a bold, teal, sans-serif font. The background of the advertisement features a laboratory setting. On the left, a Siemens automated diagnostic system is shown, with a vertical pipette arm and various sample containers. On the right, a female scientist with blonde hair, wearing safety glasses, a white lab coat, and blue gloves, is working at a computer. The computer monitor is a large, silver, curved model. The overall scene is brightly lit, emphasizing a clean and professional laboratory environment.

SIEMENS

16+

Лабораторная диагностика «Сименс»

Новый подход к диагностике — решения, повышающие эффективность.

www.siemens.ru/healthcare

Планирование начинается с правильного выбора поставщика диагностических решений. Компания «Сименс» предоставляет комплексные конфигурируемые системы, помогающие сотрудникам лабораторий и лечебных учреждений ежедневно повышать производительность труда.

Уже 130 лет компания «Сименс» занимается разработкой новых решений, поэтому с нами вы всегда будете идти в ногу с развитием современных технологий и сможете служить эталоном обслуживания пациентов в будущем.

Answers for life*.

*Ответы для жизни.