

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ИТОГИ ГОДА

Пять примеров, которые вдохновляют

10

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Актуальные вопросы респираторной медицины

50

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Болевые точки госпитальной эпидемиологии

62

МЕНЕДЖМЕНТ

Система менеджмента качества – опыт ДРКБ МЗ РТ

65

ПАМЯТЬ

Школа детской неврологии Александра Ратнера

75



ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

3 ГОДА ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION

ПОБЕДИТЕЛИ КОНКУРСА
«ЧИТАЙ КРЕАТИВНО»

СТР. 18

2013: год достижений и побед [10] • 3 года вместе с вами [12] • Читай креативно [18] • Технологии здоровья [18] • Традиции качества и надежности [20] • В шаговой доступности [22] • Валерий Кубышкин: «Сегодня успехи в хирургии обусловлены преимущественно технологическим обновлением, а также компетентностью врачей» [24] • Хирургическая служба Татарстана: от общехирургических операций – к пересадкам органов! [28] • Панкреатобилиарная хирургия: актуальные вопросы и пути развития [32] • Современное состояние и перспективы развития кардиохирургии [35] • Тораскопия в диагностике и лечении рака легкого [38] • Хирургия пищевода: новые горизонты развития [39] • Опухоли головы и шеи: тенденции и перспективы [40] • Лидер по онкологии среди женщин [41] • Дистанционный мониторинг как инструмент снижения смертности [44] • Медицину – на профилактические «рельсы» [46] • Цифровая рентген-диагностика [48] • В удаленном режиме: мониторинг физиологических показателей [47] • Актуально о пульмонологии [50] • Диабетическая стопа: от лечения к профилактике [52] • На благо общественного здоровья [53] • Пенитенциарная медицина: в ногу со временем [58] • Надлежащая практика [60] • Госпитальная эпидемиология: системный подход и региональный опыт [62] • Команда единомышленников [65] • Гидроизоляция и полимочевины: универсальное решение для здравоохранения [68] • Системы навигации: на пути к выздоровлению [70] • Скорая медицинская помощь: история и современность [72] • Яркий след оставил в медицине Александр Ратнер [75]



Примите участие в международной выставке **ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.** Казань, 2014

15-17 октября



В программе выставки:

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



www.volgazdravexpo.ru

Тел./факс: (843) 570-51-16, 570-51-11

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

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



ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
150 - 9001



Дорогие друзья! Уважаемые коллеги!

Третий год в Республике Татарстан отмечается естественный прирост населения. За 11 месяцев 2013 года нас стало больше на 9 377 человек, причем как за счет роста рождаемости, так и за счет снижения смертности. Несомненно, сыграла немалую роль стратегия по созданию трехуровневой системы организации медицинской помощи.

В Татарстане идет масштабная модернизация здравоохранения. Обновлены крупнейшие республиканские клиники, расширяется применение высоких медицинских технологий, освоены сложные операции, включая трансплантацию сердца и печени. Построено, капитально отремонтировано и оснащено 424 объекта здравоохранения. Эта работа будет продолжена в 2014 году, мы планируем обновить 400 объектов первичного звена здравоохранения.

Создано более 15 тысяч автоматизированных рабочих мест, успешно внедряются электронная медицинская карта пациента и электронная запись на прием к врачу, включая запись через интернет и инфоматы.

В Казани с успехом прошла XXVII Всемирная летняя Универсиада. Большое значение для организации и проведения Игр имело медицинское обеспечение, которое получило высокую оценку руководства медицинского комитета FISU.

Все это позволяет с оптимизмом смотреть на перспективы отрасли и быть уверенными в том, что современная медицина высоких технологий для всех татарстанцев – не мечта или лозунг, а в общем-то недалекое будущее, которое мы с вами приближаем.

В числе главных направлений деятельности в 2014 году будут диспансеризация населения, развитие трансплантологии, надлежащее содержание построенных и отремонтированных объектов. Особое внимание должно уделяться достижению показателей «дорожной карты» в сфере здравоохранения и реализации поручений, содержащихся в Указах Президента Российской Федерации.

Пусть новый год станет для всех жителей Татарстана и, конечно же, моих коллег – медиков – годом не только больших, но и удачно реализованных возможностей! Как врач желаю вам, прежде всего, крепкого здоровья. Счастья вам и благополучия, любви и взаимопонимания! С Новым годом!



Адель ВАФИН,
министр
здравоохранения
Республики
Татарстан

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

10	2013: год достижений и побед
12	3 года вместе с вами
18	Читай креативно
18	Технологии здоровья
20	Традиции качества и надежности
22	В шаговой доступности
24	Валерий Кубышкин: «Сегодня успехи в хирургии обусловлены преимущественно технологическим обновлением, а также компетентностью врача»
28	Хирургическая служба Татарстана: от общехирургических операций - к пересадкам органов!
32	Панкреатобилиарная хирургия: актуальные вопросы и пути развития
35	Современное состояние и перспективы развития кардиохирургии
38	Торакоскопия в диагностике и лечении рака легкого
39	Хирургия пищевода: новые горизонты развития
40	Опухоли головы и шеи: тенденции и перспективы
41	Лидер по онкологии среди женщин
44	Дистанционный мониторинг как инструмент снижения смертности
46	Медицину - на профилактические «рельсы»
48	Цифровая рентген-диагностика
47	В удаленном режиме: мониторинг физиологических показателей
50	Актуально о пульмонологии
52	Диабетическая стопа: от лечения к профилактике
53	На благо общественного здоровья
58	Пенитенциарная медицина: в ногу со временем
60	Надлежащая практика
62	Госпитальная эпидемиология: системный подход и региональный опыт
65	Команда единомышленников
68	Гидроизоляция из полимочевины: универсальное решение для здравоохранения
70	Системы навигации: на пути к выздоровлению
72	Скорая медицинская помощь: история и современность
75	Яркий след оставил в медицине Александр Ратнер

ЗДОРОВЪЕ НАЦИИ





Республика Чувашия

Для здоровья детей

Оздоровительной кампанией 2013 года в Чувашии было охвачено 111642 ребенка школьного возраста, что на 3,4% больше, чем в 2012-м. В 25 загородных организациях отдыха и оздоровления детей отдохнуло 29 336 детей. «Перепрофилирования и закрытия загородных оздоровительных организаций в 2013 году не допущено», - заявила министр здравоохранения и социального развития Алла Самойлова.

Шаттл для выхаживания

Для того чтобы максимально приблизить ко внутриутробным условия выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела в рамках Программы модернизации здравоохранения Чувашской Республики закуплена специализированная транспортная система. Она представляет собой инкубатор, трансформирующийся в открытую реанимационную систему, что позволяет производить внутригоспитальную транспортировку новорожденного ребенка без ущерба для его жизни. Здесь поддерживается определенная температура, влажность и световой режим, чтобы обезопасить новорожденного от внешних факторов. При необходимости вся реанимационная помощь также оказывается непосредственно в системе: подача кислорода, мониторинг жизненно важных параметров и т. д.

Современные технологии — в медицину

За последние годы объемы высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в Республике Чувашия значительно возросли. В 2001 году на оказание ВМП направлено 336 человек, в 2012 году – 3416. За 11 месяцев 2013 года это количество достигло 3728 человек, из них детей – 853 (за аналогичный период 2012 года – 3567 человек, из них детей – 762). Сегодня в Чувашии ВМП оказывается в 5 учреждениях здравоохранения республики и в 2 федеральных учреждениях здравоохранения – по 11 профилям и 44 видам ВМП. Входящем году на оказание ВМП из республиканского бюджета Чувашской Республики выделено 52 млн руб. Плановые объемы на оказание ВМП составили 659 человек (в 2012 году – 585). В целях обеспечения межведомственного взаимодействия продолжается работа по информатизации. В соответствии с Концепцией Единой информационной системы в сфере социальной защиты населения в республике создается единая база данных об инвалидах и их потребностях в технических средствах реабилитации. Кроме того, в систему войдут такие модули, как «Санаторно-курортное лечение», «Субсидии на ЖКУ», базы данных получателей детских пособий и иных социальных выплат. Создание единой реабилитационной базы данных для инвалидов и ветеранов позволит наладить взаимодействие различных структур, от момента обращения гражданина за инвалидностью до получения им средств реабилитации и прохождения программы реабилитационных услуг.

Уникальные операции

В ходе международной офтальмологической конференции в Самаре главный офтальмолог Чувашской Республики Дмитрий Арсютов провел операцию самого высокого уровня сложности. В ходе прямой видеотрансляции он наглядно продемонстрировал новые возможности микроинвазивной техники хирургии на заднем отрезке глаза при макулярном разрыве сетчатки. При данной патологии необходимо манипулировать в области самой тонкой, светочувствительной зоны сетчатки, что требует от хирурга максимума точности и деликатности. Процесс операции выводится на большой экран как стереоизображение повышенной четкости, а хирург проводил манипуляции с помощью 3D-очков.

В хирургическом торакальном отделении Республиканской клинической больницы выполнена первая в Чувашии видеоэндоскопическая операция по поводу ахалазии кардии – хронического нервно-мышечного заболевания, характеризующегося затруднением проходимости пищи по пищеводу. Заведующим отделением грудной хирургии Алексеем Добровым произведено удаление пищевода пациента с последующим восстановлением функции искусственно созданного пищевода из большой кривизны желудка. Все этапы операции, продлившейся более 10 часов, были произведены под видеоконтролем.



Республика Башкортостан

Лучшие врачи республики

Министерством здравоохранения Республики Башкортостан подведены итоги XIII Республиканского конкурса на звание «Лучший врач года» в 2013 году. Основная цель конкурса – поднять на еще более высокую ступень авторитет профессии и подчеркнуть ее значимость, так как труд во благо здоровья граждан заслуживает особого признания. Республиканский конкурс состоит из трех этапов, которые позволяют выявить наиболее профессионально подготовленных, обладающих глубокими знаниями и высокой квалификацией специалистов из числа врачей и провизоров сельских, городских, республиканских больниц, поликлиник и аптек. II этап конкурса был завершен 14 октября, итоги III этапа подведены 14 ноября 2013 года. Все конкурсные материалы участников предварительно рассмотрены главными штатными и внештатными специалистами Минздрава РБ для обсуждения и голосования по каждой номинации. В этом году в конкурсе приняли участие 94 претендента по 31 номинации из 40 предложенных. Все они являются победителями двух предыдущих этапов. Конкурсные материалы победителей будут направлены для участия во Всероссийском конкурсе «Лучший врач года» в Центральную конкурсную комиссию Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Снижение смертности от ССЗ

В Уфе состоялось выездное заседание экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике, посвященное профилактике и лечению острого коронарного синдрома. Министр здравоохранения РБ Георгий Шебаев отметил, что благодаря мероприятиям ПНП «Здоровье» смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Республике за последние три года снизилась на 9%, за 9 месяцев 2013 года – на 5,2% и составила 624,9 на 100 тысяч населения, что на 11,6% ниже среднероссийского показателя (706,8 на 100 тысяч). За последние пять лет объемы ВМП выросли практически в три раза. Всего с 2008 года в Республиканском кардиологическом диспансере выполнено более 15 тысяч высокотехнологичных кардиохирургических операций, освоено и внедрено 65 новых технологий, методик диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. В августе и сентябре 2013 года в кардиоцентре впервые были проведены две операции по трансплантации сердца. В республике отработана маршрутизация больных с сосудистыми заболеваниями, функционируют 3 региональных сосудистых центра и 11 первичных сосудистых отделений для оказания медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями. За период работы здесь пролечено более 7 тысяч больных с острым коронарным синдромом и более 14 тысяч – с острым нарушением мозгового кровообращения.

Евразийская противораковая конференция

Открывая форум, заместитель Премьер-министра республики Лилия Гумерова отметила, что каждый рубль, вложенный в систему здравоохранения и, в частности, в направлении онкопрофилактики, должен работать на результат. Несмотря на то, что за последние пять лет общая онкологическая заболеваемость в республике увеличилась на 3,6%, смертность снизилась на 4,2%. Выявляемость на ранней стадии заболевания возросла на 5,1% и составила 46,1% (в РФ – 50,5%). Повышение качества оказания медицинской помощи обеспечивается, в том числе, внедрением инноваций. На конференции рассматривались не только традиционные методы лечения онкозаболеваний – химиотерапия и хирургическое вмешательство, но и более современные: применение антител к раковым клеткам, использование противораковых вирусов, которые борются с болезнью естественным способом. Представляя свои научные разработки, известный ученый, разработчик противоопухолевых препаратов профессор Казуо Умегава (Япония) отметил: «Средство, которое я разработал, обладает низким токсичным эффектом. В настоящее время совместно с Башкирским государственным медицинским университетом мы работаем над созданием лекарственных препаратов на базе моего средства для лечения тяжелой степени рака».



Оренбургская область

Высокий показатель диспансеризации

В 2013 году Оренбургская область вошла в группу регионов с высоким показателем диспансеризации, выполнив план в 393 923 человек взрослого населения (25,6 процента от общего числа) на 93%. К осмотрам были вовлечены граждане от 21 года и старше – с трехлетней периодичностью (21, 24, 27, 30 лет и т. д.). Ветераны Великой Отечественной войны и жители блокадного Ленинграда проходят диспансеризацию ежегодно, вне зависимости от возраста. На эти цели в бюджете территориального фонда ОМС было предусмотрено 380 млн рублей.

Всего в ходе диспансеризации выявлено 40,4 тысяч заболеваний. Немало случаев впервые диагностированных болезней – гипертонии, сахарного диабета, новообразований на ранних стадиях. В частности, болезни системы кровообращения составили 30%, эндокринной системы – 24%, новообразования – 1%.

Назначенное лечение, вовремя проведенная операция позволили сохранить людям трудоспособность, поправить здоровье, а порой – и сохранить жизнь.

По словам министра здравоохранения области Тамары Семивеличенко, диспансеризация рассматривается как массовая и высокоэффективная технология сбережения здоровья населения. В 2014 году запланировано охватить диспансеризацией около 400 тысяч оренбуржцев.

Перинатальный центр нового типа

Современная медицина предъявляет все более высокие требования в сфере родовспоможения: это квалифицированная помощь женщинам групп риска, выхаживание детей, рожденных раньше срока, новорожденных с экстремально низкой массой тела, малышей с врожденной патологией. Ежегодно требуют особого подхода, высокотехнологичных видов помощи около 2,5 тысяч крошечных пациентов. В Оренбурге будет построен новый перинатальный центр, который сконцентрирует оказание помощи высокого качества на всех этапах – профилактики репродуктивного здоровья, наблюдения за беременными, пренатальной (дороговой) диагностики, родовспоможения, выхаживания новорожденных, неонатальной (младенческой) хирургии, а также консультативной помощи.

Строительство современного перинатального центра самого высокого, третьего уровня стало возможным благодаря включению региона в соответствующую федеральную программу. Как объяснила заместитель министра по организации медицинской помощи детям и родовспоможению Галина Черепова, областной перинатальный центр на 170 коек будет возведен на базе Оренбургской областной клинической больницы №2. Объем капиталовложений составит 2,5 млрд рублей в течение 2014-2016 гг. Из них средства федерального фонда ОМС составят 1,4 млрд рублей, областного бюджета – 1,1 млрд рублей.

«Скорая» стала мобильней

94 новых автомобиля класса В и 6 реанимобилей класса С пополнили автопарк областного здравоохранения при финансовой поддержке областного бюджета. Если до получения новых машин своевременность доезда (в течение 20 минут) составляла 90,5%, то в настоящее время этот показатель вырос до 94%. Машины класса В (56 Газелей и 38 УАЗов) поставлены в каждое муниципальное образование в зависимости от числа прикрепленного населения. В них имеется два носилочных места (стационарное и раскладное) и возможность разместить третье (подвесные носилки). В салоне, оснащенный кондиционером, электричеством, водой, есть все необходимое для оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, в том числе дефибриллятор, аппарат ИВЛ, наркоточный аппарат, кардиограф, пульсоксиметр, глюкометр.

Реанимобили на базе машин «Форд Транзит», предназначенные для работы реанимационных и специализированных бригад (кардиологических и неврологических), в равных долях поставлены в скорую помощь Оренбурга, Орска и Новотроицка, что позволит охватить помощью при ДТП восток области по трассе Оренбург–Орск. Это даст возможность обеспечить реанимационные мероприятия в ходе транспортировки пациентов в травмоцентры, межмуниципальные центры, сосудистые отделения.

Материалы предоставлены пресс-службами Министерств здравоохранения Республики Башкортостан, Самарской и Оренбургской областей, Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики.



Самарская область

Шаг к кибер-медицине

23 октября в Самарской областной клинической больнице им. Калинина открылась интегрированная операционная. Министр здравоохранения области Геннадий Гридасов подчеркнул, что это шаг к кибернетической хирургии, к тем операциям, которые выполняются уникальными медицинскими манипуляторами на расстоянии. Областная больница стала единственным местом в России, где установлены две интегрированные операционные. Технические возможности новой операционной охватывают широчайший диапазон вмешательств в различных областях медицины. Оборудование позволяет производить полный спектр лапароскопических, торакокопических и эндохирургических операций, осуществлять оперативное вмешательство урологического и гинекологического профиля. Эндоскопические вмешательства могут выполняться на любом органе, есть доступ для телетрансляции, проведения мастер-классов. Новые технологии позволяют сократить время пребывания больных на койке, уменьшают травматичность операционного вмешательства. Оборудование подключено ко всемирной сети, так что доктор, не выходя из операционной, может связаться с любым врачом мира, устроить консилиум, поинтересоваться мнением коллег.

Лучшая служба крови в России

В российском конкурсе на звание «Лучшей станции переливания крови 2013» победила Самарская областная клиническая станция переливания крови. 3 декабря 2013 года в Москве состоялся VI Всероссийский форум службы крови. Его кульминацией стало вручение медалей представителям компаний, учреждений и организаций, активно содействующих развитию донорского движения в стране, подведение итогов конкурса профессионального мастерства в 5 номинациях.

В последней и самой важной конкурсной номинации «Лучшая станция переливания крови 2013» победитель был определен путем интерактивного голосования, состоявшегося непосредственно на мероприятии. Конкурсный проект «Лидеры по крови 2013», направленный ГБУЗ «Самарская областная клиническая станция переливания крови», сопровождаемый видеопрезентацией итогов работы службы крови города Самары в рамках Областной целевой программы «Развитие донорства и службы крови» за 2013 год, со значительным отрывом занял первое место, набрав 44,1% голосов.

Электронное здравоохранение

Подведены итоги первого Самарского областного конкурса «Лучшие в электронном здравоохранении». В учреждениях области информационные технологии используются уже более 15 лет. Благодаря программе модернизации здравоохранения процесс информатизации получил новый импульс – поликлиники и больницы оснастили компьютерной техникой, начали осваивать телемедицину и т. д. И руководители учреждений здравоохранения области, и рядовые медработники понимают, что сегодня без IT-технологий лечебное учреждение функционировать уже не может.

Победителями в номинации «Лучшее IT-ЛПУ» стали областная больница им. Калинина, городская поликлиника №15 Промышленного района, Тольяттинская больница №1, Клиники Самарского медицинского университета.

Директор Самарского областного медицинского информационно-аналитического центра Сергей Сорокин заметил, что информатизация несет преимущества не только пациентам, но и самим медицинским работникам, которые получают возможность работать более результативно, повышать свой статус и зарплату: «Информатизация позволяет не только избавиться от очередей и бумажной волокиты, но и эффективнее управлять здравоохранением на уровне поликлиники, города, области».

Образовательному Центру — 5 лет



Основной задачей Казанского Образовательного Центра Высших Медицинских Технологий (ВМТ), созданного в 2008 году, является подготовка кадров для оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Как отметил министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин: «Мы сокращаем путь становления профессионалов в медицине, что очень важно. Сегодня с полной уверенностью можно сказать, что Казанский Образовательный Центр ВМТ — это бренд, и не только на территории Российской Федерации, но и на всем пространстве СНГ. Это площадка для воплощения новых проектов и идей в медицине». Ключевыми новшествами образовательного центра являются многоуровневая модульная система подготовки медицинских кадров и акцент на отработку практических навыков. Инфраструктура включает в себя симуляционные лаборатории, тренировочные лаборатории для работы на живых и неживых тканях, рентгенкабинет, кадаверные операционные, экспериментальную хирургическую лабораторию. Центр работает по всем направлениям — от эндоскопической хирургии, сестринского дела до программ для администраторов здравоохранения. Преподавание ведут опытные практикующие специалисты крупнейших медицинских центров России и мира. Здесь прошли обучение более 7,5 тысяч представителей из 84 регионов России и стран СНГ, в том числе более 2 тысяч врачей и медицинских сестер Татарстана.

Педиатрия и детская хирургия в ПФО



X Российская конференция с международным участием собрала в Казани ведущих специалистов. Здесь обсуждались актуальные вопросы снижения младенческой смертности, детских инфекций, проблемы детской нефрологии, гастроэнтерологии, неврологии, спортивной медицины и многие другие. На конференции

были также представлены результаты работы трехуровневой модели медико-социальной помощи детям и подросткам, в том числе в трудной жизненной ситуации. Широкое внедрение такой системы будет способствовать снижению заболеваемости, профилактике безнадзорности, жестокого обращения с детьми, улучшению качества жизни.

С упором на семейную медицину



В Казани прошел IV Всероссийский съезд врачей общей практики. В ходе форума большое внимание было уделено вопросам оказания современной многопрофильной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, профилактики и реабилитации, подготовки клинические стандартов, обучения врачей общей практики. В качестве одного из главных приоритетов службы было обозначено развитие

семейной медицины. На съезде был представлен опыт Татарстана в этом направлении. По инициативе Президента Республики Рустама Минниханова совершенствование работы первичного звена стало одним из приоритетных направлений развития здравоохранения республики. За эти два неполных года удалось построить 190 новых фельдшерско-акушерских пунктов, отремонтировать 700 ФАП, 65 врачебных амбулаторий, 8 участковых больниц и 11 поликлиник.

65 лет на службе спорта

В КГМА прошла Республиканская научно-практическая конференция «Итоги 65-летнего развития врачебно-физкультурной службы Республики Татарстан».



Подводя результаты работы, главный врач Республиканского центра медицинской профилактики, главный специалист по профилактической медицине, лечебной физкультуре и спортивной медицине МЗ РТ Римма Садыкова отметила, что несмотря на четыре реорганизации в трудные 90-е годы, врачебно-физкультурная служба Татарстана сумела сохранить высокий уровень. Сегодня на базе ЦМФП организовано медицинское сопровождение клубных и сборных команд Татарстана и России, ежегодно проходят обследование около 8 тысяч учащихся ДЮСШ. Кульминацией деятельности службы стало медицинское сопровождение Универсиады-2013, где специалисты проявили высокий профессионализм.

Медицина труда

Стала предметом обсуждения на II Межрегиональном партнеринг-форума, организованного страховым обществом «Спасение».



Министр здравоохранения РТ Адель Вафин подчеркнул, что главная задача медицины на производстве — обеспечить преэминентность диспансеризации, диагностики и лечения, поэтому методы, предлагаемые участниками, будут включены в практику здравоохранения республики. По словам генерального директора ЗАО «СМО «Спасение» Геннадия Глушкова, цеховая медицинская служба, успешно работавшая на предприятиях в советское время, была утрачена, и сегодня необходимо выстраивать современную систему охраны здоровья работников с учетом положительного опыта прошлого. Эффективными инструментами для достижения этой цели могут стать механизмы страхования при условии ответственной позиции руководителя.

Внутриутробная операция - впервые в России

В Перинатальном центре Республиканской клинической больницы МЗ РТ было выполнено оперативное вмешательство на сердце плода.



Специалисты РКБ МЗ РТ выполнили баллонную дилатацию критического стеноза аортального клапана на 27-28 неделе беременности. Операция была единственной возможностью предотвратить необратимые изменения миокарда до периода жизнеспособности плода. Под контролем УЗИ через переднюю брюшную стенку и стенку матки была произведена пункция верхушки левого желудочка сердца плода, проводником пройден стеноз аортального клапана, установлен баллонный катетер, при раздувании которого произошла успешная дилатация. При контрольном цветовом доплеровском картировании обнаружен адекватный поток крови через аортальный клапан, левый желудочек стал сокращаться.



Технологии здоровья

В Москве прошла «Российская неделя здравоохранения-2013» – один из крупнейших международных научно-практических форумов, посвященных последним достижениям медицинской науки и техники.

Более 1100 компаний из России и 41 зарубежной страны представили свои передовые разработки. Экспозиция выставки разместилась на общей площади в 50 тысяч кв. м. Традиционно в программу «Российской недели здравоохранения» вошли несколько медицинских конференций: XV ежегодный научный форум «Стоматология-2013», VIII Международная научная конференция «Спорт-Мед-2013», II Российский медицинский инвестиционный форум, Междисциплинарная научно-практическая конференция по вопросам мужской рентгенодиагностики и урологии, Международный деловой медико-фармацевтический форум.

Ключевым мероприятием «Российской недели здравоохранения» стал III Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний «За здоровую жизнь», объединивший ведущих российских и мировых экспертов в области общественного здоровья, организаторов здравоохранения, руководителей федеральных органов законодательной и исполнительной власти.

«В основу идеологии форума положен принцип формирования глобальной профилактической среды в России, предложенный министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой, – отметил в своем приветственном слове первый заместитель председателя Комитета по



охране здоровья Государственной Думы РФ, академик РАН Николай Герасименко. – Необходимо изменить парадигму мышления граждан и доктрину развития здравоохранения с лечебной на предупредительную. В последние годы в отрасль были вложены значительные ресурсы, качественно улучшились возможности оказания медицинской помощи, особенно высокотехнологичной. Но эти инвестиции не могут повлиять на заболеваемость, которая, к сожалению, с 1990 года выросла на 50%. Для борьбы с причинами неинфекционных заболеваний необходима консолидация органов государственной и муниципальной власти, общественных организаций, организаций здравоохранения, образования, СМИ, профсоюз, бизнеса. Очень важно разработать

и принять нормативно-правовые акты, обеспечивающие мотивацию населения к здоровому образу жизни (ЗОЖ) как на государственном уровне, так и среди представителей бизнес-сообщества. Здесь очень важна роль губернаторов и особенно глав муниципальных образований в формировании «здоровой» среды, созданию условий для ведения ЗОЖ».

Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева: «Правительство России утвердило Государственную программу развития здравоохранения до 2020 года. Основной акцент был сделан на развитии первичного звена, потому что 60% всей медицинской помощи оказывается здесь. Приоритет при этом отдан профилактической работе, формированию ЗОЖ. Одним из главных инструментов является диспансеризация населения, которая проводится с 1 января 2013 года. Она абсолютно бесплатна для граждан, при этом труд медицинских работников оплачивается. Мы хотим сделать срез здоровья населения, и чтобы каждый человек знал о его состоянии. Нам нужно отойти от менталитета «Мое дело болеть, а дело врачей – лечить». Каждый человек должен в первую очередь заботиться о своем здоровье, государству же нужно создавать для этого все условия. А в обществе необходимо поддерживать нетерпимость к любым проявлениям поведения, разрушительно действующим на здоровье, начиная с неправильного питания и заканчивая вредными привычками».

В дни работы «Российской недели здравоохранения» «Экспоцентр» посетили тысячи специалистов. По признанию многих из них, предложенный организаторами форума уникальный формат единого информационного и выставочного пространства создает качественно новые возможности продвижения инновационных продуктов для практической медицины.

2013:

год достижений и побед

пять примеров,
которые
вдохновляют

Бурное развитие
здравоохранения
в последние годы
– проявление
не только воли
государственных
структур, но и
творческой энергии
на местах.



**Городская поликлиника № 6
г. Набережные Челны**

В 2012 году из бюджета Республики Татарстан было выделено 21 млн рублей на модернизацию поликлиники и еще 3 млн – по программе «Доступная среда». Сумма по нынешним временам далеко не грандиозная. Но учреждение преобразилось так, что возникает впечатление пребывания в лечебном заведении какой-нибудь благополучной европейской страны. И дело не только в ремонте – изменилась сама среда, в которую попадает человек, обратившийся за помощью.

«Мы постарались посмотреть на нашу систему глазами пациента, – объясняет главный врач поликлиники Нияз Музагитов. – Собрали на первом этаже всю функциональную диагностику, чтобы не приходилось бегать по лестницам. Соединили между собой кабинеты Центра здоровья – теперь посетителю не нужно несколько раз раздеваться и одеваться, он входит в одну дверь и выходит в другую, пройдя уже весь цикл обследования».

Всего было отремонтировано 1300 кв. м помещений: переделали входной узел, модернизировали регистратуру с гардеробом, рядом создали кабинет неотложной помощи, обеспечили удобный доступ инвалидам (в том числе автоматические двери). В соответствии с приказом Минздрава организовали отделение профилактики, имеющее доврачебный кабинет, смотровой, прививочный и др. Для удобства горожан создан новый колл-центр: вместо прежних двух телефонных номеров регистратуры работает один, но с пятью линиями, что существенно упрощает процесс записи на прием. Также она возможна через инфомат и по интернету через сайт госуслуг.

Сделать больше за те же средства помогли творческие решения, найденные совместно с Минздравом РТ и управлением здравоохранения города. Значительную часть новых кабинетов разместили в бывшем избыточно большом холле, перегородив его витражами с матовыми стеклами. Вместо штукатурки стены выравнивали гипсокартоном, находили более дешевые стройматериалы.

Процесс оказался захватывающим. Теперь в планах руководства поликлиники – обновление лабораторной базы, создание реабилитационного центра и сертификация по системе менеджмента качества ISO.



**Бавлинская центральная
районная больница**

Проблема центральной районной больницы заключалась в том, что она была разбросана в 14 отдельных зданиях, часть которых ей досталась от бывшей медсанчасти нефтяников. Модернизация началась в 2010 году, когда по программе оказания помощи пострадавшим в ДТП на трассе М-5 «Урал» ЦРБ стала травмоцентром третьего уровня, в связи с чем была проведена полная реконструкция приемного отделения. В 2012 году начался очередной этап модернизации, на который выделили 103,7 млн рублей из республиканского бюджета, здесь был предусмотрен не просто ремонт, а полное изменение логистики движения пациентов.

«Стационар мы перенесли ближе к приемному покою, чтобы пациенты могли сразу поступать в необходимые отделения, – рассказывает главный врач больницы Глеб Алексеев. – А амбулаторно-поликлиническую службу вынесли дальше, теперь она базируется в одном четырехэтажном здании. Эта реконструкция позволила нам отказаться от нескольких лишних зданий, тем самым избавиться от дополнительного налогообложения и коммунальных платежей».

В ходе модернизации были реконструированы терапевтическое и педиатрическое отделения стационара, приобретено оборудование для лаборатории. Но этим благоприятные изменения не ограничились: был полностью обновлен парк машин скорой помощи, капитально отремонтированы Поповская врачебная амбулатория и 14 фельдшерско-акушерских пунктов. Также введены в строй три модульных ФАПа и модульное патологоанатомическое отделение, отсутствие которого представляло серьезное неудобство жителям района, которым приходилось по необходимости ездить в Бугульму. Поликлиника перешла на двухсменный режим работы, теперь жители района могут получить здесь помощь с 7 утра до 7 вечера. Развивается программа информатизации – появилась возможность записи к врачу не только по телефону, но и через терминалы. Для удобства выписки и получения льготных медикаментов в здании поликлиники открыт аптечный пункт.



Детская поликлиника
«Азино»



30 августа в День Республики состоялось торжественное открытие новой детской поликлиники «Азино», ставшее настоящим подарком для жителей Казани. Как отметил в своем приветственном слове Президент Татарстана Рустам Минниханов, за последние 10 лет население микрорайона «Азино» увеличилось почти в 2,5 раза, так что необходимость в создании такого медучреждения назрела уже давно.

Новая поликлиника «Азино» вошла в состав Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ. Учреждение обслуживает более 70 тысяч детей. Поликлиника является одним из крупнейших среди подобных не только в Татарстане, но и в России, ее площадь составляет 9 794,3 кв. м. Стоимость объекта – 411,9 млн рублей.

В поликлинике «Азино» работают кардио-центр, центр зрения, фтизиатрический центр и др. Кроме того, на базе учреждения создан комьюнити-центр, где оказывается помощь детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Учреждение оснащено современным медицинским и реабилитационным оборудованием, весь лечебно-диагностический процесс полностью информатизирован.



Клиника
«АВА-Казань»



В 2013 году продолжилось развитие многопрофильной клиники «АВА-Казань», открывшейся в августе 2012-го в рамках государственно-частного партнерства между ООО «АВА-ПЕТЕР», Министерством здравоохранения Республики Татарстан и администрацией города Казань. К дневному стационару добавились родильный дом с отделением неонатологии и хирургический корпус, где проводятся высокотехнологические операции, в том числе – травматологические.

«Наше родильное отделение имеет три родильных зала и оснащено по самым последним требованиям не только российских, но и международных стандартов, – говорит директор клиники «АВА-Казань» Фирия Сабирова. – Оборудование поставляли самые перспективные, самые передовые компании, присутствующие сегодня на этом рынке».

Наркозные аппараты и мониторы гарантируют получение полной и ежесекундной информации о состоянии пациентки. Есть оборудование для вынашивания недоношенных малышей. Предоставляется возможность присутствия на родах папы или другого родственника, проводится обучение всем необходимым манипуляциям с малышом и многим другим родительским премудростям.

В хирургическом стационаре пациентам обеспечивается высококвалифицированная хирургическая помощь с применением самых современных анестезиологических средств, созданы максимально комфортные условия, а также минимальные сроки послеоперационного восстановления. Во время операции пациент, находящийся под наркозом, согревается при помощи специального оборудования.



Городская поликлиника №4
«Студенческая»



Созданная как медицинский центр «Деревни Универсиады», студенческая поликлиника предназначалась для оказания первичной медико-санитарной, скорой и специализированной медицинской помощи в круглосуточном режиме спортсменам, членам семьи FISU и аккредитованным лицам во время проведения Всемирных летних студенческих игр. И коллектив с честью справился с этой задачей. С 29 июня по 15 июля 2013 года в медицинском центре Деревни Универсиады зафиксировано 2114 обращений, было проведено 398 рентгенологических исследований, 172 УЗИ, 410 лабораторных исследований и 3164 физиотерапевтических процедур.

«Поликлиника должна была стать наследием Универсиады, заботясь о здоровье учащейся молодежи, – рассказывает главный врач Айрат Зиатдинов. – И сегодня мы обслуживаем 27 вузов с общим количеством студентов около 70 тысяч человек. Мы – единственная студенческая поликлиника, сохранившаяся в России, в других регионах студенты обслуживаются по месту регистрации в районных поликлиниках».

Спортивное прошлое хорошо вписалось в молодежное настоящее. Сегодня в Студенческой поликлинике оказывается медицинская помощь именно с учетом возрастной специфики – с акцентом на заболевания опорно-двигательного аппарата, офтальмологии, стоматологии, репродуктивной сферы. Также заботятся о подготовке юношей призывного возраста к службе в вооруженных силах РФ, ведут пропаганду здорового образа жизни. Открыта Клиника «Отражение», дружественная молодежи, где можно получить не только квалифицированную медицинскую помощь, но и психологическую поддержку, консультации, тренинги.



В апреле 2010 года вышел первый выпуск журнала Healthy Nation/ «Здоровье нации». Уже в пилотном номере мы постарались отразить наиболее важные тенденции в отрасли. Этот медиа-проект не был бы реализован без поддержки Министерства здравоохранения

Татарстана, участия ведущих специалистов республики. Запуская это издание, мы ориентировались на лучшие образчики в сфере печатных СМИ. Специализированный журнал может и должен быть содержательным и привлекательным. Глянец и медицина совместимы — этот посыл был воплощен нами в жизнь, и Healthy Nation задал новую планку по качеству полиграфии, дизайну среди медицинских изданий республики.

Но уникальный формат журнала так и остался бы лишь красивой «оберткой», если бы не помощь всех тех, кто сегодня участвует в формировании контента каждого номера. Это зарубежные эксперты, ведущие специалисты России и Татарстана, руководители здравоохранения, врачи, средние медицинские работники, все те, кто так или иначе связан с этим благородным делом — сохранением здоровья граждан. Именно благодаря вам у нас есть возможность публиковать актуальную, достоверную и полезную для медицинского сообщества информацию. Три года вы были вместе с нами, делились своим опытом, направляли нас, помогали советом и добрым словом. Спасибо вам за вашу поддержку!

Три года для журнала — это возраст становления, и мы не намерены останавливаться на достигнутом. Впереди — новые проекты, поиск новых форм и тем для интересного диалога, одним словом, планов громадье. Так что продолжение следует!

С уважением,
главный редактор журнала Healthy Nation
Елена СТЕПАНОВА

Ростислав ТУИШЕВ,
директор Диспетчерского центра МЗ РТ,
научный редактор
журнала Healthy Nation:



Когда возникла идея выпуска медицинского журнала, было много споров по его названию, содержанию, целевой аудитории. Именно в эти годы в здравоохранении Республики Татарстан происходили большие изменения, что было связано с программой модернизации системы здравоохранения. Амбициозные планы Министерства и колоссальные объемы предстоящих работ требовали публичной трибуны, с одной стороны, а необходимость повышения уровня знаний и быстрого обмена информацией в среде специалистов требовали, с другой стороны, профессионального издания, которое позволило бы широко освещать различные медицинские темы.

Идея организации журнала Healthy Nation возникла в нужное время и в нужном месте. Система здравоохранения республики в эти годы стала единым сплоченным коллективом. Креативные и, на первый взгляд, дерзкие решения превращались в реальные проекты, опередившие время, изменяющие людей и привлекающие внимание специалистов в России и в зарубежных странах. Сейчас трудно представить, как могла бы система здравоохранения обойтись без такой публичной трибуны! Очень важная роль всегда принадлежит инициаторам идеи, убежденным в необходимости создания очень хорошего со всех точек зрения издания. Журнала, который бы соответствовал лучшим международным образцам и по оформлению, и по содержанию. Конечно, Healthy Nation повезло, что его вдохновителями стали Айрат Фаррахов и Адель Вафин, а исполнителем - талантливая редакция.

Три года постоянного интереса для провинциального издания – это победа! Это признание и профессионализм! Журнал стал летописью и дневником жизни отрасли в республике и в стране. Он отражает большой диапазон проблем, с которыми сталкивается отечественная медицина, он сохраняет и передает бесценный опыт, приобретенный специалистами и коллективами, он является источником новых знаний, которыми на его страницах делятся ведущие специалисты разных медицинских направлений, он сохраняет лица и память об известных ученых, врачах, организаторах здравоохранения.

Теперь журнал Healthy Nation стал неотъемлемой частью здравоохранения Республики Татарстан – интеллигентным и красивым, умным и интересным собеседником. Мне кажется, что все мы, кто трудится в здравоохранении республики, должны стать ответственными за дальнейшую судьбу журнала. Нам не должно быть безразлично, как и кто нас представляет. Это наше большое и важное преимущество. Это наша гордость!

Желаю Healthy Nation долголетия. Чтобы каждый номер журнала ждали и получали много полезной и интересной информации!



Рустем ГАЙФУЛЛИН,
главный врач
Республиканской клинической
больницы МЗ РТ:

От всей души поздравляю Healthy Nation с трехлетием. За эти годы журнал заработал репутацию одного из наиболее авторитетных изданий среди медицинского сообщества. Здесь освещаются актуальные вопросы здравоохранения, последние тенденции в мире медицины, журнал полезен как для руководителей здравоохранения, так и для специалистов, врачей, среднего медперсонала.

Желаю вам не останавливаться на достигнутом, успешной реализации всего задуманного, интересных идей и новых свершений!



Рафаэль ШАВАЛИЕВ,
главный врач
Детской республиканской
клинической больницы МЗ РТ:

С самого рождения человек стоит перед выбором, с кем он будет играть, с какими одноклассниками общаться, с кем дружить. Врач должен выбирать журнал «Здоровье нации», потому что в его лице он найдет хорошего друга.

Я, например, всегда с удовольствием получаю свежий номер Healthy Nation, мне интересно его полистать. Некоторые темы, возможно, требуют более подробного раскрытия, но этим журнал и хорош, что раздает не «рыбок», а именно «удочки», давая импульс и для саморазвития. Для руководителя здравоохранения — это один из инструментов формирования корпоративной культуры в клинике. Журнал дает возможность мотивировать персонал на получение новых знаний, помогает повысить интеллектуальный актив больницы.

Важно, чтобы вы шли дальше по намеченному пути, по этой траектории развития. А мы всегда готовы помочь, подсказать, какие вопросы сегодня наиболее актуальны. У издания есть своя аудитория, которая не стесняется говорить о проблемах в здравоохранении и их возможных решениях, и это очень хороший опыт. Думаю, это именно тот формат, который очень нужен на сегодняшний день.



Марат САДЫКОВ,
главный врач
Городской клинической
больницы №7 г. Казани:

Уважаемая редакция журнала Healthy Nation! От имени всего коллектива ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани и от себя лично от всей души поздравляю вас с днем рождения, с трехлетием!

Healthy Nation за сравнительно короткое время сумел зарекомендовать себя как одно из авторитетнейших печатных изданий для специалистов в области здравоохранения, став центром для обмена опытом и достижениями. Этот журнал является путеводителем по основным событиям в жизни важнейшей отрасли Республики Татарстан — медицины, в нем публикуется самая передовая информация, особое значение имеют представленные здесь выступления руководителей здравоохранения, практикующих врачей, авторитетных медиков. Самые важные и актуальные для медицинского сообщества практические вопросы всегда находятся в центре внимания редакционной коллегии.

И, несмотря на то, что журналу исполнилось всего три года, Healthy Nation — это издание номер один для медиков республики. Его всегда приятно держать в руках, читать интересные, профессиональные публикации.

От всей души желаю изданию и в дальнейшем наращивать свой потенциал, продолжать знакомить читателей с теоретическими и практически сторонами здравоохранения, а коллективу журнала — творческих успехов, креативных идей, здоровья, реализации самых смелых планов!



Рустем ХАСАНОВ,
главный врач Республиканского
клинического онкологического
диспансера МЗ РТ:

Поздравляю журнал Healthy Nation с трехлетием! Сегодня это издание является источником актуальной информации для руководителей здравоохранения, специалистов, врачей. На страницах журнала поднимаются наиболее важные вопросы организации здравоохранения, диагностики и лечения.

За эти годы Healthy Nation стал информационной площадкой для обмена передовым опытом, касающегося, в том числе, и такого важного раздела медицины как онкология. Здесь освещаются важные аспекты клинической практики, в качестве приглашенных экспертов нередко выступают и специалисты нашего онкологического диспансера. Желаю журналу Healthy Nation дальнейшего успешного развития, продолжать оставаться одним из лидеров среди медицинских изданий, новых интересных публикаций, рубрик, проектов!



Ильдар ХАЙРУЛЛИН,
главный врач Больницы
скорой медицинской помощи
г. Набережные Челны:

Дорогие коллеги, партнеры, друзья! В 2013 году журналу Healthy Nation исполнилось 3 года. От души поздравляем вас с этим праздником!

Три года для человека – детский возраст, для издательства – период становления, а для Healthy Nation – уже большая история! История не только развития компании, но и формирования принципиально нового информационного поля, создания издания, иллюстрирующего на своих страницах опыт внедрения новых технологий и сервисов в мире здравоохранения.

За этот период, несмотря на трудности в становлении нового направления, вам удалось собрать уникальный материал для медицинского сообщества, наладить контакты с учреждениями, в частности, с ГАУЗ РТ «БСМП». Нам всегда приятно с вами работать. Ваши журналы привлекают читателей своими необыкновенными и великолепными цветовыми гаммами, и, конечно же, содержанием. И как результат – большая популярность журнала Healthy Nation!

Желаем изданию долгих лет плодотворной работы, новых идей и воплощения в жизнь всех ваших планов. Чтобы на фоне коммерческих успехов издательства расцветала личная жизнь каждого сотрудника, чтобы пусть маленьким, но праздником становился каждый рабочий день. Больших удач и реализации всего намеченного в Новом году!



Рустем ХАЙРУЛЛИН,
генеральный директор
Межрегионального клинко-
диагностического центра:

Уважаемые коллеги! От имени Межрегионального клинко-диагностического центра поздравляю коллектив журнала Healthy Nation с трехлетием издания!

Выражаем благодарность за ваш профессионализм и мощную информационную поддержку нашего общего дела. Желаем творческого развития, стабильности, успехов в профессиональной деятельности!



Леонид МИРОЛЮБОВ,
главный детский
специалист-хирург МЗ РТ:

Поздравляю журнал Healthy Nation с трехлетием! Регулярно читаю это издание, его приятно взять в руки, оно красиво оформлено, с хорошими фотографиями и иллюстрациями. При этом журнал отличает продуманное внутреннее содержание, тематические подборки статей, посвященные различным актуальным вопросам медицины.

Сегодня отрасль здравоохранения, как никогда, нуждается в системных изменениях. В частности, это касается высокой нагрузки на врачей — порою они больше занимаются не диагностикой и лечением, а заполнением многочисленной документации, отчетов и т. д. Во многом это вопросы организации здравоохранения, и они регулярно освещаются на страницах издания. Отрадно, что понимание о необходимости решения такого рода проблем сегодня есть у представителей власти, и постепенно ситуация меняется к лучшему.

Желаю журналу Healthy Nation всегда оставаться в курсе современных тенденций в здравоохранении, новых интересных публикаций, успехов!



Александр ВИЗЕЛЬ,
главный специалист-
пульмонолог МЗ РТ:

Три года — это уже срок для издания, которое держит высочайший уровень полиграфии, единства стиля и мастерства фотографий. Начнем с того, что Healthy Nation хочется взять в руки, если взгляд уловил его на журнальном столике или на рабочем столе. Гармонично сочетаются акценты на личностях с достижениями современной медицины.

Не менее важно, что журнал делает более прозрачным наш Минздрав: первые и вторые лица — частые гости издания. Электронная версия Healthy Nation понятна для восприятия и даже в чем-то самостоятельна, поскольку, в отличие от многих изданий, это не просто блоки статей по номерам, а живая рубрикация. Трудно определить жанр этого журнала — в нем есть и наука, и публицистика. Уверен, что впереди у издания — яркая жизнь, полная новых находок. Всех благ редакции!



Альберт ГАЛЯВИЧ,
главный
кардиолог МЗ РТ:

Поздравляю журнал Healthy Nation с трехлетием! За небольшой срок издание заняло важное место в ряду СМИ медицинского профиля. У него сформировалось свое неповторимое «лицо». Достоинствами журнала являются оперативность предоставляемой информации, ее выразительность, объективность и принципиальность. Из пожеланий — хотелось бы видеть в Healthy Nation больше материалов, посвященных первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Желаю журналу дальнейшего развития и процветания на благо здравоохранения Республики Татарстан и укрепления здоровья наших сограждан!



Резеда БОДРОВА,
главный специалист по меди-
цинской реабилитации МЗ РТ:

Мне было очень приятно получить первый номер журнала Healthy Nation, вышедший три года назад. И дело не только в красивом внешнем виде, хорошем дизайне, но и во внутреннем содержании. Лучшим международным образцам соответствует формат издания, в котором публикуются самые последние новости из мира медицины, освещаются все значимые события в здравоохранении, представлены современные технологии профилактики, лечения и реабилитации лиц с различной патологией. Редакция журнала работает на хорошем профессиональном уровне, это касается как текста, так и фотографий, иллюстраций.

Желаю изданию новых интересных публикаций, не останавливаться на достигнутом, постоянно совершенствоваться, освещать передовой опыт Татарстана, России и зарубежных стран!



Фирая САБИРОВА,
генеральный директор
многопрофильной клиники
«АВА-Казань»:

Журнал «Здоровье нации» - один из самых интересных и достойных специализированных журналов в Российской Федерации. На его страницах всегда очень много полезной информации, которой подчас так не хватает медикам.

За три года всему коллективу журнала удалось сделать огромный прорыв в информационном поле здравоохранения нашей республики. От всей души желаем изданию дальнейшего процветания, новых интересных тем и собеседников. Творческих успехов, радости и благополучия!



Геннадий ГЛУШКОВ,
генеральный директор
ЗАО «Страховое медицинское
общество «Спасение»:

Дорогие друзья! Поздравляю весь коллектив редакции с днем рождения журнала! Среди читающей публики нет равнодушных к вашему замечательному изданию. За относительно небольшой срок Healthy Nation, благодаря профессионализму и творческому подходу коллектива, стал одним из лучших изданий, посвященных медицинской отрасли.

Я могу быть уверен, что на страницах вашего журнала найду только авторитетные мнения, проверенные факты и самую актуальную информацию о происходящем в нашей профессиональной сфере. Не сомневаюсь, что вы сохраните эту высокую планку и в будущем.

Желаю вам дальнейших успехов и чтобы все дни рождения вашего издания были поводом не только для гордости за уже сделанное, но и стартом новых интересных проектов. От всей души благодарю вас за неизменно высокое качество, объективность и глубину публикаций, посвященных медицине тем!



Ильяс НУРИЕВ,
директор
Клиники Нуриевых:

Поздравляем журнал Healthy Nation с трехлетием! Желаем процветания, быть всегда в центре событий. Мы рады, что в республике есть профессиональное медицинское издание, где можно ознакомиться с полезной и актуальной информацией, и, что немаловажно, поделиться собственными новостями, высказать свою позицию. Поднимайте проблемы, разворачивайте интересные дискуссии. А мы будем рады читать и участвовать. С праздником!



Александр РАСЧЕСКОВ,
главный врач клиники
«Глазная хирургия Расческов»
и «Межрайонного центра
глазной хирургии»:

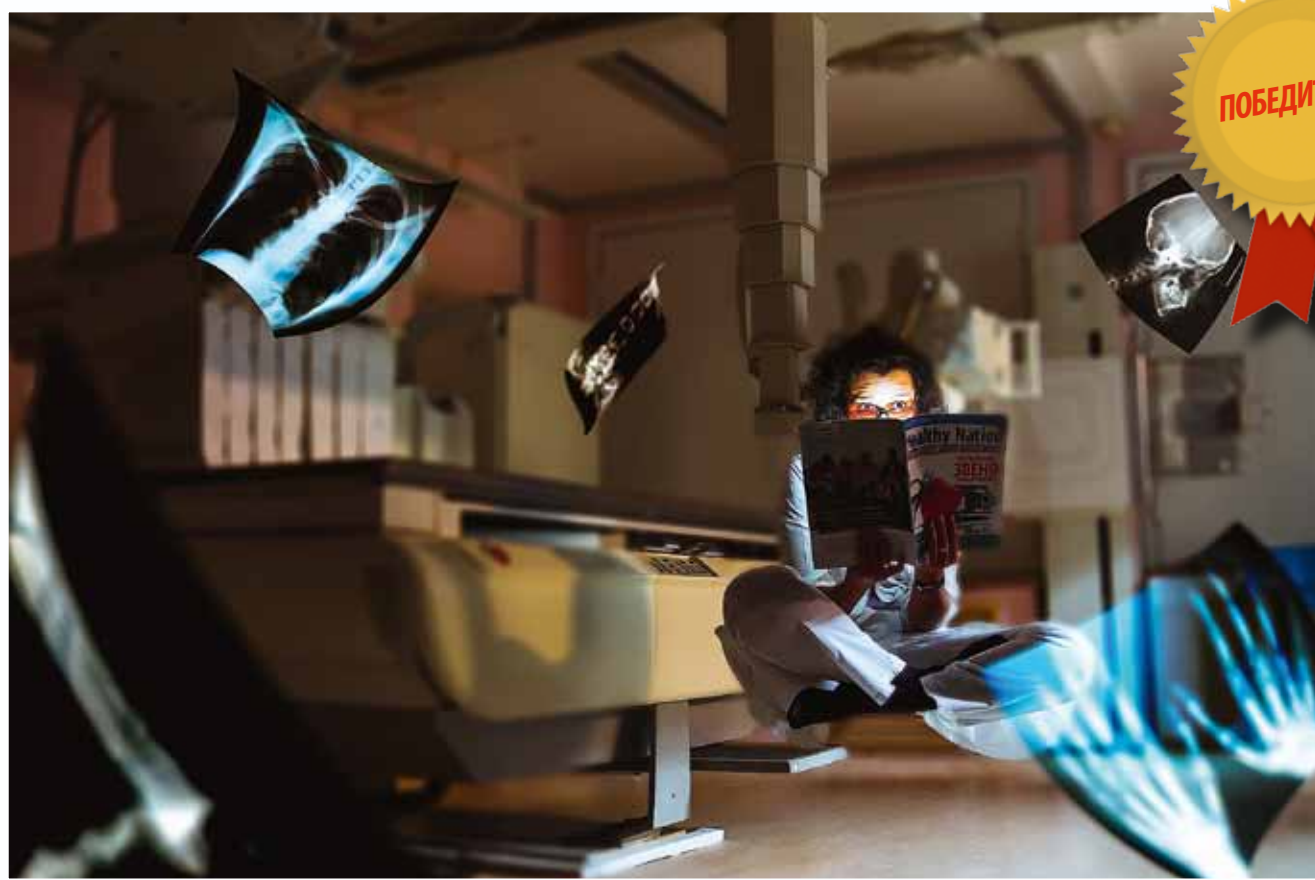
Дорогие друзья! Коллектив клиники «Глазная хирургия Расческов» и «Межрайонного центра глазной хирургии» поздравляет вас с трехлетием журнала!

Healthy Nation по праву занимает одно из значимых мест среди средств массовой информации республики. Вы всегда находите в ритме жизни нашей республики, всегда на острие событий, которые происходят в Татарстане, темы, которые вы поднимаете в своих номерах, — актуальны, четко отражают тенденции современной медицины.

Нам очень приятно работать с вами и, открывая очередной номер журнала, мы каждый раз находим для себя новые интересные публикации. Желаем всем сотрудникам редакции творческих успехов, вдохновения, оптимизма и, конечно, преданных читателей!

Читай креативно

16 октября на выставке «Индустрия здоровья» были подведены итоги фотоконкурса журнала Healthy Nation «Читай креативно». В этом году изданию исполняется 3 года, и редакция журнала решила отметить этот праздник вместе со своими читателями. Медицинским работникам были предложено принять участие в конкурсе, сделав фото в процессе чтения журнала в каком-нибудь неожиданном оригинальном ракурсе.





Присланные работы оценивало компетентное жюри: директор Диспетчерского центра МЗ РТ Ростислав Туишев, главный редактор журнала Healthy Nation Елена Степанова, арт-директор издания Игорь Тутаев, заместитель редактора Азат Яхъяев, профессиональные фотографы.

Призы зрительских симпатий – оригинальные фоторамки, дипломы получили ведущий специалист отдела защиты прав застрахованных граждан управления организации защиты прав застрахованных граждан ТФОМС РТ Эльвира Ханова и врач-педиатр оргметодотдела ДРКБ МЗ РТ Гульнара Фархутдинова.

Третье место заняла врач-клинический фармаколог РКБ МЗ РТ Эльвина Ганеева, ей были вручены диплом и USB-флеш-накопитель на 32 Гб. Диплом за второе место получил заместитель главного врача по медицинской части ГКБ №7 Андрей Анисимов. В съемке кадра, который он прислал на конкурс, участвовала хирургическая бригада больницы, поэтому помимо одного из главных призов – внешнего жесткого диска на 1 Тб - Андрею Юрьевичу был вручен торт, чтобы отметить победу со своим коллективом.

Наконец, первое место по единоголосному решению жюри было присуждено Юлии Шумейко, ведущей рентгенотделением МКДЦ. Ей был вручен диплом победителя и планшетный компьютер Samsung Galaxy Tab.

Журнал Healthy Nation благодарит всех участников конкурса, присланные фотоработы служат наглядными доказательствами того, что медицинские работники Татарстана являются не только специалистами в своей сфере, но и креативными людьми, умеющими нестандартно мыслить, находить оригинальные решения.



Издание благодарит Минздрав РТ, ведущие клиники Татарстана, РЦМП МЗ РТ, Образовательный центр ВМП, КГМА, телепрограмму «Здоровье»/ «Сэламэт булыгыз» за информационную поддержку.

Традиции качества и надежности



Результаты, с которыми в 2013 году компания POZIS встретила свой 115-летний юбилей, еще раз показывают, что лучшие традиции советского и российского производства успешно развиваются в новых технологических и экономических условиях.

За годы работы на рынке медицинское оборудование POZIS заработало репутацию надежной и функциональной техники, в частности, это касается серии — фармацевтических и лабораторных холодильников, холодильников для хранения крови, медицинских морозильников. Несомненно пользуются большим спросом и бактерицидные рециркуляторы воздуха POZIS серии Etra. Как отметил генеральный директор ЗАО «Компания Киль-Казань» (официального дилера POZIS) Сергей Сидоров, за 2013 год поставки продукции этой компании лечебным учреждениям Татарстана выросли более чем в 3 раза по сравнению с предыдущими годами. В своем ценовом сегменте у нее практически нет конкурентов. Аналогичное импортное оборудование в разы превосходит по стоимости медицинскую технику POZIS при тех же технических характеристиках.

При реализации программы модернизации медицинской техникой POZIS укомплектованы Городская клиническая больница № 7 г. Казани, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Закамская детская больница с перинатальным центром г. Набережные Челны, а также десятки центральных районных больниц и ряд других ЛПУ. Благодаря



широкой дилерской сети, охватывающей большинство регионов России, медицинская техника этой компании используется практически на всей территории РФ, а также и стран СНГ.

Этот успех определяется вниманием производителя к насущным потребностям здравоохранения. Так, когда в середине 2012 года была сформулирована задача по созданию нового компактного рециркулятора серии Bio для дезинфекции воздуха не только в ЛПУ, но и в квартирах, офисах и т.д., конструкторы завода оперативно разработали уникальный в своем роде прибор, в котором обеззара-

живание воздуха, также как и в рециркуляторах серии Etra, производится безопасным для здоровья человека методом и имеют регистрационные удостоверения Министерства здравоохранения РФ. Прибор оснащен комплектами сменных фильтров, электронным блоком управления с индикацией режимов работы, бесшумными вентиляторами и высокоэффективными бактерицидными лампами. Он компактней и дешевле предыдущих моделей, уже в начале 2013 года аппарат прошел клинические испытания и был запущен в серийное производство.

В соответствии с запросами отрасли здравоохранения компанией были разработаны перспективные модели медицинской техники, которые отвечают современным требованиям «холодовой цепи» и стандартам GMP (Good Manufacturing Practice, в переводе с английского означает «надлежащая производственная практика» — система норм, правил и указаний в отношении производства лекарственных средств, медицинских устройств, изделий диагностического назначения, продуктов питания). Фармацевтические холодильники POZIS позволяют хранить термолабильные лекарственные препараты в условиях строгого соблюдения допустимого диапазона температур, при этом обеспечивается необходимый мониторинг и контроль условий хранения. Лабораторные комби-

нированные холодильники, холодильники и морозильники для крови, ее продуктов, иммунобиологических препаратов и вакцин полностью соответствуют всем современным стандартам и нормативным документам.

Официальным дилером POZIS является компания «Киль», которая не только обеспечивает поставку оборудования, но помогает подобрать оптимальную комплектацию в зависимости от потребностей заказчика, осуществляет гарантийное и постгарантийное обслуживание, высокое качество и оперативность которого не зависят от удаленности региона.*



В шаговой доступности

Новый завод в Чистополе по производству продукции медицинского назначения обеспечит до 12% потребностей здравоохранения Татарстана.

Международная компания «Дельрус» стала первым резидентом индустриального парка «Чистополь», запустив завод по производству медицинских масок и шапочек, упаковке латексных перчаток и розливу дезинфицирующих растворов.

Премьер-министр РТ Ильдар Халиков на открытии завода отметил: «Особенно приятно, что первый резидент на данной промышленной площадке – медицинский, технологичный. Это для Татарстана очень важно. Компания не просто является лидером в стране, но и конкурирует с крупнейшими мировыми компаниями. Сегодня мы присутствуем при открытии только первой очереди, но у меня нет никаких сомнений, что будет и вторая, что проект будет реализован полностью».

«На сегодняшний день, – сообщил генеральный директор завода Камиль Назмеев, – медицинские перчатки, шапочки и маски в Татарстан поступают из Китая, дезрастворы привозят из других регионов России. С открытием нашего завода в Татарстане появилось собственное производство и вполне конкурентные цены. Пока завод работает в одну смену, но в перспективе планируется перейти на круглосуточный режим».

Площадь первого производственного помещения – 540 м², число работников – 27 человек, включая фасовщиков-упаковщиков, наладчиков оборудования, водителей и управленческий персонал.

По словам президента компании Юлая Магадеева, продукция нового завода будет распространяться в первую очередь среди

ЛПУ Татарстана. В перспективе же ставится задача продавать расходные медицинские материалы на всей территории России и в странах СНГ, где компания имеет 89 филиалов. К 2017 году на территории технопарка будет построено еще четыре цеха по производству медицинского оборудования. В целом инвестирование достигнет объема около 700 млн рублей. Город получит более 120 рабочих мест.

«Дельрус» представляет на российском рынке широкий ассортимент товаров медицинского назначения, который позволяет полностью укомплектовать лечебное учреждение практически любого профиля в кратчайшие сроки. Товарная линейка компании включает в себя свыше 20 000 наименований от более чем 200 поставщиков из 30 стран мира. Активно развивается сотрудничество в сфере частной медицины, среди партнеров: лаборатории «СитиЛаб», клиники репродуктивных технологий «Геном», амбулаторные диализные центры «Нефролайн» и др. Помимо нового завода в Чистополе у компании работают несколько собственных производств: в Краснодаре – инфузионных растворов, в Екатеринбурге – технологического оборудования для службы крови, в Дубне – пластиковых одноразовых изделий; в Казани – дезинфицирующих средств и жидкого мыла. Во многих крупных городах имеются сервисные центры компании, что облегчает обслуживание и эксплуатацию поставляемого оборудования.*



ТЕМА НОМЕРА:

ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ

ВАЛЕРИЙ КУБЫШКИН:

«СЕГОДНЯ УСПЕХИ В ХИРУРГИИ ОБУСЛОВЛЕННЫ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ТЕХНОЛОГИЧЕСКИМ ОБНОВЛЕНИЕМ, А ТАКЖЕ КОМПЕТЕНТНОСТЬЮ ВРАЧА»



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА-ХИРУРГА МИНЗДРАВА РФ,
ДИРЕКТОРА ФГБУ «ИНСТИТУТ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.В.ВИШНЕВСКОГО», АКАДЕМИКА РАМН,
ПРОФЕССОРА ВАЛЕРИЯ КУБЫШКИНА

- Валерий Алексеевич, каковы основные тенденции по заболеваемости хирургического профиля? Какие новые технологии появились в арсенале российских хирургов?

- В экстренной хирургии преобладают острые воспалительные заболевания, главным образом органов брюшной полости и мягких тканей, велика и доля травматических повреждений. На протяжении последних двух десятилетий среди основных причин экстренных оперативных вмешательств в России был острый аппендицит, за ним следовал острый холецистит. Сегодня на первое место выходит воспаление поджелудочной железы. В плановой хирургии доминируют сердечно-сосудистые заболевания и онкология.

Говоря о новых технологиях, нужно отметить, что в последние годы в российском здравоохранении произошли кардинальные перемены, связанные с масштабным переоснащением стационаров и поликлиник. В медучреждениях внедряется

компьютерная и магнитно-резонансная томография, высокоинформативные ультразвуковые методы диагностики, активно развивается эндоскопия, в арсенал врачей вошли новые методы электрохирургии. Среди интересных разработок в хирургии могу отметить также технологию физического разрушения опухолевой ткани сверхвысокими или сверхнизкими температурами, которая нашла применение и в нашем институте. Такого рода воздействие используется, когда опухоль по тем или иным причинам нельзя удалить традиционными хирургическими методами.

В наше время чисто мануально сделать какой-то рывок в хирургии практически невозможно, те методики, которыми сегодня используют врачи, были разработаны едва ли не в первой половине XX века. Да, высокая роль индивидуального искусства хирурга бесспорна. Одни хирурги могут выполнять операции более быстро, надежно и красиво,



чем другие, но принципиальных отличий нет. Прогресс в нашей профессии связан не столько с индивидуальным мануальным мастерством, сколько с появлением нового оборудования, аппаратов для шивания, современных шовных материалов и т. п. Сегодня успехи хирургии обусловлены преимущественно технологическим обновлением.

- В одном из своих интервью вы рассказывали о роботизированной хирургии, расскажите, пожалуйста, об этом направлении, какое развитие оно получило в России?

- Использование роботизированного хирургического комплекса позволяет существенно уменьшить время, необходимое для вмешательства. Благодаря широким возможностям манипулятора, который вращается вокруг своей оси на 360 градусов, удается сделать то, что в принципе невозможно сделать руками. Операция проводится под увеличением, у врача есть возможность более точно разделять ткани, что позволяет обеспечить малую травматичность и низкую кровопотерю.

Надо отметить, что роботизированный комплекс обычно используется для достаточно узкого круга оперативных вмешательств, в так называемой хирургии узких пространств, в полости малого таза. У мужчин — это предстательная железа, у женщин — внутренние половые органы.

Конечно, повсеместное использование подобных роботов нецелесообразно, поскольку стоимость данной техники достаточно высока. Вместе с тем, в ряде случаев ее применение оправдано, особенно с учетом низкой травматичности операций. Данную технологию можно рассматривать как следующий этап в лапароскопической хирургии, при котором нет непосредственного контакта между хирургом и больным.

Врач проводит манипуляции с пульта управления и может находиться на расстоянии — хоть в 10 метрах от больного, хоть в 10 тысячах километров. Изначально идеология этой разработки была направлена на возможность проведения операции, управления манипуляторами-инструментами в удаленном режиме от больного, например, на судах в дальнем плавании, подводных лодках, в космосе.

На сегодня в России таких роботов функционирует немногим более 10 (в том числе и в нашем институте). При этом в мире темпы освоения этой технологии возрастают, в Европе и США вместе взятых используется более 1000 роботизированных хирургических комплексов.

- Назовите основные точки развития хирургической службы России? Какие вопросы необходимо решить в ближайшей и более отдаленной перспективе?

- Одной из ключевых проблем российского здравоохранения является дефицит кадров. К сожалению, за последние годы привлекательность и престиж нашей специальности среди молодежи существенно снизились. Интересно, что эта тенденция отмечается не только в России, но и во всех высокоразвитых странах. Здесь за последние полтора десятилетия интерес к хирургии среди выпускников медицинских школ или вузов снизился в 2-3 раза. То есть это отнюдь не только российский феномен.

На мой взгляд, общество недостаточно хорошо понимает специфику нашей профессии, обсуждая только внешние ее проявления. Медицинский труд в целом и хирургический, в частности, сопоставим с работой шахтера по напряженности, психологической сложности и бытовым лишениям. Любой хирургический профиль: акушерство, травматология, урология, глазные болезни — это практически всегда ненормированный график работы, невозможность планировать выходные дни, личное



время, когда у тебя тяжелый прооперированный больной. Особенно в условиях районных больниц, где хирург, как правило, один. При любом остром состоянии, травме обращаются к нему, в любое время суток. Если же врач, независимо от причины, уклонится от исполнения своих обязанностей, это может закончиться печально для пациента, а хирург окажется под судебным преследованием.

Медиков не ругает только ленивый. Вместе с тем, из-за постоянных переработок, психологического напряжения у врачей происходит профессиональное «выгорание», что неизбежно сказывается на качестве медицинской помощи. Решение кадрового вопроса призвано снизить нагрузку на медиков, сегодня необходимо гуманизировать труд врачей. Исторически наш народ всегда стойко переносит все невзгоды, но когда и вознаграждение труда весьма скромное, хирург не может обеспечить запросы семьи, складывается несимпатичный жизненный пасьянс...

Нельзя не отметить положительные тенденции, в последние годы эти вопросы не остаются без внимания Минздрава и Правительства, растет зарплата, улучшаются условия труда. Вместе с тем, молодежь не хочет ждать, она ищет более подходящие для себя варианты уже сегодня. Подчеркну, что эта проблема актуальна и для других стран, даже американцы — известные трудоголики, готовы получать меньшую зарплату, но работать в более комфортных условиях.

Вторая актуальная проблема — совершенствование профессионального мастерства хирургов. В связи с появлением новых технологий требования к врачам растут. Большое внимание сегодня уделяется вопросам непрерывного медицинского образования, повышения качества медицинской помощи, разрабатываются и реализуются инновационные программы, включающие в себя не только регулярные теоретические курсы совершенствования, но и практические занятия.

Создаются центры симуляционного обучения, сегодня их в России порядка 70. Для обучения здесь используются манекены — устройства, позволяющие с высокой достоверностью симулировать реальные клинические ситуации в травматологии, моделировать критические состояния, связанные с сердечно-сосудистыми заболеваниями, легочной недостаточностью и пр. Хирург должен принять быстрое решение о тактике оперативного вмешательства, проявить свое мануальное мастерство, а результаты его работы оцениваются компьютерной программой. Манекены, кстати, весьма приближены к настоящим людям по своим проявлениям, например, симуляторы, предназначенные для детских хирургов, могут кричать, плакать.

Ни один врач не может столкнуться в своей жизни со всеми возможными клиническими ситуациями, особенно, если у него за плечами пока нет многолетнего опыта. Проигрывать конкретные случаи на компьютеризированных системах гораздо эффективнее, чем изучать их по учебнику. В медицине, как и в любом ремесле, испокон веков было принято учиться на собственных ошибках. В случае с манекенами цена ошибки нулевая. Поэтому это направление мне представляется очень перспективным.

- Подытоживая нашу беседу, что бы вы хотели пожелать нашим хирургам?

- Я благодарен судьбе, что посвятил свою жизнь медицине. Поэтому я глубоко уважаю своих коллег за их самоотверженный труд, хочу пожелать им здоровья, психологической устойчивости и, конечно, оптимизма. Уныние — один из смертных грехов, к тому же в последние годы в российском здравоохранении происходят позитивные перемены, которые уже сказываются на положении медицинских работников. Так что повод для оптимизма есть.

Все для эндохирургии

Производство, продажа, сервис

- Артроскопия
- Риноскопия
- Лапароскопия
- Гистерорезектоскопия
- Цистоскопия
- Электрохирургия
- Маммопластика



ELEPS — компания, стоявшая у истоков развития эндохирургии в России. На сегодняшний день мы являемся **ведущей российской компанией полного цикла**, осуществляющей производство всех элементов эндохирургического комплекса – приборов, эндоскопов и инструментов.

Мы успешно конкурируем с ведущими зарубежными производителями медицинской техники не только на российском рынке, но и за рубежом, предоставляя потребителю **лучшее соотношение цены и функционального содержания** нашего оборудования.

Уникальная программа сервисной поддержки **«Гарантия бесперебойной работы»** с предоставлением подменного оборудования позволяет не прерывать работу лечебных учреждений на время технического обслуживания и ремонта.

Наличие одного из самых больших инженерно-конструкторских подразделений позволяет успешно реализовывать инновационные разработки на стыке **информационных, инженерных и организационных решений в области регионального здравоохранения** — аппаратно-программные интернет-системы консультационной поддержки врачей на местах с использованием диагностических комплектов **ELEPS**.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ТАТАРСТАНА: ОТ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ – К ПЕРЕСАДКАМ ОРГАНОВ!



ИНТЕРВЬЮ ЗАМЕСТИТЕЛЯ ГЛАВНОГО ВРАЧА ГАУЗ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №7» Г. КАЗАНИ,
ГЛАВНОГО ВНЕШТАТНОГО СПЕЦИАЛИСТА ХИРУРГА МИНЗДРАВА РТ,
ПРОФЕССОРА, Д.М.Н. АНДРЕЯ АНИСИМОВА.

- Какие патологические состояния чаще всего являются причинами для оперативных вмешательств в Татарстане?

- Основным поводом для оперативных вмешательств в общехирургических стационарах Республики Татарстан, как в городах, так и в сельской местности, является острая хирургическая патология, которая включает в себя острые воспалительные заболевания и травмы органов грудной, брюшной полостей и сосудов. Несмотря на то что острые хирургические заболевания имеют многофакторную этиологию, в общей структуре экстренной хирургической патологии преобладают больные с острыми заболеваниями органов брюшной полости. С ними связан основной объем оперативных вмешательств, которые выполняются по экстренным показаниям. Анализ динамики структуры причин смерти по основным семи экстренным хирургическим нозологическим формам «острого живота» за последние пять лет свидетельствует о том, что наибольший

удельный вес в структуре причин смерти в последние годы принадлежит острой непроходимости кишечника, желудочно-кишечным кровотечениям и острому панкреатиту. Пожалуй, на сегодня эти нозологические формы являются наиболее значимыми для республиканской неотложной хирургической службы. В этом аспекте мне бы хотелось обратиться к руководителям и сотрудникам кафедр хирургического профиля наших медицинских вузов с просьбой уделять особое внимание повышению квалификации хирургов в вопросах диагностики, лечения и выбора хирургической тактики именно при этих заболеваниях.

- Какие виды хирургических вмешательств сегодня проводятся в нашей республике?

- Сегодня в Татарстане выполняются практически все виды операций, которые освоены в России. Прежде всего, это



общехирургические вмешательства при острых хирургических заболеваниях и травмах органов грудной и брюшной полостей, опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы, челюстно-лицевой области, сосудов. Они относятся к переднему краю оказания хирургической помощи. Такие операции выполняются в общехирургических отделениях центральных районных больниц.

Одновременно в Татарстане активно развивается и высокотехнологическая хирургическая помощь. В этом аспекте хочется отметить, что 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 и качества жизни пациентов. 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 большинства 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 было уделено укреплению материально-технической базы и реконструкции лечебно-профилактических учреждений, в том числе и хирургического профиля. 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 2012 году в рамках государственного задания высокотехнологичную хирургическую помощь получили 24 768 пациентов. Это и кардиохирургические операции, начиная с малоинвазивных, таких как стентирование, баллонная ангиопластика, и, заканчивая операциями с использованием аппаратов искусственного кровообращения, такими как аортокоронарное шунтирование, различные варианты реконструктивных операций при пороках сердца. Это и нейрохирургические вмешательства при нетравматических кровоизлияниях, аневризмах и мальформациях сосудов головного мозга, при нейроонкологической патологии. Большой шаг вперед сделала в Татарстане и хирургическая ангиология. У нас выполняются как открытые протезирования крупных сосудов, так и малоинвазивные вмешательства — установки стент-графтов через небольшие проколы в сосудах и проч. Широко тиражируются вмешательства с использованием эндовидеолапаро- и торакоскопических методик и др.

Объемы оказанной высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе хирургического профиля, ежегодно увеличиваются. Если в 2006 году в Татарстане ее получили 9246 человек, то в 2013 году планируется достичь показателя в 25 тысяч. Пока результаты не подведены, но, думаю, мы перекроем эту цифру.

Ну и, конечно же, я не могу не сказать о таком важном и перспективном разделе хирургии как трансплантация органов. За последние два года республика вошла в число регионов, в которых это направление активно развивается. В 2012 году у нас было



выполнено 22 трансплантации почки. Начиная с 2011 года у нас проведены 3 успешные пересадки печени и 3 — сердца.

В настоящее время по поручению президента РТ готовится республиканская целевая программа по развитию трансплантологии. Мы должны решить очень амбициозную задачу: перейти от разовых эксклюзивных пересадок органов к регулярному выполнению этих операций. Так, в год планируется выполнять до 8 трансплантаций печени и 8 — сердца. Одновременно планируется развивать такое направление хирургической трансплантологии как пересадка поджелудочной железы. Одной из важных задач республиканской программы станет развитие органного донорства. Без него невозможно говорить о нормальном существовании и развитии трансплантологии. Предусмотрены мероприятия, направленные на формирование положительного общественного мнения к этой проблеме. К сожалению, в последнее время были случаи, когда в желтой прессе муссировалась недостоверная информация, негативно влияющая на отношение людей к органному донорству. В рамках республиканской программы планируется освещение положительных сторон органного донорства и трансплантологии в целом в СМИ с привлечением представителей различных религиозных конфессий и общественных организаций.

Предусмотрено и развитие донорских баз с дополнительным материально-техническим оснащением этих клиник. На сегодня действующими центрами трансплантации в Татарстане можно считать два учреждения — это Республиканская клиническая больница МЗ РТ, где проводятся пересадки почки и печени, и Межрегиональный клинико-диагностический центр, в котором осуществляют трансплантации сердца.

- Какие основные приоритеты развития хирургической службы Татарстана вы хотели бы выделить?

- Стратегия развития хирургической службы, как и системы здравоохранения республики в целом, направлена на рациональное использование имеющихся ресурсов, для того чтобы охватить население самыми современными видами хирургической помощи. В этой связи хотелось бы обратить внимание на то, что развитие высокотехнологичной хирургии неизбежно ведет к необходимости создания

инфраструктуры, оптимизирующей эффективность работы дорогостоящих хирургических центров. Сегодня в рамках региональной программы развития здравоохранения в Республике Татарстан реализуется логистика трехуровневой системы оказания хирургической помощи в соответствии с порядками. По аналогии с созданной в 2009–2011 годах сетью травмацентров централизация ресурсов хирургической службы подразумевает их ревизию и перегруппировку в интересах максимального удовлетворения запросов больных.

Пациент хирургического профиля должен поступать в хирургический центр, где ему будет оказан полный объем необходимой хирургической помощи. Причем важно оперативно доставить больного не столько в ближайшее учреждение, 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 травмацентрами – в 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.

Формирование второго уровня системы оказания хирургической помощи – межмуниципальных центров - необходимо для решения стратегической задачи своевременного оказания экстренной специализированной хирургической помощи при жизнеугрожающих состояниях, которые определяют структуру смертности населения. В стационарах второго уровня, площадкой для организации которых должны стать межмуниципальные сосудистые центры с высокотехнологичным медицинским оборудованием, современными компьютерными томографами и квалифицированными кадрами, целесообразно сосредоточить основной объем стационарной хирургической помощи.

Лечение наиболее сложных 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 помощь с применением современного диагностического оборудования и всего спектра реанимационного пособия.

Такой трехуровневый подход обеспечивает доступность всех видов хирургической помощи, независимо от уровня её сложности, в установленные сроки каждому гражданину, проживающему в республике.

Главный итог — положительная демографическая ситуация, которая достигнута за счет повышения рождаемости и снижения смертности от управляемых причин. Свой вклад в эту положительную тенденцию внесла и хирургическая служба Татарстана. В течение последних шести лет летальность на хирургической койке неуклонно снижается.

Неотъемлемой и наиболее важной частью ресурсного обеспечения процесса оказания экстренной хирургической помощи являются кадры врачей-хирургов. По состоянию на 1 января 2013 года во взрослых хирургических стационарах Республики работало 460 хирургов. Таким образом, обеспеченность врачами хирургами составила 1,44 на 10 тысяч постоянного взрослого населения. При этом, если укомплектованность занятыми должностями составила 97,8%, то укомплектованность физическими лицами — всего лишь 63,8%. Другими словами, кадровый дефицит стал одним из самых серьезных вызовов для хирургической службы в последние годы.

Причин такой ситуации несколько. Это и низкая приверженность профессии хирурга выпускников медицинского университета. Во многом это связано с тем, что престиж хирургической специальности, особенно ее неотложной составляющей, в последние годы падает. Приток молодых кадров в хирургию снизился. В основном «костяк» неотложной хирургической службы в районах — это специалисты старших возрастов. А ведь еще на памяти нашего поколения времена, когда профессия хирурга была самой престижной в медицине.

С моей точки зрения, пути решения находятся в плоскости повышения эффективности персональной работы с теми, кто уже учится, увеличения доли целевой подготовки в интернатуре и ординатуре, активизации работы главных врачей ЛПУ совместно с главами муниципалитетов по предоставлению дополнительных гарантий, в т. ч. по выделению жилья, дальнейшей реализации программы «Земский доктор», а также разработанной поправки в Трудовой кодекс, разрешающей сельским врачам дежурства на дому.

Дальнейшее развитие хирургической службы невозможно представить и без информатизации здравоохранения. Сегодня врач-хирург из отдаленной ЦРБ в режиме онлайн может связаться со специалистами ведущих клиник Татарстана, таких как РКБ МЗ РТ, МКДЦ, БСМП г. Набережные Челны, ГКБ №7 г. Казани. Безусловно, необходимо дальше развивать телемедицину и тиражировать этот опыт. Хочется верить, что в наступающем 2014 году произойдет окончательное внедрение компьютерных рабочих мест врачей-хирургов с возможностями дистанционного непрерывного образования, телеконсультаций с коллегами, помощи в принятии решений, а также уменьшением объема бумажного документооборота.

- На ваш взгляд, в чем секрет успешной хирургической практики?

- Я всегда говорю о том, что в основе успеха хирурга лежит работа его команды. Операция — это изнуряющий тяжелый труд всей бригады, начиная с санитарок и заканчивая врачом. Если хотя бы одно из звеньев этой цепочки даст слабину, хороших результатов не будет, каким бы квалифицированным не был оперирующий специалист. В хирургии нашей республики трудится огромная армия средних медицинских работников и младшего медицинского персонала. Без их добросовестного отношения к своему делу были невозможны те достижения в здравоохранении, которыми сегодня гордится Татарстан!

ПОЖЕЛАНИЯ

Подходит к концу 2013 год — такой важный и непростой для здравоохранения республики. Было реализовано немало начинаний, направленных на спасение жизни людей. Хирургическая служба республики выполнила большой объем работы в решении задачи по снижению смертности населения.

Наша основная миссия — возвращение здоровья людям, возможности к осуществлению трудовой деятельности, улучшение качества их жизни. Желаю всем сотрудникам республиканской хирургической службы крепких нервов, благодарных пациентов, чтобы все проблемы решались быстро и эффективно!

ПАНКРЕАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ



ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ СРЕДНИЙ ВОЗРАСТ ПЕРВИЧНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА СНИЗИЛСЯ ДО 35 ЛЕТ, А ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДАННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВЫРОСЛО БОЛЕЕ ЧЕМ В 4 РАЗА. ОБ ЭТОЙ И ДРУГИХ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ — В ИНТЕРВЬЮ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №1 КГМУ, ПРОФЕССОРА, ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РФ, РТ, Д. М. Н. ДМИТРИЯ КРАСИЛЬНИКОВА.

- Одним из последних новшеств Республиканской клинической больницы МЗ РТ стали открытые операции при грыжах живота с использованием современных сетчатых трансплантатов. В чем преимущества данной методики? Какие перспективы широкого применения она имеет?

- Данная методика была успешно продемонстрирована на состоявшемся в РКБ 19 декабря мастер-классе, посвященном современным проблемам герниологии. В нем приняли участие хирурги из Санкт-Петербурга во главе с профессором Валерием Викторовичем Стрелецким, хирурги РКБ и представители компании Bard, которые не только помогали в проведении, но и предоставили многокомпонентные

сетчатые имплантаты для выполнения оперативных вмешательств. Несмотря на кажущуюся простоту этого раздела хирургии, проблема остается до конца не решенной. Это объясняется как поздним обращением больных за хирургической помощью, так и материальной стороной, связанной с выполнением оперативных вмешательств. Для хирургов Республики Татарстан трудностей в проведении подобных операций нет, так как большинство специалистов имеет хорошую подготовку. Затруднения возникают с приобретением применяемых во время операций качественных сетчатых имплантатов.

На мастер-классе я выполнял оперативное вмешательство пациенту с большой послеоперационной вентральной грыжей. Ушить дефект в брюшной стенке этому больному



без использования сетчатого имплантата не представлялось возможным. Нами была произведена ненатяжная пластика передней брюшной стенки с использованием двухслойной сетки Bard размерами 27x35 см.

Преимущества этих методов оперативных пособий заключаются в их малой травматичности, косметическом эффекте, быстром восстановлении трудоспособности, значительном сокращении пребывания больных в стационаре. Так, больные с пупочными грыжами, которым операции выполнялись как видеолaparоскопическим, так и традиционным способом, с использованием имплантатов, были выписаны домой на следующий день после операции.

- Как специалист по панкреатобилиарной хирургии, какие в этой сфере вы видите тенденции - обнадеживающие или тревожные? Какие появились новые методы, технологии?

- Ранняя диагностика и своевременное лечение больных с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны являются одними из самых сложных и нерешенных вопросов современной хирургии. Тяжесть проблемы обусловлена тем, что в последние десятилетия средний возраст первичного выявления хронического панкреатита снизился до 35 лет, а число пациентов, страдающих данным заболеванием, выросло более чем в 4 раза. Необходимость хирургического вмешательства возникает у 30-50% больных. Кроме того, оперативные вмешательства, выполняемые на

внепеченочных желчных протоках у больных с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка, стриктурами протоков различного генеза, являются широко распространенными в абдоминальной хирургии. В связи с выбором неадекватного варианта операции, нарушений в технике ее выполнения почти у 35% пациентов развиваются послеоперационные осложнения, приводящие к высокой летальности.

В разрезе хирургического лечения данной патологии наибольшую тревогу вызывают три фактора:

1. высокий рост заболеваемости,
2. ошибки в диагностике,
3. ошибки в выборе оптимального варианта вмешательства.

Для устранения неблагоприятных факторов влияния на результаты лечения в настоящее время имеется множество возможностей: широкое внедрение эндоскопических ультразвуковых исследований, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, чрескожных контрастных исследований, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, малоинвазивных вмешательств, стентирования протоков, использование современных гепатопротекторов в комплексном лечении больных. Нами разработаны и внедрены в клиническую практику новые методы оперативных вмешательств у больных хроническим



панкреатитом, которые нашли свое применение и за рубежом. Для успешного решения задач, стоящих перед специалистами при лечении данной категории больных, определяющее значение имеет наличие в клинике качественного эндоскопического оборудования, расходного материала.

- Сейчас разрабатывается республиканская программа по трансплантологии. Какие вопросы должны быть решены, чтобы это направление успешно развивалось?

- Рассуждать о важности данной проблемы вряд ли есть какая-то необходимость. Достаточно сказать, что более 2500 больных с циррозом печени в Республике Татарстан состоят на диспансерном учете в медицинских учреждениях. Ежегодно выявляются более 350 больных с первично установленным диагнозом. Только в 2011 году в Республиканской клинической больнице находились на лечении 166 больных с циррозом печени различной этиологии, из них: 12 пациентов скончалось (7,2%), в 2012 году из 158 больных умерли 8(5,1%), а в 2013 году из 154 скончалось 13(8,4%).

Безусловно, исходя из этой печальной статистики, следует надлежащим образом развивать в РКБ трансплантацию печени, поджелудочной железы, тонкой кишки. В нашей клинике уже произведены три трансплантации донорской печени. Все операции выполнялись при поддержке специалистов-трансплантологов из других городов России. Для дальнейшей самостоятельной успешной работы в этом направлении, по моему глубокому убеждению, необходимо создание в РКБ отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии, где бы концентрировались силы и средства для работы с больными при заболеваниях органов данной локализации, в том числе и по трансплантации. Если посмотреть на карту Российской Федерации, то от Калининграда до Владивостока в каждом крупном городе имеются или центры хирургической гепатологии, или отделения.

Кроме того, важна подготовка кадров в специализированных учреждениях, оснащение необходимым оборудованием, инструментарием, расходными материалами: эндоскопами для латексного лигирования и эмболизации при варикозном расширенных вен пищевода, УЗИ и многое другое. Только при таких условиях возможно успешно решать все задачи.

- Каковы общие проблемы хирургии в Татарстане? Что необходимо сделать, чтобы эта область медицины была представлена у нас на высоком уровне?

- Хирургическая служба в Республике Татарстан находится в боеспособном состоянии, на достаточно высоком уровне. Внедряются новые диагностические технологии, передовые методы хирургического лечения.

Роиц ДЖОРДЖИКИА,
главный специалист сердечно-сосудистой хирург, врач Межрегионального клинко-диагностического центра, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 КГМУ, профессор, д.м.н.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАРДИОХИРУРГИИ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАНИМАЮТ ВЕДУЩЕЕ МЕСТО СРЕДИ ПРИЧИН ВРЕМЕННОЙ ИЛИ ПОСТОЯННОЙ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ИНВАЛИДИЗАЦИИ, А СРЕДИ ВСЕХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ОНИ СОСТАВЛЯЮТ 55-56 %. В СВЯЗИ С ЭТИМ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЮТ ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА, СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ПРОВЕДЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ. СРЕДИ ПОСЛЕДНИХ ВАЖНАЯ РОЛЬ ПРИНАДЛЕЖИТ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ.

На современном этапе сердечно-сосудистая хирургия основывается на высокоточных методах диагностики патологического процесса, интраоперационном применении достижений техники, электроники, биоинженерии, анестезиологии и реаниматологии, трансфузиологии, фармакологии, реабилитации и др. Разрабатываются и неуклонно внедряются малотравматичные и вместе с тем высокоэффективные методы, позволяющие лечить тяжелых, пожилых, ранее неоперабельных больных, имеющих подчас сочетанные заболевания сердечно-сосудистой системы (например, ИБС, порок сердца, атеросклеротическое поражение брахиоцефальных и периферических сосудов).

Наиболее распространенным заболеванием системы кровообращения является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Доля ИБС и его осложнений в структуре смертности составляет 52,8 %. В лечении этого заболевания на современном этапе

применяются эндоваскулярные и хирургические методы лечения. Эндоваскулярные методы малотравматичны и используются в лечении одно-двухсосудистых поражений коронарного русла при наличии анатомических условий. Они незаменимы при лечении острого коронарного синдрома, когда при сужении (или закрытии) коронарного русла возникают острые боли за грудиной и может развиваться фатальный острый инфаркт миокарда (ОИМ). Экстренная коронарография с последующей ангиопластикой и стентированием может предупредить развитие ОИМ или уменьшить зону поражения.

В перспективе ведутся разработки по усовершенствованию диагностической техники (рентгеноангиографические установки, интракоронарный ультразвук и т. д.), разрабатываются стенты с лекарственными покрытиями для предупреждения тромбообразования, эндоваскулярное закрытие дефектов межжелудочковой перегородки (ДМЖП), полости аневризм



сердца и др. В настоящее время рентгенэндоваскулярное лечение больных ИБС в России применяется в 2 раза чаще, чем открытые операции. В Германии это соотношение составляет 4-5 : 1.

Открытые операции (аортокоронарное шунтирование в различных вариантах) используются при многососудистом поражении коронарного русла или при наличии осложнений (аневризма левого желудочка, ДМЖП, митральная недостаточность и др.). В зависимости от обширности поражения, состояния больных используются методы лечения на работающем сердце, операции с искусственным кровообращением (ИК) — на остановленном сердце, вмешательства с использованием малотравматичных доступов и т. д. В качестве шунтов предпочтение отдается артериальным сосудам в силу их долговечности. В настоящее время летальность после таких операций не превышает 1,5-2 %.

В арсенале хирургического лечения приобретенных пороков сердца - протезирование клапанов механическими или биологическими протезами, реконструктивные операции с сохранением собственных клапанов, выполняемые в условиях ИК из традиционного или мининвазивного доступа. В последнее десятилетие разрабатываются и внедряются эндоваскулярные методы имплантации клапанов как через бедренные сосуды, так и через верхушку сердца в условиях гибридной операционной. Так называемая гибридная хирургия предусматривает одновременное применение нескольких подходов (например, открытого хирургического и эндоваскулярного) для достижения оптимального эффекта лечения с минимальной травмой. Широкое развитие во всем мире получает эндоваскулярная имплантация аортального клапана без ИК. Разрабатывается и уже имеется первый опыт коррекции митральной недостаточности с помощью транскапального проведения нео chord или микроклипирования на работающем сердце.

Успехи хирургического лечения врожденных пороков сердца тесно связаны с их ранней диагностикой. Широкое распространение получает перинатальное ультразвуковое исследование, которое позволяет выявить врожденные аномалии и при необходимости ставить вопрос о хирургическом лечении сразу после родоразрешения. Современные возможности анестезиологии и реанимации, ИК, хирургической коррекции позволяют выполнить сложные реконструктивные операции у новорожденных, недоношенных (с малым весом) детей.

Большое распространение получают хирургические методы лечения нарушений ритма сердца. При блокадах используются кардиостимуляторы, которые максимально адаптируются к физиологическим условиям. При жизнеугрожающих аритмиях, сопровождающихся фибрилляцией желудочков, имплантируются кардиовертеры-дефибрилляторы, которые самостоятельно осуществляют разряд и предупреждают развитие остановки сердца. В ряде случаев хронической сердечной недостаточности с успехом используется ресинхронизирующая терапия. Большая группа кардиологических больных страдает фибрилляцией предсердий, которая нарушает трудоспособность и чревата развитием тромбэмболических осложнений. В настоящее время разработаны и применяются различные виды эндоваскулярного или открытого методов изоляции легочных вен, предсердий с помощью радиочастотного воздействия на структуры сердца. В последнее время более перспективным считается применение криовоздействия.

Несмотря на достижения в области медикаментозного и хирургического лечения кардиологических больных существует довольно большая группа пациентов, которым эти методы лечения не помогают и развивается прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность. Для этой группы с успехом используется трансплантация сердца (ТС). Первая успешная ТС от человека к больному была выполнена в 1967



году Кристианом Бернаром (ЮАР), в СССР — в 1987 году Валерием Шумаковым. В настоящее время в мире ежегодно выполняется не более 5 тысяч пересадок сердца, что связано, прежде всего, с ограниченным числом донорских сердец. Альтернативой пересадке в настоящее время являются различные имплантируемые устройства («искусственное сердце»), которые частично или полностью заменяют функцию этого органа. Они применяются и для подготовки к трансплантации («мост к трансплантации»). В настоящее время ведутся поиски новых нетоксичных, высокоэффективных препаратов по совершенствованию иммуносупрессивной терапии для предупреждения реакций отторжения и, соответственно, увеличения отдаленной выживаемости пациентов с трансплантированными сердцами (в настоящее время пятилетняя выживаемость составляет 80 %). С другой стороны, разрабатываются и совершенствуются имплантируемые устройства, которые могли бы на длительное время взять на себя функцию по полноценной замене сердца (современные устройства могут поддержать или заменить его не более 1-4 лет).

Аневризмы различных отделов аорты встречаются с частотой 15-20 на 1 млн населения. Однако такое осложнение как острое расслоение в большинстве случаев является фатальным. Поэтому большое значение придается ранней диагностике и хирургическому лечению. В последние годы наряду с традиционным методом — протезированием аорты - все шире внедряются эндоваскулярные технологии: стентирование различных отделов аорты покрытыми или непокрытыми стент-графтами. Эти технологии могут применяться и при расслоении аорты и, что очень важно, у тяжелых, пожилых больных, для которых открытые травматичные операции представляют крайне высокий риск.

В настоящее время в Республике Татарстан функционируют три хорошо оснащенных кардиохирургических центра (МКДЦ, БСМП г. Набережные Челны, МСЧ ОАО «Татнефть» г. Альметьевска), где выполняются практически все распространенные



операции. За последние 5 лет число оперативных вмешательств на сердце выросло более чем в 2 раза. По обеспечению кардиохирургическими операциями на 1 млн населения Республика Татарстан занимает одно из лидирующих мест в России. Тем не менее, наши показатели вдвое уступают обеспеченности передовых европейских стран.

Работа по дальнейшему развитию кардиохирургии в республике продолжается. Начаты операции по трансплантации сердца, транскапальной имплантации аортального клапана. В ближайшие месяцы планируется имплантация «искусственного сердца».



Владимир ПОТАНИН,
заведующий 1 торакальным отделением РКОД
МЗ РТ, профессор, д.м.н.

ТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕГКОГО

В 1992 ГОДУ LEWIS R.G., SACCAVALE R.J. ВПЕРВЫЕ ОПУБЛИКОВАЛИ МАТЕРИАЛ О 100 ВИДЕОСОПРОВОЖДАЕМЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. В 1993-М НАША КЛИНИКА ОДНОЙ ИЗ ПЕРВЫХ В РОССИИ ОСВОИЛА И ВНЕДРИЛА ТОРАКОСКОПИЮ. ЕСЛИ В ПЕРВЫЙ ГОД БЫЛО ВЫПОЛНЕНО 44 ТАКИХ ОПЕРАЦИЙ (15% ИЗ ВСЕХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ), ТО УЖЕ В 2011-М ИХ КОЛИЧЕСТВО СОСТАВИЛО 255 (42%).

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Торакальная хирургия является одним из наиболее сложных разделов медицины. Большинство операций на легких и органах грудной клетки были детально разработаны и внедрены в прошлом столетии, и в настоящее время интерес врача направлен не на изобретение новых видов хирургических вмешательств, а на совершенствование имеющихся методик путем уменьшения травматизма, снижения количества осложнений, получение лучшего косметического эффекта. В этой связи вопрос хирургического доступа имеет принципиальное значение.

Со времени зарождения торакальной хирургии и на протяжении многих десятилетий стандартная боковая торакотомия являлась наиболее распространенным доступом для выполнения операций на органах грудной клетки. Преимущества ее очевидны – этот доступ позволяет выполнить все необходимые оперативные приемы при резекциях легкого, удалении новообразований средостения, вмешательствах на магистральных сосудах, сердце, пищеводе и т. д. Основным недостатком стандартной боковой торакотомии является высокая травматичность, сопровождающаяся выраженным болевым синдромом, требующим применения наркотических анальгетиков.

Эндоскопическая хирургия — метод оперативного лечения заболеваний, когда радикальные вмешательства выполняют без широкого рассечения покровов, через точечные проколы тканей или естественные физиологические отверстия.

Преимущества эндоскопической хирургии перед традиционной могут быть сформулированы следующим образом:

- Снижение травматичности операции. Объем рассекаемых тканей, величина кровопотери и боли после операции существенно меньше. Многие достоинства этой технологии напрямую связаны с малой травмой.

- Снижение частоты и тяжести осложнений. Меньше инфицируется операционное пространство. Не происходит охлаждения и высушивания серозной поверхности внутренних органов, что уменьшает вероятность образования спаек.

- Снижение длительности нахождения в стационаре после операции. За счет быстрого восстановления жизненных функций продолжительность госпитального периода меньше в 2-5 раз. Сроки утраты трудоспособности и возвращения к обычному образу жизни короче в 3-4 раза.

- Снижение стоимости лечения. Хотя специальное оборудование для эндохирurgicalических вмешательств повышает стоимость операции, лечение в целом дешевле на 20-25% за счет уменьшения госпитального периода, расхода медикаментов и быстрой реабилитации пациента.

- Косметический эффект, что чрезвычайно важно, особенно для женской части населения.

- Снижение потребности в лекарственных препаратах, что желательно не только с точки зрения экономии, но и профилактики. Малоинвазивное лечение — это минимум используемых препаратов с их побочным и токсическим воздействиями.

Преимущества малоинвазивной технологии наиболее ярко проявляются там, где травма при создании доступа соизмерима или превалирует над травматичностью самой полостной операции. По мере усложнения операции, при необходимости рассечения обширных слоев тканей и формирования анастомозов, преимущества эндохирurgicalии теряются.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Основным видом анестезии при торакоскопических операциях является общее обезболивание с искусственной вентиляцией легких. Раздельная интубация бронхов с выключением из дыхания легкого на стороне поражения обеспечивает пространство, достаточное для проведения вмешательства. Ставшееся, неподвижное легкое создает условия для выполнения манипуляций как на самом легком, так и на других органах грудной полости.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Торакоскопия — один из наиболее информативных инвазивных методов диагностики заболеваний органов плевральной полости. Малая травматичность и хорошая переносимость процедуры в сочетании с большими диагностическими возможностями делают торакоскопию операцией выбора для прицельной биопсии плевры, лимфатических узлов и опухолей средостения, ткани легкого. Обязательный результат диагностической торакоскопии — получение адекватного гистологического или цитологического материала и заключения о характере патологического процесса.

Показания к выполнению диагностической торакоскопии:

1. Экссудативный плеврит неясной этиологии
2. Рак легкого
3. Медиастинальная лимфаденопатия
4. Лимфомы с поражением лимфатических узлов средостения
5. Метастатическое поражение легких без выявленного первичного очага

Оперативная торакоскопия:

1. Операции при первичном раке легкого
2. Операции при периферических опухолях легкого и солитарных метастазах
3. Оперативное лечение опухолей и кист средостения
4. Оперативное лечение опухолей висцеральной и париетальной плевры



Евгений СИГАЛ,
заведующий 2 торакальным отделением РКОД МЗ РТ, профессор, д.м.н.
Михаил БУРМИСТРОВ,
заместитель директора филиала ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН по научной
работе, врач-онколог отделения хирургии пищевода РКОД МЗ РТ, профессор, д.м.н.

ХИРУРГИЯ ПИЩЕВОДА: НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ РАЗВИТИЯ

ИСТОРИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА РКОД МЗ РТ НАСЧИТЫВАЕТ УЖЕ 25 ЛЕТ.
И ЭТО НЕ ТОЛЬКО ИСТОРИЯ ОТДЕЛЕНИЯ И КЛИНИКИ, А ЦЕЛАЯ ЭПОХА В РАЗВИТИИ ОДНОГО ИЗ САМЫХ
СЛОЖНЕЙШИХ РАЗДЕЛОВ В ОНКОХИРУРГИИ.

Необходимость создания специализированного отделения, которое смогло бы аккумулировать в одном месте пациентов не только со злокачественными новообразованиями, но и с доброкачественной патологией, было очевидно. Неуклонный рост заболеваемости раком пищевода, отсутствие четких стандартов в анестезиологическом и реанимационном пособиях, «омоложение» данной патологии, отсутствие наработанных приемов оперативного лечения рака пищевода — вот те немногие, но и наиболее значимые причины, которые побудили заведующего кафедрой онкологии и хирургии ГИДУВа профессора М.З. Сигала в 1988 году из отделения торакальной хирургии выделить самостоятельное подразделение, занимающееся лечением злокачественных опухолей пищевода.

Первым и бессменным до настоящего времени руководителем вновь созданного отделения стал Евгений Сигал, прошедший стажировку, заочную аспирантуру и успешно защитивший кандидатскую диссертацию по хирургии пищевода под руководством академика А.Ф. Черноусова на базе блистательной школы ВНЦХ академика Б.В. Петровского, признанного в СССР лидером в лечении больных с различной патологией пищевода.

Уже с первых лет работы коллектива молодого отделения стало ясно, что обойтись только операциями на пищеводе не удастся. Сотрудникам приходилось совершенствовать навыки в хирургии легких и органов средостения, желудка, толстого и тонкого кишечника, так как порою необходимо было удалять не только саму опухоль пищевода, но и выполнять комбинированные операции с резекцией легкого, перикарда, адвентиции аорты и т. д. А знания в анатомии и хирургии желудка, толстого и тонкого кишечника являлись просто необходимыми, ибо реконструктивный этап после удаления пораженного пищевода подразумевал одномоментную пластику из стебля желудка, толстой и тонкой кишок. Это стало оперативным кредо отделения — выполнение одномоментных операций, а не разделение вмешательства на многоэтапные периоды, которые очень мучительны для пациента и создают объективные технические сложности хирургу.

В процессе функционирования отделения были разработаны оригинальные методики хирургического лечения рака пищевода, пищеводно-желудочного перехода и желудка. Отработаны приемы анестезиологического пособия при операциях на пищеводе, создана целая реанимационная служба, отвечающая всем необходимым стандартам выживания этой крайне тяжелой категории больных. Все это с годами привело практически к решению проблемы оперативного лечения злокачественных опухолей в Республике Татарстан.

Шло время и перед сотрудниками отделения встала новая проблема — диагностика и лечение доброкачественной предраковой патологии пищевода, к которой в первую очередь относились грыжи пищевода, ахалазия кардии, ожоговая стриктура пищевода, дивертикулы и доброкачественные опухоли пищевода.

Все эти заболевания считаются общепризнанными предраковыми неоплазиями, и их своевременному выявлению и лечению было уделено особое внимание.

Прорыв в лечении доброкачественной патологии пищевода ознаменовался в 1996 году, когда в стенах отделения впервые в Республике Татарстан была выполнена лапароскопическая антирефлюксная операция больному грыжей пищевода отверстия диафрагмы. С этого момента открывается новая страница в работе отделения — малоинвазивная хирургия доброкачественных заболеваний пищевода. Все последующие годы последовательно выполняются видеолaparоскопические и видеоторакоскопические операции при грыжах пищевода отверстия диафрагмы, ахалазии кардии, дивертикулов и доброкачественных опухолей пищевода. И все это впервые не только в Татарстане, но и во всем Поволжье. С этого момента на базе отделения лечится подавляющее большинство больных с доброкачественной патологией пищевода города Казани и всей республики.

На сегодняшний день сотрудники отделения хирургии являются признанными лидерами в масштабах Российской Федерации по количеству и качеству операций, выполняемых на пищеводе и кардиоэзофагеальной области по поводу рака. А опыт отделения в эндохирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ахалазии кардии и пищевода Барретта (облигатный предрак пищевода) является передовым в нашей стране и сопоставим с таковым только крупнейших центров Европы, занимающимися эндохирургией в данной области.

В составе сотрудников отделения работают два доктора медицинских наук, профессора и четыре кандидата медицинских наук. И это уже само собой говорит о высоком научном статусе отделения, которое уже по праву выросло в ранг межрегионального центра хирургии пищевода, поскольку в клинике проходят лечение пациенты не только из Татарстана, но и из самых отдаленных областей России и СНГ.

Будущая эволюция отделения видится в развитии малоинвазивных технологий в лечении рака пищевода. И в этом направлении уже сделаны первые шаги. С 2008 года выполнена серия эндохирургических операций по поводу рака пищевода с хорошими и обнадеживающими результатами.

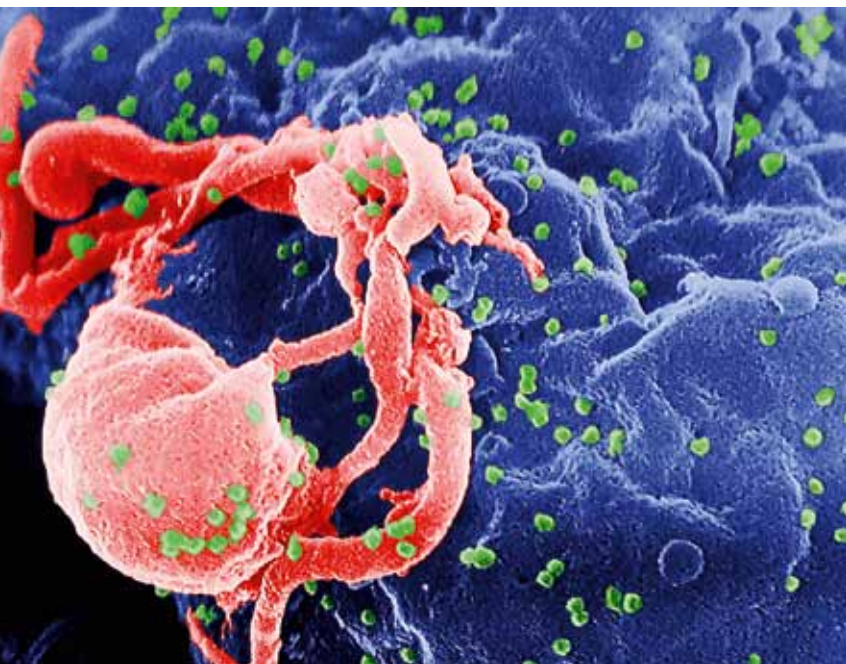
Кроме того, ранняя диагностика и своевременного лечения доброкачественных заболеваний пищевода, как основы профилактического подхода в лечении рака, является концептуальным подходом для сотрудников отделения. Все хирурги, работающие в отделении хирургии пищевода, ведут активную научную, педагогическую работу, многократно ежегодно участвуют в научных форумах и мастер-классах в нашей республике и Российской Федерации. В своей повседневной работе врачи отделения отдают все силы, знания и душевные силы ради излечения своих пациентов, за что и пользуются заслуженным авторитетом среди коллег, любовью и признанием больных.



Ринат ХАМИДУЛЛИН,
заведующий отделением опухолей
головы и шеи РКВД МЗ РТ, к.м.н.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ В СТРУКТУРЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСТАВЛЯЮТ ОКОЛО 20% И ЕЖЕГОДНО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ 33 ТЫСЯЧИ ПЕРВИЧНЫХ БОЛЬНЫХ. ПРИ ЭТОМ ПО ОТДЕЛЬНЫМ НОЗОЛОГИЯМ ТЕНДЕНЦИИ РАЗНОНАПРАВЛЕННЫЕ.



В течение 10 лет, с 2001 по 2011 гг. отмечено увеличение количества заболевших раком гортани на 25%, щитовидной железы — на 20-25%. Снижение заболеваемости раком передних отделов слизистой полости рта – губы сопровождается ростом количества больных раком ротоглотки. Одной из причин происходящих изменений являются новые канцерогенные факторы, приходящие на смену классическим, таким как табакокурение и употребление алкоголя - это вирусы папилломы и Эпштейн-Барра. При этом нельзя не отметить роль диспансеризации и профилактических осмотров в ранней диагностике злокачественных новообразований (ЗНО) головы и шеи, особенно рака щитовидной железы. Ежегодно в Татарстане выявляется более 2000 больных с ЗНО головы и шеи, что составляет 15% всех впервые выявленных пациентов. Из них больных раком полости рта – 259, гортани – 135, щитовидной железы — 162, ЗНО кожи и мягких тканей — более 1200.

Специализированную помощь больным с новообразованиями головы и шеи оказывают отделение опухолей головы и шеи и ЛОР-отделение РКВД МЗ РТ. Диагностика и лечение основаны на мультидисциплинарном подходе, который заключается в привлечении специалистов различного профиля (хирургов-онкологов, радиологов, химиотерапевтов и врачей смежных специальностей) на каждом из этапов оказания медицинской помощи. Доля пациентов, получивших комбинированное и комплексное лечение, достигло 92%.

Говоря о показателях работы профильных хирургических отделений диспансера, отмечу, что за 10 лет количество прооперированных больных увеличилось в 1,5 раза и достигло 1500 в год при послеоперационной летальности 0,2-0,5%. Выживание пациентов с новообразованиями головы и шеи требует специальной подготовки персонала, и подобных показателей удалось достичь благодаря слаженной работе высококвалифицированного коллектива — не только врачей, но и среднего и младшего медицинского состава.

При этом сложность хирургических вмешательств увеличивается с каждым годом. Освоены и выполняются расширенные комбинированные операции при раке слизистой полости рта, гортани, щитовидной железы, кожи и мягких тканей с реконструкцией удаленных фрагментов и дефектов тканей. По показаниям выполняем и органосохраняющие операции при раке гортани и щитовидной железы. Для голосовой реабилитации пациентов, перенесших ларингэктомию, внедрена методика установки больным голосовосоздающего протеза типа Provox.

В отделении проводится не только лечебная, но и большая научная работа. За последние два года сотрудниками защищены 1 докторская и 1 кандидатская диссертации. В перспективе мы планируем развитие отделения в следующих направлениях:

1. Внедрение в работу реконструктивно-пластических операций с использованием реваскуляризованных сложных лоскутов при новообразованиях слизистой полости рта, челюстно-лицевой области.
2. Развитие эндоларингеальной хирургии с использованием высокочастотной вентиляции, лазерной хирургии и фотодинамической терапии при ранних формах ЗНО гортани и доброкачественных опухолях.
3. Широкое применение радиойодтерапии при раке щитовидной железы с целью раннего выявления рецидивов и лечения метастазов.
4. Внедрение операций при новообразованиях с распространением на основание черепа совместно с нейрохирургами.



Олег ДРУЖКОВ,
заведующий маммологическим отделением
РКОД МЗ РТ, к.м.н.

ЛИДЕР ПО ОНКОЛОГИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ — НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЖЕНЩИН.
В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВО ВСЕМ МИРЕ.



Для успешного лечения этого заболевания весьма актуальным является его ранняя диагностика. С этой целью в средствах массовой информации Татарстана широко проводится санитарно-просветительская работа среди населения по раннему выявлению рака молочной железы. С 2009 года в республике запущен пилотный проект маммографического скрининга, согласно которому каждая женщина в возрасте от 40 до 55 лет один раз в два года должна проходить обследование. Благодаря этим мероприятиям в последние годы удалось снизить число запущенных видов рака молочной железы при первичном обращении.

Рак молочной железы — одно из немногих онкологических заболеваний, при лечении которого эффективны все известные в настоящее время методы специфического воздействия на злокачественную опухоль: хирургическое лечение, лучевая, лекарственная терапия, включающая в себя химиотерапию, эндокринотерапию, таргетную терапию.

В хирургическом лечении рака в последние годы все чаще выполняют органосохраняющие операции, при которых удаляется только опухоль с окружающими тканями, сама же молочная железа сохраняется. Наряду с выполняющимися классическими органосохраняющими операциями в РКОД МЗ РТ несколько лет назад была разработана и внедрена в клиническую практику подкожная радикальная резекция молочной железы.

В тех случаях, когда органосохраняющая операция невозможна, по желанию пациенток мы широко применяем реконструктивно-пластические операции как с помощью собственных мягких тканей пациенток, так и с помощью силиконовых эндопротезов. Реконструкция

молочной железы может быть выполнена как одновременно с ее удалением, так и спустя некоторое время. В РКОД МЗ РТ разработана и внедрена в клиническую практику маммопластика через аксиллярный доступ с видеоассистенцией.

Лучевая терапия применяется как после органосохраняющих операций, так и при местнораспространенном раке молочной железы. После подкожных радикальных резекций лучевая терапия проводится с бустированием, т. е. после облучения всей молочной железы в дозе 45 Гр на ложе опухоли добавляется еще 20 Гр, что в значительной степени уменьшает риск местного рецидивирования.

Что же касается лекарственной терапии — в последние годы у нас появляются новые химиотерапевтические, эндокринные и таргетные препараты, внедряются все более эффективные схемы лекарственной терапии. РКОД МЗ РТ участвует в многочисленных международных исследованиях, касающихся лекарственной терапии этого заболевания.

В последние годы в Казани были проведены три международных конференции по диагностике и лечению рака молочной железы. На базе РКОД МЗ РТ регулярно проводятся циклы по маммологии и мастер-классы по реконструктивно-пластической и эстетической хирургии молочной железы.

Несмотря на рост заболеваемости раком молочной железы в Республике Татарстан, все вышеприведенные мероприятия позволили стабилизировать и даже снизить смертность от этого заболевания.



ТАТХИМФАРМПРЕПАРАТЫ

кетгут

1



полигликолид

2



капрон
плетеный

3



шелк
хирургический
стерильный

4



лавсан
крученный

5



нити поли-
эфирные с
полимерным
покрытием
(фторэст - с)

6



мононить поли-
капроамидная

7



мононить поли-
пропиленовая

8



лавсан
плетеный

9



ТВОРИ
ЖИЗНЬ
НИТЯМИ
ЗДОРОВЬЯ

ОАО «Татхимфармпрепараты»
г.Казань, ул.Беломорская, д. 260
тел./843/ 526-97-22, 526-97-24
факс /843/ 526-97-31
www.tatpharm.ru

Все виды нитей
комплекуются
атравматическими
иглами

16+


СОЧИ

**18-21
ИЮНЯ**

2014



**НАУЧНО–ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
«ЗДОРОВЬЕ РОССИИ. СОЧИ–2014»**

XV международная специализированная ВЫСТАВКА



**МЕДИЦИНА
СЕГОДНЯ И ЗАВТРА**



КОНФЕРЕНЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА пройдут пленарные, секционные заседания, круглые столы для практикующих врачей различных специальностей

Информационные партнеры:

 **Медицина**

 **СОСЮДИ**

 **ФАРОС+**

 **МОСКОВСКИЕ
Anmeku**

 **РАЗНЫЕ
ВРАЧИ**


СОЧИЭКСПО

Выставочная компания «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г.Сочи»
Тел. (862) 264-75-55, 264-87-00, доб. 105, 8-918-201-70-80
E-mail: m.pisarenko@sochi-expo.ru, berdmari@yandex.ru, www.sochi-expo.ru



Дистанционный мониторинг как инструмент снижения смертности

Одно из крупнейших в мире клинических исследований продемонстрировало значительное снижение уровня смертности, сроков госпитализации и финансовых расходов благодаря инновационным решениям Philips в области телемедицины.

При поддержке компании Philips в городе Андовер (штат Массачусетс, США) было проведено широкомасштабное исследование, посвященное эффективности применения технологий телемедицины в отделении интенсивной терапии. В результате было установлено, что использование системы дистанционного мониторинга Philips eICU значительно повышает качество медицинской помощи при снижении экономических расходов.

Исследование, результаты которого были опубликованы в журнале CHEST Journal, проводилось в течение пяти лет при участии 120 тысяч пациентов 56 отделений реанимации в 32 больницах, входящих в состав 19 крупных медицинских комплексов. Участники были разделены на две группы: одни

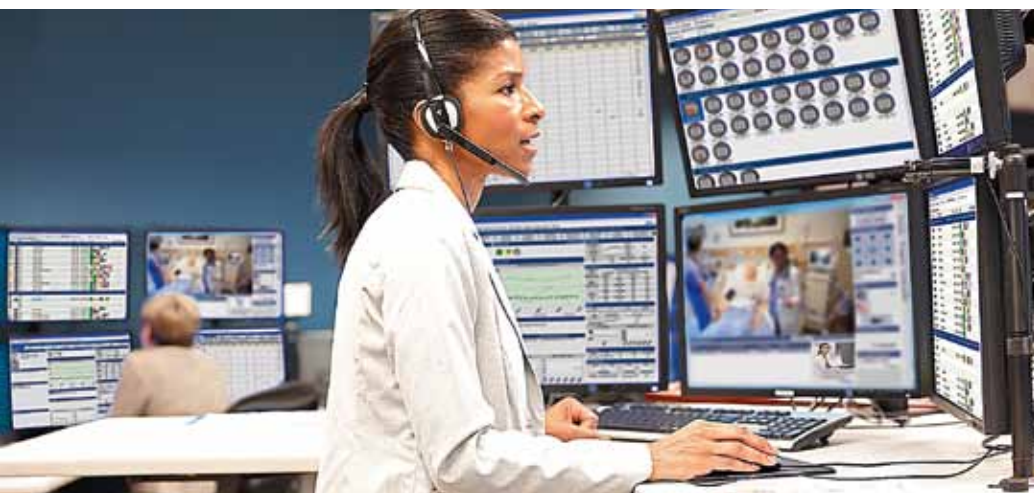
получали традиционное лечение, другие – с использованием программы дистанционного мониторинга eICU, разработанной Philips. Анализ доказал, что система eICU значительно снижает уровень смертности и период пребывания как в отделении реанимации, так и в стационаре. На основании результатов исследования специалисты пришли к заключению, что данная программа:

- на 26% снижает уровень смертности в условиях реанимации;
- на 20% сокращает период пребывания в отделении интенсивной терапии;
- на 16% увеличивает выживаемость в стационаре и шансы на выписку;
- на 15% сокращает период госпитализации.

Специалисты отмечают, что полученные результаты важны для всего медицинского сообщества, поскольку только в США расходы на интенсивную терапию ежегодно составляют порядка 80-100 млрд долларов.

«В рамках первого широкомасштабного исследования в области телемедицины было доказано, что использование системы дистанционного мониторинга пациентов Philips напрямую влияет не только на улучшение результатов лечения, но и на сокращение затрат благодаря уменьшению сроков пребывания в отделении реанимации и стационаре, – прокомментировал д. м. н. Крейг М. Лилли, профессор медицины, анестезиологии и хирургии медицинской школы Университета штата Массачусетс. – Эти результаты демонстрируют, что решения в области телемедицины открывают колоссальные возможности в лечении, а также в обеспечении высококачественной и экономически эффективной медицинской помощи».

Система eICU позволяет реаниматологам единого мониторингового центра осуществлять круглосуточное наблюдение за пациентами реанимации. Она объединяет технологии двусторонней аудио- и видео связи, средства по



сбору и анализу данных на всех этапах лечения, уникальную систему поддержки принятия клинических решений, инструменты отчетности в режиме реального времени, возможность доступа к истории клинических показаний и методы адресной настройки процессов.

В рамках исследования медицинские учреждения использовали технологии eICU и программные сервисы из портфолио Philips в области телемедицины для стационарного и амбулаторного лечения. Программа Philips eICU позволяет реаниматологам и медсестрам, которые могут находиться в сотнях километров от клиники, получать информацию о состоянии пациентов в режиме реального времени и не допустить развития осложне-

ний. Исследования доказывают, что своевременные меры способствуют снижению уровня смертности и сокращению продолжительности пребывания пациента в реанимации.

Медицинские центры, отличившиеся в успешной организации работы персонала, применении последних технологий и отлаженности рабочих процессов, продемонстрировали наибольшее снижение смертности пациентов и сроков госпитализации. Так, исследование выявило следующие моменты, присущие наиболее успешным телемедицинским программам в области реаниматологии:

- доступ реаниматолога к удаленному мониторингу пациента и плану экстренной помощи в течение первого часа после поступле-

ния больного в реанимацию;

- постоянная оценка реаниматологами данных, предоставляемых системой телемедицинского мониторинга в условиях отделения интенсивной терапии;

- оперативное реагирование на автоматические предупреждения и тревожные сигналы системы мониторинга об ухудшении состояния пациента;

- точное выполнение предписаний по оказанию медицинской экстренной помощи при поддержке команды специалистов по телемедицине в условиях реанимации;

- регулярные обходы силами многопрофильных медицинских бригад;

- эффективная работа комитета клиники по реаниматологии.

«На сегодняшний день бюджет здравоохранения США составляет 2,8 трлн долларов, 56% из которых уходит на медицинский персонал, и в сочетании с текущей нехваткой врачей многие больницы не в состоянии предложить услуги реаниматолога 24 часа в сутки, семь дней в неделю», – отметил Брайан Розенфельд, вице-президент и медицинский директор по телемедицине Philips «Здравоохранение». – Это исследование является еще одним доказательством того, что медицинские учреждения, использующие инновационные технологии в области телемедицины, демонстрируют лучшие показатели производительности и результаты лечения на фоне сокращения расходов».*



Медицину - на профилактические «рельсы»

первые итоги диспансеризации

Одним из наиболее масштабных проектов российского здравоохранения, стартовавших в 2013 году, стала программа массовой диспансеризации. Первые результаты заставляют задуматься – более 40% россиян имеют хронические заболевания.

По данным Минздрава РФ, на конец ноября 2013 года диспансеризацию в России прошли 15,7 млн взрослых и 10,4 млн детей. Программы комплексного медицинского обследования были дифференцированы в зависимости от возраста и пола. Периодичность – один раз в три года, первая диспансеризация гражданина проводится в 21 год, последующие – через каждые три года. Проведение комплексного обследования населения осуществляется бесплатно за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий.

Первый этап диспансеризации направлен на раннее выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний, прежде всего болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, сахарного диабета,

хронических болезней легких, а также основных факторов риска их развития. При необходимости проводится второй этап – дополнительное обследование и уточнение диагноза, консультирование и осмотр специалистами.

По результатам на ноябрь 2013 года лишь треть россиян признаны действительно здоровыми, более 40% имеют хронические заболевания. Среди впервые выявленных неинфекционных заболеваний 62% случаев – это артериальная гипертония, 19% – ишемическая болезнь сердца, 7% – подозрения на злокачественные новообразования, 7% – сахарный диабет. В рамках комплексного обследования проводились анкетирование и исследования, направленные на выявление факторов риска, таких как как повышенный уровень артериального давления, дислипидемия, избыточная масса тела и ожирение, низкая физическая активность, повышенный уровень глюкозы в крови, нерациональное питание, курение табака, потребление алкоголя. Результаты неутешительны – почти каждый четвертый россиянин имеет высокий риск развития тяжелых сердечно-сосудистых осложнений. С другой стороны, как говорится, предупрежден – значит вооружен, в данном случае речь идет о коррекции выявленных факторов риска, а при наличии показаний назначается курс медикаментозного лечения.

В Республике Татарстан в проведении диспансеризации взрослого населения участвовало 84 медицинских организации, в сельских районах было сформировано 112 мобильных медицинских бригад. На 20 декабря осмотрено 422393 человека, в 2014 году эта работа будет активно продолжена.

ЦИФРЫ

**В 2014 ГОДУ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ ДОЛЖНЫ
БУДУТ ПРОЙТИ ГРАЖДАНЕ,
КОТОРЫМ ИСПОЛНИЛОСЬ:**

22 года, 25 лет, 28 лет,
31 год, 34 года, 37 лет,
40 лет, 43 года, 46 лет, 49 лет,
52 года, 55 лет, 58 лет,
61 год, 64 года, 67 лет,
70 лет, 73 года, 76 лет, 79 лет,
82 года, 85 лет и т. д.

В удаленном режиме: мониторинг физиологических показателей



Современные аппараты, в которых сочетаются последние медицинские и IT-технологии, предоставляют врачам принципиально новые возможности. В частности, благодаря такому инструменту как удаленный мониторинг медицинские работники могут получать информацию о здоровье человека дистанционно, используя мобильные гаджеты и интернет.



Целью удаленного мониторинга является повышение доступности медицинского обслуживания и улучшение качества лечения заболеваний. Плюсы для пациентов: уменьшение количества посещений медучреждений, снижение частоты и продолжительности госпитализаций, что позволяет сократить и время на поездки, и сопутствующие расходы. Особенно это важно для пожилых, людей с ограниченными возможностями и для сельских жителей.

Плюсы для специалистов: удаленный мониторинг позволяет более оперативно получать информацию – данные с мобильных устройств, попадая к врачу, помогают оценить состояние человека и принять своевременное решение по тактике его лечения; обеспечивается лучший контроль соблюдения режима лечения пациентами, у медицинских работников появляется больше возможностей для эффективной разъяснительной работы.

Настоящим пионером в области внедрения современных IT-технологий в медицину является японская компания A&D Company, Ltd. (российское подразделение – ООО «Эй энд Ди Рус» – далее A&D), разработавшая совместно с Группой компаний «Центр» программную платформу

и мобильные диагностические комплексы (МДК) для сбора показателей функциональной диагностики с различных приборов, предварительного анализа результатов обследования, а также интеграции с единой медицинской картой пациента, которая в ближайшее время будет внедрена на всей территории Российской Федерации. A&D одной из первых сертифицировала в России приборы с беспроводной передачей данных по Bluetooth и с русифицированным программным обеспечением – тонометр UA-911BT и весы UC-911BT (в ближайшее время начнется производство тонометров и весов с передачей данных через GSM-канал). Наряду с этими аппаратами в мобильный диагностический комплекс входят 12-канальный электрокардиограф, пульсоксиметр, глюкометр и уриноанализатор. Таким образом, МДК является переносным и функциональным инструментом для проведения скрининговых исследований как в городских амбулаториях, так и в небольших поселениях на

базе фельдшерско-акушерских пунктов. Функционал аппаратов A&D и МДК производства ГК «Центр» позволяют обеспечить хранение, табличный и графический анализ данных, предварительную постановку диагноза, назначение терапии, оперируя информацией, хранящейся на удаленном сервере, в так называемом облачном хранилище. Доступ к «облаку» врач, пациент или его родственники могут получить из любой точки мира, где есть интернет. В случае, если человеку нужно срочно вспомнить о своих последних показателях, посмотреть историю и поделиться ею с врачом для получения консультации, он сможет это легко сделать, используя свой мобильный телефон либо планшет. Информация о конкретном измерении или полный отчет по всем записям может быть отправлен с помощью электронной почты или смс-сообщения.

Специалист имеет кодированный доступ к данным с использованием шифрования, что позволяет обеспечить соблюдение конфиденциальности персональной информации. При недопустимом отклонении от индивидуальной нормы автоматически производится экстренное оповещение врача.

Использование удаленного мониторинга позволяет раньше выписать пациента из стационара, более точно подобрать лечение, осуществлять удаленный контроль, к примеру, в поездках. Также возможно использование для проведения профилактических осмотров на предприятиях, в отдаленных поселениях, вахтовых поселках и т. д. Современные IT-технологии, реализованные в медицинских аппаратах A&D, увеличивают диагностические возможности участковых больниц, амбулаторий, центров здоровья, фельдшерско-акушерских пунктов, что, в конечном счете, позволяет сделать качественную медицинскую помощь более доступной.*

АПРОБИРОВАНО

«Удаленный мониторинг физиологических параметров человека» – система автоматизации скрининговых исследований. МДК – часть этой системы, позволяющая проводить обследования с целью диагностики ряда заболеваний на доклинической стадии. Аprobация удаленного мониторинга проходила на базе МУЗ «Городская поликлиника №18» г. Казань и ГАУЗ «Высокогорская центральная районная больница». При прохождении диагностических процедур в обычном порядке комплексное обследование занимает несколько часов, по результатам использования системы было показано, что скорость проведения диспансеризации населения возросла в несколько раз. При этом трудозатраты врачей сократились минимум в два раза, т. к. на первичный прием в поликлинику поступает пациент с готовыми данными нескольких ключевых параметров инструментальной диагностики.



Цифровая рентген-диагностика

современные технологии для российского здравоохранения

В 2013 году был начат выпуск рентген-диагностических аппаратов «РЕНМЕДПРОМ». Старту производства предшествовала большая работа по подготовке научно-технической базы, первоначально был проведен анализ потребностей российского здравоохранения, с учетом которого затем и была разработана линейка оборудования, сочетающая в себе передовые европейские и отечественные технологии.

Основная задача компании – создание инновационных продуктов и решений, направленных на повышение качества и доступности высокотехнологичной медицинской помощи. Постоянные инвестиции в развитие производства и штат высококлассных специалистов обеспечивают создание конкурентоспособных разработок мирового уровня. На сегодняшний день компания выпускает только цифровую технику, включающую в себя рентгенографические и рентген-хирургические аппараты, универсальные рентген-диагностические комплексы, мобильные палатные аппараты, маммографы.

«ОМЕГА»: ТЕЛЕУПРАВЛЯЕМЫЙ РЕНТГЕН

При оснащении клиник рентген-диагностическими комплексами общего на-

значения все более популярным решением становятся аппараты на основе телеуправляемых столов-штативов, которые позволяют проводить все виды рентгенологических исследований в условиях поликлиники или стационара любого уровня при достаточно малой занимаемой площади.

Телеуправляемый рентген-диагностический комплекс «Омега» – это три рабочих места, которые могут разместиться в кабинете шириной 4,5 метра при повороте стола на $\pm 90^\circ$. Функционально он является флюорографом, ангиографом, рентгеновским аппаратом для нужд неотложной помощи (травматология).

Наиболее важным преимуществом комплекса «Омега» для рентгенографии легких является обеспечение максимально возмож-

ного расстояния от источника рентгеновских лучей при минимальном – между пациентом и детектором, реализованного благодаря особой системе отвода деки стола от детектора. Как результат – информативные снимки, с абсолютной геометрической четкостью и реальными размерами органов.

Комплекс позволяет проводить цифровую рентгенографию с каталки, обследование осуществляется в кратчайшие сроки, что особенно важно при неотложных состояниях. За одно исследование можно выполнить снимки «с головы до пят», что существенно упрощает диагностику при множественных травмах, заболеваниях неясного генеза. Комплекс «Омега» позволяет проводить рентгенографию в боковой проекции – ранее эта функция была недоступна на телеуправляемых столах.

«ГАММА» – ДЛЯ РУТИННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Цифровая рентген-диагностическая установка «Гамма» предназначена, в первую очередь, для использования в рентгеновских отделениях ЛПУ с большим потоком пациентов и стандартизированным протоколом обследований. Различные варианты исполнения позволяют полностью удовлетворять потребности общей радиологии (универсальная установка на три рабочих места с отдельными штативами), травматологии и ортопедии (рентгенографическая установка), проводить исследования

грудной полости (цифровой флюорограф).

Последовательность рутинных операций практически полностью автоматизирована. Перед снимком данные пациента вводятся вручную на консоли управления или загружаются из центральной базы данных клиники. С этой же консоли рентген-лаборант переводит моторизованные детектор и штатив рентгеновской трубки в рабочее положение. Излучение, включаемое с панели управления, считывается детектором в течение нескольких секунд и преобразуется в формат DICOM 3.0 для передачи на рабочую станцию, в архив диагностических данных и т. д.



Установка

отвечает всем требованиям, предъявляемым к оборудованию современного отделения лучевой диагностики:

- интегрируется в Радиологическую информационную систему RIS, систему передачи и архивации изображений RACS, совместима с DICOM;
- благодаря работе DR-комплексов обеспечивается высокая производительность, а значит, повышается пропускная способность;
- использование динамического плоскочувствительного детектора позволяет снизить лучевую нагрузку;
- обеспечивается высокое качество изображения, визуализация мелких объектов и анатомических структур с детализацией и контрастным расширением, недоступным для CR-систем и ПЗС-матриц.

«ДЕЛЬТА»: МАНЕВРЕННОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ

Цифровая мобильная установка «Дельта» – незаменимый вариант для станций скорой помощи, отделений травматологии, операционных, палат интенсивной терапии – везде, где бывает необходимо провести диагностику в оперативном режиме. Это компактный и маневренный аппарат, в котором нашли применение все последние достижения в области цифровой регистрации рентгеновских изображений, позволяющий провести исследование в любой точке лечебного учреждения, будь то поликлиника или стационар.

Преимущества установки «Дельта»:

- наличие полноформатного плоскочувствительного приемника позволяет выполнять рентгенографические исследования высокого разрешения и получать высококачественное цифровое изображение на экране монитора сразу после экспозиции;

- возможность обработки, хранения, передачи, печати данных;
- дисплей с сенсорным экраном высокого разрешения, позволяющий управлять параметрами экспозиции, просматривать полученное изображение, выполнять предварительные

горизонтальном положении. Это универсальное решение позволяет выполнять весь спектр диагностических задач, стоящих перед маммографическим отделением, в одном кабинете.

Преимущества использования установки «Омикрон»:

настройки и регулировки (яркость, контрастность, масштаб и т. д.), публиковать данные по протоколу DICOM.

«СИГМА» - МОБИЛЬНАЯ С-ДУГА

«Сигма» – операционная передвижная установка, предназначенная для проведения рентгеноскопических и рентгенографических исследований и осуществления интервенционных процедур под рентгеновским контролем. Является универсальной и успешно применяется в различных областях медицины: травматологии, ортопедии, кардиохирургии, урологии и т. д.

Глубина дуги позволяет проводить практически все виды радиологических исследований, при этом перемещения ее моторизованные, чем гарантируется простота позиционирования и быстрое проведение процедуры.

Большой сенсорный экран управления служит не только для визуализации элементов управления – на него также можно выводить полученное изображение. Функция трехмерной изоцентрики позволяет удерживать в центре монитора «область интереса», причем независимо от движения дуги в различных проекциях. В процессе динамической съемки система автоматической стабилизации устанавливает и поддерживает оптимальное сочетание уровня яркости и контраста. Результаты исследований, проведенных с помощью установки «Сигма», можно интегрировать в больничную сеть HIS или RIS.

«ОМИКРОН»: УНИВЕРСАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ДЛЯ МАММОЛОГИИ

Цифровая рентген-диагностическая маммографическая установка «Омикрон» сочетает в себе функции маммографа и специализированного рабочего места для биопсии в

- благодаря наклонному позиционированию захват железы увеличивается в среднем на 2 см;
- оператор и обследуемый стоят лицом к лицу, что позволяет проводить процедуру более аккуратно и повышает психологический комфорт пациента;
- полностью автоматический режим работы;
- увеличение прозрачности плотных молочных желез;
- подсветка микрокальцинов;
- вертикальная и горизонтальная биопсия на одном и том же маммографе; дистанционный пульт для перемещений с шагом в 0,1 мм.;
- томосинтез.

15-летний опыт работы компании в области поставок, ввода в эксплуатацию и технического обслуживания рентген-диагностического оборудования позволил создать команду высококвалифицированных специалистов. Персонал сервисного центра «РЕНМЕДПРОМ» постоянно проходит специальное обучение и повышение квалификации, в том числе и на заводах ведущих европейских производителей, которые являются партнерами компании. Специалисты обеспечены современными контрольно-измерительными приборами и оборудованием, на складе компании постоянно хранятся все необходимые комплектующие, что позволяет при необходимости в кратчайшие сроки выполнить восстановление работоспособности комплексов во время их эксплуатации в ЛПУ. Сервисная поддержка осуществляется в течение всего срока службы оборудования, в гарантийный и постгарантийный периоды, в том числе и информационная и техническая помощь, модернизация, включая программное обеспечение. Для того чтобы обеспечить максимально высокое качество технического обслуживания по всей России, компания выстроила партнерские отношения с 42 региональными предприятиями медтехники.*

Актуально о пульмонологии

Возвращение штамма «свиного гриппа» А/Н1N1, практические аспекты применения вакцины против пневмококковой инфекции и ряд других актуальных вопросов респираторной медицины были обсуждены на XXIII Национальном конгрессе по болезням органов дыхания.



**Александр
ЧУЧАЛИН**



**Александр
ВИЗЕЛЬ**



**Михаил
КОСТИНОВ**

В работе форума приняло участие около двух тысяч врачей со всей России, стран ближнего и дальнего зарубежья. «Радует внимание, которое врачи из регионов уделяют проводящимся здесь школам, - сказал директор ФГБУ «НИИ пульмонологии ФМБА РФ», главный внештатный специалист-терапевт Минздрава РФ, академик РАМН Александр Чучалин. - Конгресс построен на междисциплинарной основе, в нем принимают участие пульмонологи, детские врачи, фтизиатры, рентгенологи, торакальные хирурги».

Одной из наиболее злободневных тем для обсуждения стал обзор ситуации по гриппу. «Мы находимся в преддверии подъема респираторных вирусных заболеваний, - отметил главный терапевт МЗ РФ. - На

симпозиуме представлены последние данные исследования одного отечественного препарата, который действует на рецепторы интерферона. Он обладает универсальными антивирусными свойствами. Я не хочу делать этому препарату рекламу, но у меня есть заинтересованность в нем, поскольку я - один из его авторов. Его активность против высокопатогенных штаммов гриппа подтверждена исследованиями в лабораторных условиях.

Сейчас идет антигенный «дрейф», и к нам вернулся «свиной» штамм H1N1. Говоря о вирусных респираторных заболеваниях, нужно отметить, что эта проблема затрагивает не только население, но и наших коллег - больные заражают всех окружающих, в том числе и медиков. А если, например, заболел участковый, значит, 1500 человек остаются

без врача. Сейчас мы готовим рекомендации по линии федерального министерства по гриппу, в них есть специальный раздел, который посвящен профилактике заболеваний среди медицинского персонала.

Кстати, в свое время ученые Татарстана выполнили интересную работу по исследованию профзаболеваний среди врачей. В частности, был показан высокий процент заболеваемости туберкулезом у медицинских работников, причем они приобретают предельно агрессивные штаммы со множественной лекарственной устойчивостью.

Врачи и медсестры очень чувствительны к респираторным инфекциям, поскольку находятся в постоянном контакте с больными, и защиту медицинских работников я считаю одним из своих приоритетов».



О том, какие вопросы в сфере респираторной медицины являются актуальными для Татарстана, рассказал главный специалист-пульмонолог МЗ РТ, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии КГМУ Александр Визель: «Практикующих пульмонологов в Татарстане всего 38, формально их больше и не должно быть. Если человек кашляет, он должен сначала обратиться к врачу общей практики, который умеет «слушать» и при необходимости направляет больного к специалисту. Очень важно чтобы врачи занимались самообразованием. Мы позаимствовали из Европы систему так называемых академических кредитов, когда в счет обязательных 144 часов повышения квалификации принимается и время, проведенное на таких конгрессах. Если раньше врач учился раз в 5 лет, то сегодня уже за 2 года появляется много нового.

В частности, нам нужно быть готовыми к приходу нового штамма вируса гриппа, для нас это практически «боевые» действия. Врачи должны понимать, что насморк утром может закончиться реанимацией вечером. Когда в 2009 году «свиной грипп» пришел в Татарстан, республика оказалась на высоте – у нас была низкая смертность среди молодых, почти не было материнской смертности. А каждый случай смерти матери – это проблема федерального уровня. Вирусные болезни непредсказуемы, и для того, чтобы быть к ним готовыми, врачи должны постоянно учиться.

Еще одна большая проблема – это пневмония, заболеваемость около 450 на 100



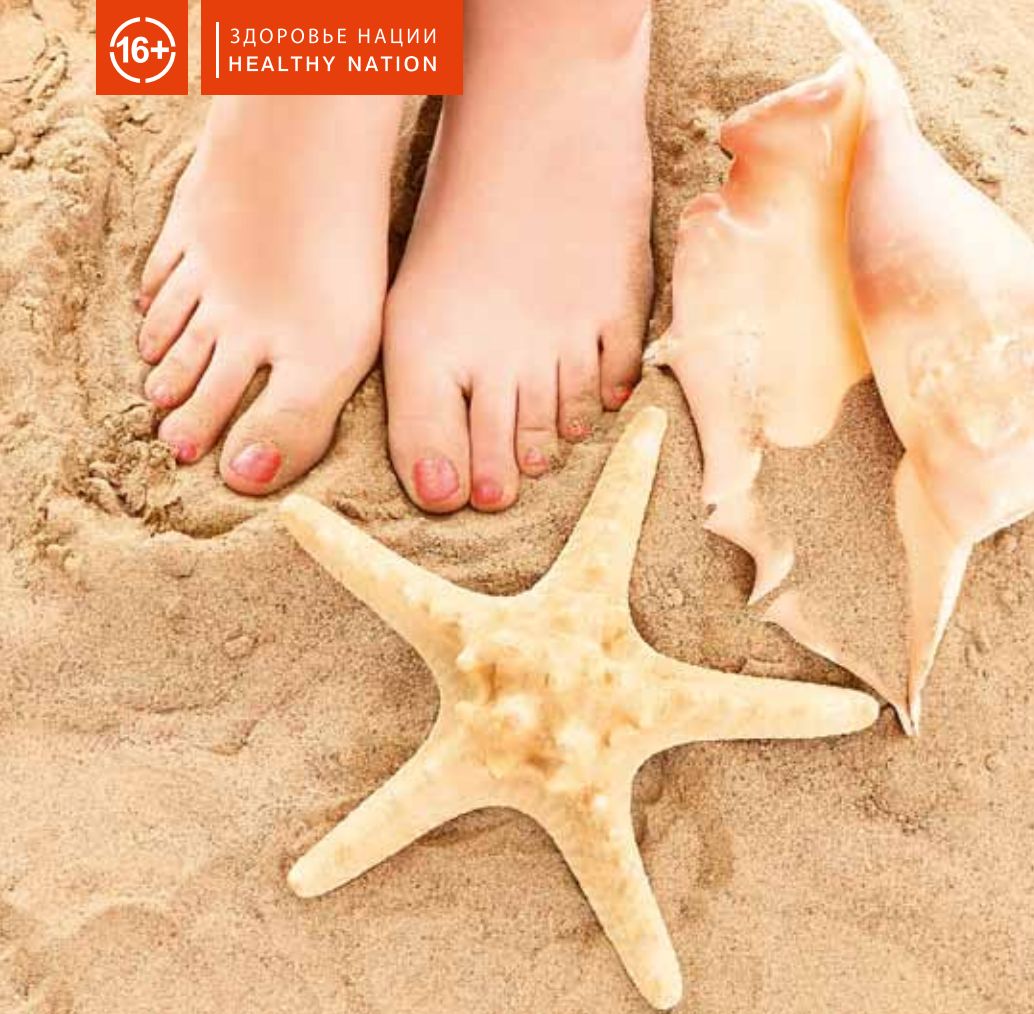
тысяч населения. Важно проводить вакцинацию, в том числе против пневмококковой инфекции. Бытует мнение, что пневмококк – это только пневмония. Нет! Самое страшное – это пневмококковая инфекция, сепсис, пневмококковый менингит, который приводит к смерти. Если есть желание и

возможность, надо прививаться, пожилым – обязательно».

Такого же мнения придерживается и руководитель лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний отдела аллергологии НИИ вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова РАМН Михаил Костинов: «Ежегодно от пневмококковой инфекции в мире умирает почти 1 млн 700 тысяч людей. Она является одной из ведущих причин детской смертности в России. Чем раньше ребенок переносит болезнь, тем тяжелее будет его судьба в будущем, она приводит к инвалидизации, появлению хронических заболеваний. Именно поэтому так важно проводить вакцинацию в первые два года жизни.

В рамках конгресса мы рассматриваем практические аспекты применения вакцины против пневмококковой инфекции. Она входит в стандарты профилактики многих осложнений, при любой патологии, начиная с болезней сердца, легких, нервной, мочеполовой системы, аутоиммунных заболеваний, заканчивая ВИЧ и туберкулезом. Соматическими больными данная инфекция гораздо тяжелее переносится, чем здоровыми людьми.

С момента появления вакцины против пневмококковой инфекции она вошла в рекомендации ВОЗ, включение ее в Российский национальный календарь прививок является для нас приоритетной задачей. В перспективе у нас также внедрение вакцин против ветряной оспы, ротавирусной инфекции и вируса папилломы человека».



Диабетическая стопа: от лечения к профилактике

Кто же должен лечить эту патологию – эндокринологи, неврологи или хирурги? Ответ на этот вопрос пытались найти участники V Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики синдрома диабетической стопы».

Специалисты констатируют, что до сих пор во всем мире оказание помощи больным с синдромом диабетической стопы далеко от совершенства. По меньшей мере у 47% больных лечение начинается позднее возможного. Ампутации нижних конечностей у больных сахарным диабетом производятся в десятки раз чаще, чем у лиц без заболевания. Ампутации увеличивают смертность больных в 2 раза и повышают дальнейшую стоимость лечения и реабилитации больных в 3 раза.

Профессор кафедры общей хирургии КГМУ, д. м. н. Иван Ключкин отметил, что от лечения этого грозного заболевания надо переходить к профилактике, чему способствуют появившиеся недавно методы диагностики, такие как электротермоме-

трия, эластометрия и эластография. Они позволяют на раннем этапе обнаружить, что у данного пациента появились первые метаболические нарушения в тканях стопы и ему надо проводить периодическое консервативное лечение, чтобы избежать осложнения в виде гангрены. Затрудняют же лечение больных часто организационные вопросы. До сих пор неясно, кто из специалистов должен лечить пациентов с диабетической стопой – эндокринологи, неврологи или хирурги. Сам диагноз в России до сих пор не внесен в медико-экономические стандарты, хотя в мировой практике с 1987 года он определяется как самостоятельное осложнение сахарного диабета, представляя собой глобальную проблему по распространенности, инвалидизации и смертности.

В Казани положительный опыт в этом направлении накоплен городским центром «Диабетическая стопа», которым руководит доцент кафедры общей хирургии КГМУ Константин Корейба. Он указал, что совершенствование тактики диагностики, диспансеризации, лечения больных позволяют значительно снизить частоту ампутаций у больных. Задачей центра является не столько оказание непосредственной помощи многочисленным больным сахарным диабетом, сколько разработка идеологии их выявления и лечения, подготовка медицинских работников первичного звена.

К первоочередным задачам службы относятся:

- сокращение продолжительности догоспитального этапа;
- воспитание у врачей амбулаторно-поликлинического звена осторожности в отношении больных с синдромом диабетической стопы;
- внедрение комплекса мероприятий как по работе с населением, так и с врачами, направленного на улучшение преемственности и доступности медицинской помощи;
- организация регулярного обучения врачей всех заинтересованных специальностей по данной патологии с целью повышения квалификации.

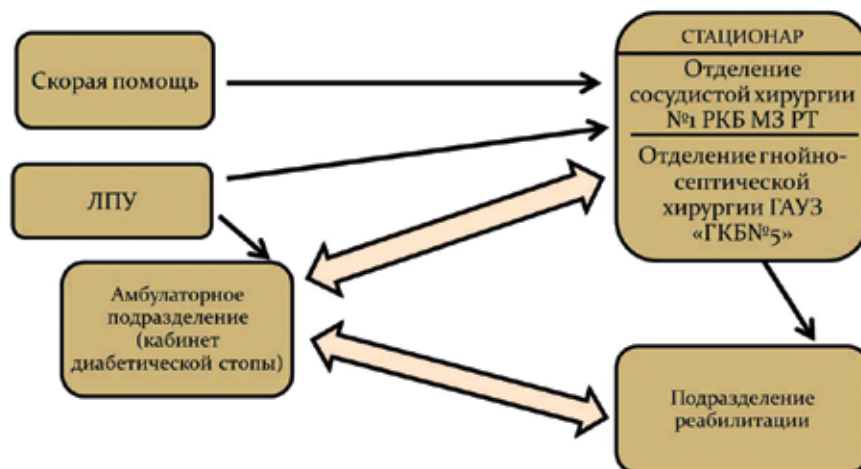


Схема работы центра «Диабетическая стопа»



На благо общественного здоровья

27-28 февраля в Казани пройдет III Международная научно-практическая конференция «Современные проблемы безопасности жизнедеятельности: настоящее и будущее». Организаторы – КабМин Республики Татарстан, ERTICO ITS Europe (Европейская ассоциация по интеллектуальным транспортным системам), министерства и ведомства России и Татарстана, государственные учреждения. Цель конференции – обмен результатами фундаментальных исследований и опытом внедрения инновационных разработок в различных областях безопасности жизнедеятельности. В работе форума примут участие руководители, ведущие специалисты министерств, ведомств, научных учреждений России и зарубежных стран. На конференции будут рассмотрены вопросы государственной политики в области национальной безопасности, безопасность в транспортной сфере, деятельность службы медицины катастроф и др. В преддверии этого масштабного международного форума Healthy Nation представляет выдержки из статей ряда докладчиков, позиции ключевых спикеров касательно вопросов «общественного здоровья».

Рифкат МИННИХАНОВ:

«Город должен быть комфортным для перемещения людей, а не автомобилей».

Каким образом недавнее послабление скоростного режима сказалось на ситуации по смертности на дорогах? Этот и другие актуальные вопросы оптимизации дорожного движения – в интервью главы республиканского Управления ГИБДД МВД РТ Рифката Минниханова.

- Рифкат Нургалеевич, можно ли говорить о том, что Казань достигла пика автомобилизации? Сколько сейчас автомобилей зарегистрировано в городе, и каков прогноз на ближайшее будущее?

- Темпы прироста частного автопарка несколько снизились, однако они по-прежнему остаются чрезвычайно высокими. По сравнению с 2004 годом количество автомобилей, зарегистрированных в Казани, выросло в 2,2 раза, и к настоящему времени их число достигло 345 тысяч, то есть 260-270 машин на каждую тысячу населения. Существуют прогнозы, согласно которым столица Татарстана вполне способна достичь показателей крупных европейских городов (англичане, например, оценивают предел насыщения в 500-600 автомобилей на тысячу жителей). Однако более реальный, на мой взгляд, прогноз - 310 машин.

- Успеет ли развитие дорожно-транспортной инфраструктуры за ростом автомобилизации? И если нельзя ограничить ее рост – человеку ведь не запретишь покупать машину, если он того желает - что предпринимает ГИБДД и МВД с целью минимизировать последствия этого процесса?

- Если человек хочет стоять в пробках – это его право, пусть стоит. Но мы должны предложить достойную альтернативу в виде общественного транспорта, который ходит часто, ритмично, имеет удобные стыковки и т. д. Помимо того, что автобус везет от 20 до 80 пассажиров, в то время как автомобиль – одного-двух, еще и статистика по ДТП с участием общественного и личного транспорта несопоставима. Организация выделенных



автобусных полос и кратное увеличение штрафов за выезд и парковку на них в комплексе с установкой систем видеофиксации – достаточно серьезный шаг в сторону развития системы общественного транспорта.

- Как отразились на аварийной ситуации недавние поправки в Административный Кодекс, в частности, послабление скоростного режима?

- Как мы и предсказывали, самым негативным образом. С 2008 года Управление ГИБДД стало устанавливать системы видеофиксации скорости, сейчас камер 154. В результате резко снизилось количество погибших в ДТП, причем с обеих сторон.

Что мы имеем сегодня? Разрешенная скорость фактически была увеличена до 80 км в час, в то время как увеличение скорости на каждые 10 км в час влечет за собой рост аварийности на 20-30 процентов. И это не умозрительные заключения – это статистика, написанная кровью. Сегодня мы уже пожинаем плоды такой «либерализации». Количество погибших на дорогах: в сентябре 2012 года – 5 человек, в сентябре 2013-го – уже 8; в ноябре 2012-го – 7 человек, в ноябре 2013-го – 13!

- Некоторое время назад информация, озвученная ГИБДД, о планах установить по всему городу знаки «40 км в час» вызвала нездоровый ажиотаж, если не сказать, возмущение автомобилистов.

- Мне, честно говоря, весьма было странно слышать, в том числе, от уважаемых, публичных людей, что они «никогда не будут ездить 40». А что, они до сих пор так ездили? Все ездили, используя тот самый разре-



шенный недавно люфт в 20 км в час. Наша задача – не ограничивать людей в удовольствии, а в наведении порядка на дорогах, хотя до этого еще, к сожалению, далеко. Для многих нарушения ПДД стали частью образа жизни: в Татарстане порядка сотни водите-

лей, которые уже выплатили штрафов на 200 тысяч рублей, и еще больше тех, кто наездил на 100 тысяч. Встречаются «уникумы», уже заплатившие 800 тысяч (!) рублей.

Кроме того, на 14-ти самых аварийных участках в городе уже год как работает ограничение 40 км/час, «усиленное» системами видеофиксации, и за год количество погибших на этих участках снизилось с 16-ти до 12-ти. Поэтому ограничения и видеофиксация будут вводиться и дальше, прежде всего, в зонах пешеходных переходов, вблизи школ и детских садов, там, где больше всего аварий, выездов на встречную полосу и т. д. Речь, кстати, не только о Казани – ограничения будут введены на самых аварийных участках республиканских трасс; кроме того, скоростной режим на одних и тех же участках будет разным зимой и летом.

- Рифкат Нурғалиевич, каким же вам видится будущее дорожно-транспортного комплекса Казани?

- Город должен быть комфортным для перемещения людей, а не автомобилей. Он должен быть безопасным: отправляя ребенка в школу, его родители вообще не должны допускать мысли, что он может попасть под колеса. Рецепт, повторюсь, здесь один, он проверен и испытан в других странах: необходимо развивать систему общественного транспорта. И чем больше людей будет пользоваться им, тем лучше и слаженнее он будет работать.

*По материалам журнала
Top Builder № 6 (44), декабрь 2013.*

Резеда БОДРОВА,
заведующая кафедрой реабилитологии
и спортивной медицины КГМА, к. м. н.

Игорь ТИХОНОВ,
аспирант кафедры реабилитологии
и спортивной медицины КГМА

Реабилитация по международному стандарту

В настоящее время дорожно-транспортные происшествия являются одной из ведущих причин инвалидности населения вследствие поражения различных отделов спинного мозга. В России ежегодно регистрируется около 50 тысяч случаев позвоночно-спинномозговых травм. Эффективная реабилитация таких больных является одной из актуальных задач современной нейрореабилитации.

Существующие многочисленные шкалы и опросники для оценки состояния пациента зачастую ориентированы на выявление лишь определенных структур и функций организма, не учитывая его целостное состояние, включающее такие важные элементы, как социальная адаптация, качество жизни. Одобренная 22 мая 2001 года на 54-й Всемирной ассамблее здравоохранения Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ) является международным стандартом оценки состояния здоровья человека с учетом как утраченных функций, так и возможности прогнозирования реабилитационного потенциала, включая все аспекты жизнедеятельности каждого конкретного индивида в определенных условиях среды обитания.

Нарушения структуры и функций в МКФ оценивают с использованием определенных идентификационных критериев (т. е. как существующие или отсутствующие в соответствии с пороговым уровнем). Они одинаковы для функций и структур. Как только нарушение появляется, оно может быть оценено по степени выраженности с использованием общего определителя. Если нарушения структур и функций организма требуют подтверждения с помощью функциональных и инструментальных методов исследования, то ограничение активности и участия строится в основном на субъективной самооценке пациентом.

Нами было проведено исследование с целью оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов на основе МКФ. 38 пациентов с последствиями поражения спинного мозга на шейном, грудном и пояснично-крестцовом уровнях в раннем восстановительном периоде проходили обследование и



лечение. Больные были распределены на 3 группы, в зависимости от уровня поражения: 13 человек – с повреждением шейного отдела, 11 – с повреждением грудного отдела, 14 – пояснично-крестцового отдела. Средний возраст – 32, 3±1, 9 лет.

Все пациенты получали патогенетическую медикаментозную терапию, кинезиотерапию, медицинский массаж, индивидуальную и групповую лечебную физкультуру, рефлексо-терапию, пассивную и активную механотерапию с биологической обратной связью, психологическую коррекцию.

В качестве целостной оценки динамики и эффективности проведенного лечения использовалась МКФ. Для детального определения уровня и степени тяжести травмы спинного мозга применялась классификация ASIA (American Spinal Injury Association, 2000); для выявления функциональной независимости – шкала FIM (Functional Independence Measure); уровня бытовой активности – шкала Бартела (1955). Для оценки двигательных функций использовался индекс мобильности Ривермид (по F. M. Collen 1991); спастичности – шкала Ашворта (Ashworth B., 1964). Уровень депрессии оценивали по шкале Бека (А. Т. Бек, 1961); реактивную тревожность – с помощью теста Спилберга-Ханина. Также применялись биохимические, инструментальные и нейрофизиологические методы оценки.

В результате проведенной медицинской реабилитации были достигнуты следующие результаты: у пациентов с поражением

шейного отдела спинного мозга улучшились умственные функции за счет коррекции эмоционального фона на 28,2% (степень нарушения до лечения – 41,9%, после – 13,7%; $P < 0,001$); функции внутренних органов (преимущественно сердечно-сосудистая система, функции дыхания) – на 17,9% (до – 30,2%, после – 12,3%; $P < 0,001$); нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением, улучшились на 8,4% (до – 91,6%, после – 83,2%; $P < 0,005$).

У пациентов, перенесших травму грудного отдела позвоночника, улучшились функции внутренних органов (преимущественно пищеварительная, функции дыхания) – на 21,5% (до – 35,3%, после – 9,8%; $P < 0,001$); умственные функции на 26,9% (до – 34,4%, после – 7,5%; $P < 0,001$); нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением, улучшились на 12,7% (до – 82,1%, после – 69,4%; $P < 0,005$).

У пациентов, перенесших травму поясничного отдела позвоночника, улучшились нейромышечные, скелетные и функции, связанные с движением – на 14,5% (до – 62,1%, после – 47,6%; $P < 0,001$), функции внутренних органов – на 12,3% (до – 21,2%, после – 8,9%; $P < 0,001$), умственные функции – на 14,8% (до – 20,7%, после – 5,9%; $P < 0,005$).

При оценке эффективности лечения пациентов с поражением различных уровней спинного мозга в результате ДТП с использованием МКФ было выявлено, что наибольшая динамика достигнута в восстановлении умственных функций, функций внутренних органов, а также функций, связанных с аппаратом движения (нейромышечные, скелетные).

Применение МКФ со включением общепринятых шкал и опросников позволяет провести системный анализ состояния здоровья пациента, определить краткосрочную и долгосрочную цели медицинской реабилитации, выявить улучшение жизнедеятельности и участия пациента, даже если нарушения структур остаются на прежнем уровне. Следует отметить, что использование МКФ позволяет объективно оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий, определить прогноз восстановления нарушенных функций.

Сергей БУЛАТОВ,
профессор кафедры общей
хирургии КГМУ, д. м. н.

Александр АНТОНОВ,
ассистент кафедры скорой помощи,
анестезиологии и реаниматологии КГМУ

Обучить основам: первая помощь при ДТП

Только за 2012 год в России произошло более 204 тысяч ДТП, в результате чего погибло около 28 тысяч человек. Статистика свидетельствует – оказание необходимой помощи пострадавшим в ДТП впервые 30-60 минут после его совершения позволяет снизить количество погибших в два раза.

Целью нашего исследования стала оценка подготовленности участников дорожного движения к оказанию первой помощи на месте происшествия, а также разработка соответствующей многоуровневой учебной программы. Объектом изучения стали студенты Казанского государственного медицинского университета, которые могут быть как участниками ДТП, так и свидетелями, а также работать в бригадах скорой медицинской помощи и мобильных формированиях МЧС. Шестилетняя программа обучения КГМУ позволяет охватить как теоретические вопросы организации медицинской помощи, так и практические умения действий при ДТП. Однако уровень навыков, демонстрируемый выпускниками вуза во время итоговой государственной аттестации, свидетельствует о необходимости совершенствования используемой обучающей программы.

На первом этапе нами было проведено статистическое исследование эффективности проведения практических занятий под руководством преподавателя с использованием манекенов и специальных тренажеров для лучшего усвоения материала по вопросам экстремальных ситуаций. В четырех группах студентов третьего курса фармацевтического факультета был проведен программированный контроль по дисциплине «Первая доврачебная помощь» путем «входного» (в начале занятий) и «выходного» (после детального изучения темы) тестирования по теме «Оценка тяжести пострадавших. Сердечно-легочная реанимация».

Обучение студентов проводилось в Центре практических умений КГМУ, где имеется возможность отработать навыки оказания помощи как на месте происшествия, так и на последующих этапах оказания медицинской помощи. Имеющийся арсенал пособий, таких как манекены, имитационные накладки



ран и пр., позволяет произвести моделирование различных травм и отработать практические навыки оказания первой помощи.

Для определения качества закрепления изучаемого материала использовались современные образовательные технологии. Определение степени подготовки студентов проводилось по следующим критериям:

- а) тестовый контроль определения уровня знаний на компьютере с использованием компьютерной программы Assist-2;
- б) решение ситуационных задач и разбор клинических случаев;
- в) проведение дискуссий и выработка коллективного решения;
- г) самостоятельное составление алгоритмов действий при критических ситуациях;
- д) устный опрос и разбор темы;
- е) освоение практических умений на манекенах и тренажерах;
- ж) ролевые игры с привлечением специально подготовленных актеров.

Особо значимые и трудные для самостоятельного восприятия темы были доведены в виде курса лекций, а качество усвоения лекционного материала контролировалось в ходе практических занятий.

На наш взгляд, проведение одномоментного тестового контроля на компьютере имеет ряд преимуществ перед другими формами оценки качества знаний благодаря его оперативности, объективности, универсальности. Тестирование играет немаловажную роль в обучении и активной работе студента по изучению и усвоению учебного материала. Немаловажное значение имеет возможность проведения контроля знаний в короткое время у большого числа студентов.

По каждой теме представлялось задание из 25 вопросов. На каждый из них предлагалось до семи вариантов ответов, причем правильными могли быть от одного до пяти. Тестирование позволяло преподавателю быстро наладить обратную связь с обучаемыми, охарактеризовать уровень полученных знаний, а также степень ориентирования в применении практических навыков при чрезвычайных ситуациях.

В конце курса обучения студенты прошли итоговое компьютерное тестирование. Каждому студенту представлялось тестовое задание из 60 вопросов, на выполнение которого отводилось 60 минут. Программа оценки результатов выборочно и в произвольном порядке являла собой вопросы из разных тем.

При положительном результате студент переходил к практическим заданиям. Следует отметить, что практическое занятие – это особая форма обучения в медицинском вузе, при которой студенты перенимают опыт врачебной деятельности от старшего товарища, преподаватель может и должен обеспечить управляемое формирование клинического мышления обучаемого. Поэтому особая роль отводится решению и разбору ситуационных заданий, которые строятся в виде моделей клинических ситуаций, во время которых нужно ответить на вопросы врачебной практики: поставить диагноз, оценить тяжесть состояния пострадавшего, составить план и алгоритм оказания неотложной помощи. Форма задач должна быть четкой, с однозначными ответами и краткими решениями.

В ходе группового решения ситуационных задач содержание учебной деятельности выступает как средство общения, происходит формирование коллектива. Взаимодействие учащихся стимулирует развитие самооценки.

Сталкиваясь в практической деятельности с проблемами оказания неотложной медицинской помощи, каждый специалист должен иметь способность сопоставлять и анализировать множество разрозненных фактов, проявлять гибкость мышления. Поэтому в учебный процесс активно следует включать нестандартные способы решения учебных ситуаций. Ситуационные задания не предполагают готовых решений и способов действий, а побуждают к активной мыслительной деятельности. Наряду с тестированием и решением ситуационных задач, для закрепления материала и создания ассоциативного мышления проводились активные практические действия, такие как групповые дискуссии, занятия в малых группах, обсуждение рефератов, моделирование проблемных ситуаций с участием студентов, оказывающих помощь и имитирующих критическое положение. Например, студенту или группе студентов предлагается симметризовать повреждения различных степеней тяжести при ДТП, с демонстрацией характерных симптомов, другой же группе – оказать соответствующую помощь с использованием специальных или только подручных средств. Затем проводилось групповое обсуждение правильности и ошибок в действиях обеих групп.

Групповые способы обучения студентов влияют на улучшение качества усвоения, примерно на 20-30% увеличивают «прочность» сформированности действий, создают положительную мотивацию к учебному предмету и профессии, вырабатываются навыки сотрудничества, взаимопомощи.

Прочные знания, умения и навыки достигаются поддержанием интереса студентов к предмету во время лекций, а особенно на практических занятиях, активной познавательной деятельностью, совершенствованием методики преподавания, своевременным и добросовестным выполнением всех заданий.

Анатолий КАРПОВ,
заведующий кафедрой психотерапии
и наркологии КГМА, профессор, д. м. н.

Гулия МЯСНИКОВА,
заведующая отделением клинической
реабилитации Республиканского центра
реабилитации МЧС РТ

Социальные и духовные приемы самопомощи спасателей

Стресс оказывает деструктивное воздействие на психику и поведение. Человек осознает только то, что есть мощная угроза его биологической жизни, социальному положению и личностно-моральному статусу. Стресс создает безнадежные ситуации и ставит невыполнимые задачи. В этой ситуации единственным вариантом и стратегией выживания является самопомощь.

В чем она заключается? Для ответа на этот вопрос сотрудниками Республиканского Центра реабилитации МЧС РТ были проведены исследования спасателей МЧС и участников региональных конфликтов (Чечня, Дагестан) с целью изучения их личных приемов самопомощи в ситуациях и состояниях острого стресса.

Методика исследования заключалась в беседе с участниками, после которого им предлагалось заполнить анкету, разработанную профессором Карповым А. М. В ней содержалось 5 блоков вопросов с 3-16 вариантами предполагаемых и оригинальных ответов. Обследуемые отмечали вариант, с которым они были согласны и дополняли своими мнениями. В анкете регистрировались биологические, социальные, психологические и нравственные характеристики участников, используемые ими приемы самопомощи, субъективная оценка их эффективности. В исследовании приняло участие 294 человека.

Когда я нахожусь в чрезвычайной ситуации и должен спасать людей, быстро и эффективно работать, при этом сохраняя свою собственную работоспособность и психологическую устойчивость, я помогаю себе, используя ряд приемов...

- на уровне социальных ресурсов – большинство участвовавших в исследовании отметили, что в стрессующих ситуациях сохранять психологическую устойчивость им помогает уверенность в поддержке коллег, в безопасности близких родственников и информированность об обстановке. Материальное вознаграждение менее значимо, а тщеславие вообще неактуально.

- на духовном уровне – большинство опрошенных в экстремальных ситуаци-



ях вспоминали о Боге и использовали какие-то религиозные мотивы. Половина участников опроса вдохновлялась тем, что спасение людей и помощь другим людям дает им духовный рост и «отпущение грехов».

Нужно ли улучшить подготовку спасателей приемам самопомощи?

87% спасателей считают, что для совершенствования профессиональной подготовки спасателей в учебную программу нужно включить раздел самопомощи в экстремальных ситуациях.

Отметим, что выборку обследованных, не использовавших приемы самопомощи, составили лица молодого возраста (18-25 лет), имевшие небольшой стаж работы. Именно с этой группой необходима системная практическая и разъяснительная работа по обучению приемам самосохранения.

Анализ использования социальных и духовных ресурсов спасателями в экстремальных ситуациях показывает, что большинство из них – люди неслучайные, имеющие определенный психотип и интуитивно чувствующие, какие методы необходимо использовать

применительно к себе для самосохранения и профилактики «профессионального выгорания».

При профессиональном отборе и обучении индивидуальные интуитивные способности следует развивать и дополнить воспитательными, образовательными, методическими и практическими компонентами.

Представляют интерес три принципа О. Г. Гадецкого:

«Жизнь человека всегда меняет несколько вещей, они универсальны.

Первое – это знание. Однако само по себе знание не может поменять жизнь человека. Нужен импульс живой веры, который даст уверенность, что знание обладает практической силой.

Для этого нужно общение с реализованной личностью – это второе. Когда у человека есть пример, он вдохновляется им.

Третий принцип – систематические усилия самого человека».

Полагаем, что на эти принципы нужно, прежде всего, опираться при разработке стратегической и тактической системы обучения спасателей.



Марат ТИМЕРЗЯНОВ,
начальник медицинского отдела УФСИН России
по Республике Татарстан, к. м. н.

Пенитенциарная медицина: в ногу со временем

Масштабное обновление отрасли здравоохранения затронуло не только обычные больницы, но и специализированные лечебные учреждения. Современные стандарты качества сегодня активно внедряются в пенитенциарной медицине, улучшается логистика, условия, в которых пребывают больные, во врачебную практику внедряются IT-технологии.

Цель медицинской службы УФСИН России по Республике Татарстан — полноценное обеспечение медицинской помощи спецконтингенту в соответствии с современными стандартами качества. И в этом плане задачи, которые должна решать служба, ничем не отличаются от задач, стоящих перед здравоохранением Татарстана и России в целом. Постоянная работа над повышением качества медицинской помощи, эффективное использование имеющихся ресурсов, кадрового потенциала, снижение смертности, сохранение благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки — это приоритеты, которые сегодня характеризуют российскую медицину, независимо от ее «социальной принадлежности».

Среднегодовая численность контингента, который находится в ведении медицинской службы УФСИН России по РТ, составляет около 13 тысяч человек. В структуре заболеваемости на первом месте стоят болезни органов дыхания (64,8% из них составляют ОРВИ); на втором — травмы и отравления; на третьем — заболевания кожи и подкожной клетчатки; на четвертом — инфекционные и паразитарные заболевания. По итогам 2012 года в структуре смертности среди спецконтингента, как и в целом по стране, лидируют сердечно-сосудистые заболевания (27%), далее же имеются некоторые отличия: второе место (23%) занимает ВИЧ-инфекция, третье место делят смертность от внешних причин и онкология.

Общее количество врачей и провизоров медицинской службы составляет 112 человек, среднего медперсонала — 203. Кадровый состав клинического профиля представлен преимущественно терапевтами, стоматологами, психиатрами и фтизиатрами, наблюдается некоторая нехватка узких специалистов, что, впрочем, является общей проблемой для всей отрасли здравоохранения.

Большое внимание в работе медицинской службы уделяется как лечебным мероприятиям, так и профилактике, что приносит положительные результаты. В последние годы в учреждениях УФСИН России по РТ отмечается положительная динамика основных показателей, так, первичная заболеваемость в 2012 году снизилась на 24% по сравнению с предыдущим годом. В целом на протяжении последних лет уровень заболеваемости в учреждениях УФСИН России по РТ стабильно находится на более низком уровне по сравнению как с российскими показателями, так и с таковыми Приволжского федерального округа. Смертность спецконтингента в 2012 году снизилась на 24,1% по сравнению с 2011-м.

Модернизация здравоохранения стала одним из ключевых направлений развития отрасли, что справедливо и для медицинской службы УФСИН России по РТ. При отличиях в ведомственном подчинении, принципах, которых придерживаются при обновлении материально-технической базы учреждений пенитенциарной медицины и



Медицинская служба УФСИН России по Республике Татарстан активно внедряет современные информационные технологии, во всех медсанчастях устанавливаются компьютеры.



обычных ЛПУ Татарстана, едины. В 2013 году начат капитальный ремонт и реконструкция головного специализированного медучреждения службы в Казани. Стоит отметить, что здание больницы было построено еще в 1895 году, так что вопрос, что называется, уже назрел. Большое внимание при обновлении учреждения уделяется логистике: просторные коридоры с указателями, помещения со специальными поручнями призваны сделать перемещения пациентов более удобными. В соответствии с современными требованиями и нормативами строятся палаты, предусмотрены новые двухсекционные кровати, отдельные санузлы. Обновлено туберкулезное отделение, закуплено оборудование для проведения лабораторных исследований.

В целях повышения качества оказания медицинской помощи медицинской службой совместно с Министерством здравоохранения Республики Татарстан создана межведомственная комиссия. Активно привлекаются специалисты ведущих клиник, которые проводят консультации, помогают при разборе сложных случаев. В качестве успешного опыта межведомственного взаимодействия можно отметить совместную работу с Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, в котором проводятся исследования иммунного статуса и вирусной нагрузки у ВИЧ-инфицированных пациентов. Налажено активное взаимодействие со специалистами Городской клинической

больницы №7 Казани. В клинике проводятся консультации, осуществляется полный комплекс диагностических процедур, включая биохимические, клинические, ультразвуковые исследования, компьютерную томографию и другие методы. Продуманная планировка и логистика в учреждении, высокая квалификация персонала позволяет оперативно направлять больного в соответствующее клиническое подразделение.

Медицинская служба УФСИН России по РТ активно внедряет современные информационные технологии, во всех медсанчастях устанавливаются компьютеры, а головное медучреждение в ближайшее время будет подключено к «Электронному здравоохранению». В рамках этой системы специалистам службы станет доступен обмен цветными диагностическими изображениями, результатами исследований и амбулаторными данными с Диспетчерским центром МЗ РТ. Кроме того, недавно Министерством здравоохранения РТ было принято решение о подключении учреждения к Ситуационному центру Республиканской клинической больницы МЗ РТ, что позволит проводить консультации с ведущими специалистами в онлайн-режиме. Обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи, поиски новых форм межведомственного взаимодействия, ориентация на передовой опыт здравоохранения – перспективные направления развития медицинской службы УФСИН России по РТ.*



Надлежащая практика

НОВЫЕ СТАНДАРТЫ ЧИСТОТЫ

Создание чистых помещений и внедрение стандарта GMP стали одними из приоритетов в модернизации здравоохранения. Городская клиническая больница №7 Казани и Центр ядерной медицины РКОД МЗ РТ – это образцы успешного применения технологий контроля внутренней среды.

ЧИСТЫЕ ПОМЕЩЕНИЯ – ДЛЯ НУЖД ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Интересно, что концепция чистых помещений, которая была реализована в различных отраслях промышленности, со временем «вернулась» в здравоохранение. С тех пор технология контроля внутренней среды была тщательно отработана и стандартизирована. В фармацевтике требования к чистым помещениям закреплены стандартом GMP (Good Manufacturing Practice – надлежащая производственная практика), согласно которому количество в воздухе частиц определенного размера – таких как пыль, микроорганизмы, аэрозольные частицы, химические пары – поддерживается строго в границах заданного диапазона. При необходимости могут регулироваться и другие параметры, например, влажность, давление и температура.

Заместитель директора по инженерным и техническим решениям Группы компании «АРФЕН» Юрий Кюблер, который много лет занимался созданием чистых помещений в Германии, утверждает, что в России тоже есть примеры реализации этой технологии на европейском уровне:

– При создании радиохимфармлаборатории ПЭТ-центра в Республиканском онкологическом диспансере мы с успехом реализовали стандарты GMP. Использовали материалы ограждающих конструкций с гладкой поверхностью, герметики, устойчивые к дезинфицирующим веществам. Создали перепад давления с помощью ламинарной системы вентиляции и систему шлюзования между помещениями разных классов чистоты с соответствующей системой автоматизации. Предусмотрели передаточные окна. Лаборатория в Казани – одна из лучших в России, если не самая лучшая. Недаром посетовать и перенять этот опыт приезжали люди не только из близлежащих регионов, таких как Удмуртия, но даже и из Сибири.

ОПЕРАЦИОННАЯ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВЕННИКОВ

Технологии современных отраслей промышленности – фармацевтической, микроэлектронной, биотехнологической – развиваются по пути все большего контроля ключевых параметров внутренней среды производственных помещений, что позволяет гарантированно получать изделия должного качества. В этом же направлении развивается и здравоохранение. Именно медики были родоначальниками концепции чистых помещений, долгое время хирургические операционные были образцами для производителей.

Первое чистое помещение в современном понимании было создано компанией Western Electric Company в 1955 году, производившей

гироскопы для ракет, причем выбраковалось порой 99 устройств из 100. Причиной оказалось наличие пыли, для избавления от которой персонал переодели в халаты из синтетического материала, которые легко очищались и выделяли минимальное количество частиц. Щели и углы были сведены к минимуму, напольные покрытия на основе винила настлали с напуском на стены, источники света «утапналивались» в потолок. Но главное – поддерживалось избыточное давление воздуха, чтобы избежать неконтролируемого притока загрязнений, а приточный воздух очищался при помощи фильтров, способных задерживать 99,95% частиц размером 0,3 мкм. В результате процент брака на производстве гироскопов удалось свести к минимуму.



Другим примером удачной реализации концепции чистых помещений, по мнению многих российских и зарубежных специалистов, стала Городская клиническая больница №7 города Казани. Здесь не было необходимости применять стандарты GMP в строгом их понимании, однако, например, операционные, палаты интенсивной терапии, стерилизационные, лаборатории были отделаны ламинатом высокого давления – сертифицированным материалом, стойким к химическим и механическим воздействиям, а кроме того, отличающимся прекрасными декоративными свойствами.

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕШЕНИЯ И ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

– Разумеется, при проектировании чистых помещений надо учитывать их специфику, – продолжает Юрий Кюблер. – Нейрохирургическая операционная отличается от травматологической, ожоговая – от родового зала в перинатальном центре. Поэтому мы всегда ориентируемся на пожелания хирургов, других специалистов, которым предстоит работать в создаваемых нами условиях. Помогает нам в этом вариативность, удобство настройки оборудования наших поставщиков. Например, консоль хирурга или анестезиолога может перемещаться на рельсах по всему периметру рабочей зоны, они могут настроить ее так, как им будет удобно – даже установить требуемые температуру и влажность в помещении. А ведь врачам зачастую приходится стоять за операционным столом часами, и от удобства рабочего места, может порой зависеть жизнь пациента.

Генеральный директор Группы компаний «АРФЕН» Айдар Вафин подчеркивает, что к созданию чистых помещений надо подходить комплексно:

– В этой работе нет несущественных мелочей. Важно и особое устройство пола, потолка, стен, и подходящий материал ограждающих конструкций. Предъявляются особые требования к медицинской аппаратуре, в корне отличается инженерное оснащение. Именно поэтому мы предлагаем не отдельные услуги или поставку оборудования, а создание чистых помещений полностью – «под ключ» (от проектирования до ввода в эксплуатацию, а также дальнейшее сервисное обслуживание). Только так можно гарантировать высокое качество работ

и выполнение всех стандартов. При этом технику мы приобретаем у наших многолетних партнеров из Германии, которые давно работают на российском рынке и учитывают его специфику. При необходимости они изготавливают оборудование – например, кондиционеры или ламинары (установки безвихревой вентиляции) – под индивидуальные условия конкретного ЛПУ.

Специфика создания чистых помещений в Европе и России во многом определяется и разными традициями энергоэффективности. На Западе готовы вкладывать значительные первоначальные средства с перспективой дальнейшей экономии. Поэтому там, например, применяются лазерные датчики присутствия в воздухе различных частиц, которые регулируют работу системы вентиляции. У нас же предпочитают исходить из норм воздухообмена в помещениях с соответствующим классом чистоты: это позволяет сэкономить на инвестициях в автоматику, но впоследствии повышает эксплуатационные расходы.

– Создание чистых помещений – это один из самых ответственных этапов при строительстве и оснащении лечебных учреждений, – говорит Айдар Вафин. – Для нас это направление – очередной шаг вперед в развитии предприятия, интересный с профессиональной точки зрения, к тому же открывающий нам перспективы более глубокого удовлетворения потребностей наших постоянных клиентов. Сейчас мы реализуем несколько подобных проектов для фармацевтической промышленности. Интересная работа была выполнена в Калининграде, где наши специалисты приняли участие в создании 2000 кв. м чистых помещений для производства микрочипов GS Nanotech – там требования еще выше, чем те, которые определяются стандартом GMP для фармацевтики и здравоохранения.*

ДЕТАЛИ

БАЗОВЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ЧИСТЫХ ПОМЕЩЕНИЙ:

- глухие и остекленные стеновые панели, двери, окна;
- герметичные панельные и кассетные потолки со встроенными растровыми светильниками;
- антистатические, в некоторых случаях токоотводящие полы;
- система подготовки воздуха (ламинарные вентиляционные установки, устройства забора воздуха, финишные фильтры, датчики и элементы автоматики);
- система управления инженерным оборудованием;
- воздушные шлюзы;
- передаточные окна;
- фильтро-вентиляторные модули для создания чистых зон внутри помещений.



Валентина ШАРАФУТДИНОВА,
главный внештатный специалист
по дезинфектологии МЗ РТ,
заведующая дезэпидотделом
МКДЦ

Госпитальная эпидемиология:

системный подход и региональный опыт

Значимость проблемы инфекций, связанной с оказанием медицинской помощи, трудно переоценить — каждый десятый случай внутрибольничных инфекций заканчивается летальным исходом. По меньшей мере половина случаев внутрибольничных инфекций предотвратима.

**ПРОФИЛАКТИКА
ПО ОСТАТОЧНОМУ ПРИНЦИПУ**

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) или, как их теперь принято называть, инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), актуальна для всего мира. Но, если на Западе уже пришли к тому, что лучше вложить средства в профилактику, чем потом тратиться на дорогостоящее лечение (ВБИ лечатся очень трудно в связи с высокой антибиотикорезистентностью госпитальных штаммов), то у нас профилактические мероприятия, особенно в ЛПУ, до сих пор финансируются по остаточному принципу. Госпитальные эпидемиологи вынуждены выбирать средства и методы не по их эффективности, а по пресловутому критерию цена/качество – то есть лучшие из худших, чтобы не было уж совсем плохо.

Среди предпосылок эпидемиологического неблагополучия в ЛПУ можно выделить:

- Недостаток эффективных антибиотиков, антисептиков, моющих, дезинфицирующих средств, медицинского инструментария, белья, стерилизационного оборудования;
- недостаточный набор и площади помещений;
- нарушения в работе вентиляции;
- аварийные ситуации на водо- и канализационных сетях, перебои в подаче холодной и горячей воды, нарушения в тепло- и энергообеспечении;
- дефицит врачей, медсестер и санитарок;
- невыполнение персоналом санэпидрежима;
- недостаточная квалификация специалистов и неверный выбор ими режимов применения антисептических и дезинфицирующих средств;

Табл. 1. Оценка риска возникновения ВБИ в связи с действием внутренних и внешних факторов риска

Риск ВБИ	Внутренние факторы риска	Внешние факторы риска
минимальный	нормальный иммунный статус пациентов; нетяжелое основное заболевание; отсутствие выраженных сопутствующих заболеваний	неинвазивные манипуляции, отсутствует контакт с биологическими жидкостями
средний	инфицированные пациенты, наличие определенных сопутствующих заболеваний и других внутренних факторов риска (опухоль, диабет, пожилой возраст и т. п.)	контакт с биологическими жидкостями; инвазивные нехирургические манипуляции (периферический венозный катетер, катетеризация мочевого пузыря и т. п.)
высокий	выраженный иммунодефицит (СПИД, нейтропения и т. п.); множественная травма, глубокие/обширные ожоги, трансплантация органов и т. п.	хирургическое вмешательство или инвазивные манипуляции высокого риска (катетеризация центральных сосудов, ИВЛ, оперативное вмешательство и т. п.)

· эмпирический метод назначения антибиотиков без лабораторной проверки чувствительности к ним микроорганизмов.

Выявление и анализ ИСМП в России осложняются еще и порочной практикой поиска «крайних», когда надзорные ведомственные органы в случае обнаружения внутрибольничных инфекций больше озабочены поиском виноватых и суровостью

оргвыводов, чем оказанием ЛПУ реальной методической и организационной помощи. Все это приводит к массовому сокрытию случаев ВБИ медицинским персоналом и, как следствие, невозможностью контролировать ситуацию как в отдельных медицинских учреждениях, так и в отрасли в целом. По данным официальной статистики, в России ежегодно регистрируется от 50 до 60 тысяч случаев больничного инфицирования, однако по расчетным данным, реальный показатель в 40-50 раз выше и достигает 2-2,5 млн случаев в год.

**ИЗ КОНЦЕПЦИИ СЛОВ
НЕ ВЫКИНЕТЬ**

Однако в этой сфере есть и положительные тенденции. Прежде всего, надо отметить утверждение в 2011 году «Национальной концепции профилактики ИСМП», которая сменила аналогичный документ 1998 года. Это концепция уже совершенно другого уровня, которая определила перспективные направления профилактической работы. И каждое слово в ней имеет особое значение. Концепция предусматривает и создание национальной системы мониторинга эпидемиологической безопасности, и новые параклинические (профилактические) технологии в соответствии с международными стандартами, выявление и исключение из практики здравоохранения небезопасных медицинских технологий, новый уровень обучения персонала и многое другое.

В рамках реализации Концепции создана НАСКИ – Некоммерческое партнерство Национальная ассоциация специалистов по контролю ИСМП, которая объединила не только госпитальных эпидемиологов, но и врачей других специальностей, научные

лактации ИСМП. И деятельность НАСКИ уже приносит важные результаты.

Издан первый сборник методических документов «Рекомендации по акушерству и гинекологии». Это сборник долгожданных стандартов оказания медицинской помощи, где сведены воедино и подробно описаны современные алгоритмы проведения медицинских манипуляций. В нем есть ответы на самые актуальные вопросы, как нужно организовать лечебный процесс, чтобы избежать любых инфекционных осложнений – от постинъекционных абсцессов до появления антибиотикорезистентных госпитальных штаммов. Ассоциацией проведены две крупные научно-практические конференции – в Кемерово и в Казани, а также Международный конгресс в Москве в ноябре 2013г, где широчайшим образом освещались все проблемы, связанные с ИСМП.

Начались подвижки в решении насущного вопроса повышения квалификации госпитальных эпидемиологов. Дело в том, что курс обязательного последипломного обучения по специальности «эпидемиология» не дает знаний и практических навыков, необходимых для работы госпитальных эпидемиологов ни в стационарном, ни в амбулаторном лечебном учреждении. Тематическое усовершенствование, например, по дезинфектологии, получить очень сложно без наличия сведений о работе в учреждении, занимающемся дезинфекционной деятельностью. Получить усовершенствование по клиническим дисциплинам, так необходимым для эпидемиологов, работающих на госпитальной базе, практически нереально по имеющимся нормативным документам. Таким образом, основная масса госпитальных эпидемиологов, получив определенные



учреждения, производителей медицинских изделий, лекарственных и профилактических средств, административные структуры. Всех, кто заинтересован в решении данной проблемы. Целями Ассоциации являются содействие развитию медицинской науки и практики здравоохранения по обеспечению должного уровня качества и безопасности медицинской помощи населению и профи-

навыки работы, в основном в органах санэпиднадзора, постигала специфику работы в ЛПУ самостоятельно, методом проб и ошибок в процессе работы. Но ситуация меняется. Сегодня эпидемиолог уже может получить усовершенствование по госпитальной эпидемиологии и по дезинфектологии на кафедре эпидемиологии и дезинфектологии КГМА, на кафедрах эпидемиологии в Мо-

ске, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде и Кемерово, и затем на правовых основаниях руководить профилактической работой в своем учреждении.

ОПЫТ ТАТАРСТАНА

Хочу с удовлетворением отметить, что наша республика вносит свою лепту в позитивные изменения. Одним из преобразов НАСКИ на региональном уровне послужила Ассоциация госпитальных эпидемиологов Татарстана. Мы одними из первых начали поднимать вопрос о необходимости объединения специалистов этой профессии, совершенствовании системы последилового образования эпидемиологов. Не обошлось без нашего участия и в вопросе противодействия проникновению на рынок неэффективных дезинфицирующих средств и стерилизующих препаратов из действующих веществ (ДВ), которые стерилизантами отнюдь не являются. Стараемся популяризировать любую значимую информацию в помощь практическим эпидемиологам, например, из доклада Канищева В. В., НИЦ ФГКУ «33 ЦНИИ МО РФ» на конференции, посвященной 80-летию НИИ дезинфектологии.

Есть свои определенные наработки и в вопросах практической организации системы профилактики ИСМП в лечебных учреждениях. В Межрегиональном клинико-диагностическом центре организатором этой работы является дезинфекционно-эпидемиологический отдел. В его функции входят, в частности, разработка алгоритмов профилактики при проведении различных медицинских технологий и манипуляций, в т. ч. на первоначальном этапе догоспитального обследования пациента или при поступлении его в стационар в urgentном порядке, что необходимо для обеспечения безопасности пребывания больного - как для него самого, так и для других. В течение

месяца, например, в хирургические отделения может поступить до 10-15 пациентов, инфицированных вирусом гепатита В и С, и с ВИЧ-инфекцией. Для медицинского персонала должны быть созданы условия, минимизирующие возможность инфицирования медицинских работников при проведении инвазивных манипуляций с инфицированными пациентами, т. е. качественные средства защиты: спецодежда, перчатки.

В этом году мы проводили научно-практические испытания перчаток с внутренним антимикробным покрытием. Опыте показал, что после 1-3 и даже (в одном случае) после 5 часов работы в перчатках перчаточный сок оставался стерильным. Это гарантирует защиту пациента при появлении микротрещин на перчатках, но также защищает и медицинский персонал, т. к. инактивируются микроорганизмы при случайном попадании в перчатку. Единственное желание в этом случае - это возможность закупить такие перчатки.

Разумеется, в зону ответственности эпидемиолога входит разработка и внедрение в учреждении технологий для обработки хирургического инструментария, низкотемпературных методов стерилизации высокотехнологичных инструментов; и, что особенно актуально на современном этапе развития медицины, эндоскопов, в т. ч. гибких.

В МКДЦ удалось организовать процесс обработки гибких эндоскопов на самом современном уровне: в эндоскопическом отделении имеется отдельное помещение для мойки и ДВУ эндоскопов, две специализированные моечные машины, «грязные» и «чистые» потоки процесса обработки разделены, для «чистой» и «грязной» зоны выделена свои медсестры-дезинфекторы. Даже вода, которой промываются эндоскопы, имеет самую высокую степень очист-

ки: фильтры очищают воду не только от бактерий или крупных частиц окиси железа, но даже от вирусов. Средство, которое используется для дезинфекции высокого уровня эндоскопов в аппарате «Adaptaskope» повторно не используется, а сливается в канализацию, также проводится самодезинфекция машины - так что риск повторной контаминации эндоскопа практически исключен.

В нашей стране много внимания уделяется покупке «тяжелого» оборудования - томографов, аппаратов УЗИ, эндоскопов, аппаратов-роботов (Da Vinci) и т. д.; на открытие соответствующих отделений приглашают СМИ и высоких гостей. Однако из приобретения дезинфекционного оборудования делать праздник не принято, но именно оно во многом определяет безопасность оказания медицинской помощи. В некоторых городах России при департаментах здравоохранения созданы комиссии, которые ведут рейтинг безопасности лечебных учреждений. И понятно, что учреждение, в котором процесс обработки эндоскопов, хирургических инструментов, и других профилактических технологий организованы эффективно, будет значительно более безопасным, чем то, где все это производится вручную той же самой медсестрой, которая помогает врачу в приеме больных и имеет еще кучу всяких обязанностей.

Большое значение в вопросе организации инфекционной безопасности медицинской помощи имеет повышение грамотности медперсонала по соблюдению профилактического и противозаразного режимов во всем многообразии этих направлений, в т. ч. быстрое информирование или дистанционное обучение. В МКДЦ этому способствует удобная система внутренней компьютерной связи, через которую до каждого врача и медсестры можно не только донести презентационное сообщение, но и провести тест по усвоению материала. Ожидаемый долговременный эффект оказывает применение симуляционных методов. Так, например проведение занятий по предоперационной обработке рук с использованием порошка люминофора оставило сильное впечатление: после опудривания люминофором некачественно помытые участки кожи рук светились в темноте при ультрафиолетовом освещении, наглядно показывая хирургу огрехи в обработке, и каждый старался помыться так, чтоб не «засветиться» вновь. Это сильное визуальное восприятие своих ошибок заставляет в ежедневной практике обращать особое внимание медработников на эти участки при хирургической обработке рук.

Для меня очень важно, что и врачи, и средний медперсонал не скрывают от эпидслужбы возникающие проблемы, а понимают необходимость совместного их решения, советуются, приходят за помощью. Это доверие является, может быть, главным системообразующим фактором в профилактике инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Табл. 2. Динамика внедрения дезсредств и качества их экспертизы при регистрации Канищева В. В., НИЦ ФГКУ «33 ЦНИИ МО РФ», 2013 г.

Дезсредства на основе действующих веществ	Количество дезсредств (исключая антисептики) на период:		
	2004 г.	2011 г. (на основе анализа инструкций, опубликованных на сайте «ДЕЗРЕЕСТР»)	
		Всего	С сомнительными по эффективности режимам или сферой применения
Хлорсодержащих ХВ	31	62	2
Кислородосодержащих ДВ и их композиций с ЧАС, серебром, др.	27	57	14
Альдегидсодержащих ДВ	19	23	14
Композиции альдегидсодержащих ДВ и ЧАС	26	58	20
ЧАС	63	124	37 (8 стерилиантов)
Композиции ЧАС и амина	14	52	10 (3 стерилианта)
Композиции ЧАС и гуанидина	13	47	17 (5 стерилиантов)
Композиции ЧАС, амина и гуанидина	1	26	23 (10 стерилиантов)
ИТОГО:	194	449 (227 с 2004)	137 (50% из опубликованных на сайте средств, зарегистрированных после 2004 года)



Рафаэль ШАВАЛИЕВ, главный врач Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ, **Олег КУЛИКОВ**, заместитель главного врача по организационно-методической работе, **Лилия САЛЯХОВА**, заведующая кабинетом управления качества.

Команда единомышленников опыт внедрения системы менеджмента качества в ДРКБ

Миссия Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ – оказание комплексной высокоспециализированной медицинской помощи в условиях постоянного совершенствования для обеспечения высокого качества жизни пациентов. Успешно реализуемая организацией стратегия диверсификации потребовала от руководства клиники внедрения новых подходов к управленческой деятельности.

В процессе развития и модернизации Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ руководством клиники были использованы новые подходы к управлению кадровыми ресурсами – выстраивание медико-технологических бизнес-процессов через внедрение системы менеджмента качества (СМК). Человеческий капитал на сегодняшний день является не только основным ресурсом современной клиники, но и важнейшим

компонентом, определяющим рыночную стоимость современной медицинской организации. В условиях развития отраслевой конкурентной среды чрезвычайно важное значение приобретает умение правильно оценивать, эффективно использовать и развивать имеющиеся кадровые ресурсы, а также создавать систему привлечения перспективных специалистов для сохранения и усиления позиций на рынке. «Люди – единственный элемент, обладающий

способностью производить стоимость» (Фитценц Я.). Все остальные переменные (финансы, новейшие технологии, клиники, аппаратура, медикаменты и пр.) являются прикладными ресурсами, которые по своей природе ничего не прибавляют и не могут добавить, пока человек, от просто рядового сотрудника до руководителя высшего звена не будут использовать этот потенциал, заставив его работать. Особо следует отметить, что больница является государственным автономным учреждением здравоохранения, что предъявляет более жесткие требования к управлению такой организацией.

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ – головное детское лечебное учреждение Татарстана, объединяющее функции республиканского многопрофильного стационара, клиники высоких медицинских технологий, больницы скорой медицинской помощи, консультативно – диагностического центра и реабилитации. ДРКБ входит в пятерку крупнейших детских больниц Российской Федерации, учреждение об-

служивает все детское население республики от 0 до 18 лет. В настоящее время коечный фонд больницы составляет 1008 круглосуточных коек, в том числе 52 – реанимационных; 150 коек дневного пребывания (дневной стационар). Работают 37 клинических отделений (12 – педиатрического профиля; 11 – хирургического профиля; 4 отделения реанимации и интенсивной терапии; 10 диагностических отделений). На базе ДРКБ функционируют 8 кафедр КГМУ и 10 республиканских научно-практических центров.

Сегодня в Республике Татарстан проживает более 730 тысяч детей. В последние годы отмечается стабильный прирост детского населения. Ежегодно в клинику на госпитализацию поступают более 31 тысячи детей, получают амбулаторно-консультативную помощь свыше 380 тысяч пациентов.

В республике создана трехуровневая система детского здравоохранения, которая представлена 78 различными автономными учреждениями. Детская республиканская клиническая больница является центром организационно-методической и аналитической работы. Специалистами клиники ведется мониторинг младенческой, детской смертности, оперативно отслеживаются показатели иммунопрофилактики, инвалидности, диспансеризации детей. Проводятся тематические семинары – республиканские совещания «День педиатра», научно-практические конференции, мастер-классы, обучающие семинары, регулярно выпускаются информационные материалы с анализом младенческой смертности, иммунопрофилактики в республике, бюллетень по состоянию здоровья и медицинскому обеспечению детского населения республики.

Приоритетное направление ДРКБ – развитие и совершенствование высокотехнологичных видов медицинской помощи, расширение ее профилей и объемов. Активно применяются передовые технологии диагностики, лечения и реабилитации в кардиохирургии, урологии, абдоминальной хирургии, комбустиологии, офтальмологии, неврологии, пульмонологии, педиатрии. Только за 2013 год в детской хирургии нашли применение 40 инноваций. За счет внедрения новых технологий и повышения интенсивности средняя длительность лечения составила 9,6 дней.

В 2010 году открылась консультативная поликлиника №2 по адресу: г. Казань, ул. Зорге, 55, где развернуты следующие подразделения: Центр здоровья для детей с мобильным модулем, отделения амбулаторной кардиологии, сурдологии и слухопротезирования, восстановительного лечения и развития.

В 2011 году был дан старт реализации «Программы модернизации здравоохранения Республики Татарстан», в том числе и в Детской республиканской клинической больнице МЗ РТ. В ДРКБ были проведены капитальный ремонт всех лечебных пло-

щадей, оснащение современным медицинским оборудованием в соответствии с современными стандартами. На модернизацию из федерального бюджета выделено 609 млн 663,6 тысяч рублей, из республиканского – 377 млн 585 тысяч рублей. Общая площадь капремонта – 40 315,8 кв. м. На приобретение 1645 единиц оборудования выделено 953 млн 139,9 тысяч рублей.

В январе 2013 года произошло присоединение Городской детской больницы №2 г. Казани (ул. Сафиуллина, 14), которая функционирует сейчас как больница-спутник. Это позволило увеличить доступность высокотехнологичной медицинской помощи в связи с сокращением длительности пребывания пациента на койке интенсивного лечения до 5–7 дней и дальнейшего перевода на долечивание и проведения восстановительного лечения в условиях «больницы-спутника». В августе открыта и введена в эксплуатацию крупнейшая в республике детская поликлиника «Азино» по адресу: г. Казань, ул. Бигичева, д. 20, которая стала подразделением ДРКБ по оказанию первичной медико-санитарной и специализированной педиатрической помощи. Таким образом, к концу 2013 года создана уникальная модель детской региональной больницы, обеспечивающая замкнутый цикл оказания медицинской помощи детскому населению, где функционирует шесть обособленных подразделений, которые являются полноценными

стратегическими бизнес-единицами. В этих условиях использование принципов линейного управления показало недостаточную эффективность, особенно на уровне среднего звена управленцев – заведующих отделениями и подразделениями. В структуру модели управления были заложены элементы матричной системы управления организацией, где каждое подразделение, являясь стратегической бизнес-единицей, имеет своего менеджера (руководителя), отвечающего за организацию медико-технологических процессов, выполнение плановых заданий.

Это подтолкнуло руководство больницы к переходу на модель процессного управления на основе принципов менеджмента качества. Задачей первоочередной важности стало формирование команды единомышленников, компетентных не только в области специальных медицинских знаний, но и в вопросах госпитального менеджмента, обучение управленческим компетенциям и навыкам. Были использованы все возможные варианты: тренинги по командообразованию, подготовка в Образовательном центре высоких медицинских технологий (г. Казань), внутреннее обучение силами приглашенных преподавателей и сотрудников, больничные конференции и др.

Процесс формирования команды потребовал учета рисков сопротивления к изменениям на начальных этапах в соответствии с моделью Такмана. Для их преодоления были созданы комитеты по различным направлениям деятельности больницы: комитет качества, комитет по борьбе с болью, по профилактике внутрибольничных инфекций, по инновациям и другие. Была предоставлена возможность участия в их работе любому желающему сотруднику вне зависимости от места работы. Это позволило организации быстрее пережить фазу «бурления» и перейти в фазу «сотрудничества».

При внедрении СМК в больницу мы придерживались основополагающих принципов менеджмента качества, выдвинутых Демингом:

- Планируйте, проведите аудит по проблемным точкам;
- Делайте, структурируйте организацию и процессы;
- Контролируйте, проведите упрощение процессов, удалите все лишнее, не добавляющее ценности;
- Улучшайте, организуйте постоянные изменения к лучшему.

Использование этого инструмента создало условия для обеспечения непрерывного улучшения деятельности клиники. Понимая, что внедрение любых изменений всегда связано со стрессом для многих сотрудников, руководство больницы максимально широко использовало как материальные, так и нематериальные виды мотивации персонала:

- Стимулирование активных участников процесса, через систему выстраивания KPIs

ЦИФРЫ

ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ МЗ РТ:

- Сотрудников – **2086**;
- Мощность стационара – **1008** коек, в т.ч. реанимационных **52**, стационарзамещающих – **150**;
- Мощность поликлиник – **1700** посещений в смену;
- Ежегодно обращается более **380** тысяч детей;
- Объем госпитализаций – более **31** тысяч по **24** профилям.
- Ежегодно проводится: **3976** телеконсультаций РКЦ; **1444** выездов на реанимобилях; **12129** оперативных вмешательств; **240** операций под АИК.

(ключевых показателей эффективности);

- Включение механизмов поэтапной адаптации «новых» сотрудников, наставничество, персональную курацию и обучение;
- Активное внедрение элементов «бережливого производства» на всех рабочих местах и определение лидеров по подразделениям, проведение конкурса «Лидеры бережливого производства»;
- Реализация модели непрерывного обучения персонала: стажировки, как в лучших клиниках России, так и зарубежных; откры-

- выстраивание системы оценки и мониторинга действий персонала на всех этапах маршрутизации пациента;
- обеспечение всеми видами ресурсов;
- достижение целенаправленных действий всего коллектива как единого организма.

При этом учитывалось, что только при наличии абсолютно всех составляющих организация обречена на успех!

В ходе проводимой работы по внедрению принципов менеджмента качества в больницу персоналом была продемонстрирована

возможность руководителю значительно повысить эффективность управления как основными, так и вспомогательными процессами, осуществлять стратегическое и тактическое руководство, управлять рисками.

Сегодня в больнице активно используются основные инструменты менеджмента качества:

- управление мотивацией на всех этапах процессов в клинике;
- постоянное обучение и развитие персонала, эффективное управление знаниями и интеллектуальными активами;



тие библиотечно-информационного центра, где персоналу предоставлен интернет-доступ ко всем ведущим медицинским информационным ресурсам; постоянное обучение внутри клиники самими сотрудниками и приглашенными лекторами; проведение совместных проектов с Казанским государственным медицинским университетом, Образовательным центром высоких медицинских технологий;

- Организация корпоративных мероприятий: экскурсий, туров выходного дня для школьников и родителей, студентов, проведение спортивных и культурных мероприятий;
- Профессиональная ориентация и поддержка детей сотрудников клиники, с целью стимулирования к поступлению в медицинский университет и колледж.

Приступая к работе по построению системы менеджмента качества в клинике, был проанализирован опыт внедрения СМК в ведущих медицинских организациях, путем изучения публикаций, участия в конференциях, направления работников на стажировки в передовые отечественные и зарубежные клиники. В результате была сформирована команда единомышленников, которая смогла обобщить полученные знания и внедрить современные технологии в деятельность служб больницы. Внедряя систему менеджмента качества, команда опиралась на ключевые факторы «формулы успеха», сформулированные известным специалистом в области менеджмента качества Артема Эмануэля:

- лидерство руководящего звена;
- управление знаниями и инновациями;

четкая поведенческо-временная зависимость реакций на изменения – от резкого отрицания и злости до попытки попробовать и полного принятия инноваций. Как нам видится, это закономерный процесс, который переживают все организации вне зависимости от области деятельности и размеров. И здесь основополагающим принципом управления персоналом больницы стало формирование высокой корпоративной культуры. Корпоративная культура – это «организационный клей» любой компании, обеспечивающий её успех. Являясь важнейшим источником конкурентоспособности клиники, она должна быть многогранна, обеспечиваться знаниями и четкими коммуникациями внутри клиники, обеспечивать лояльность персонала. Только культура и коллективное мышление формируют эффективные коммуникации. Роль руководителя заключается в умении ориентироваться в ситуации, своевременно выявлять болезненные точки, мотивировать команду на производительный труд. Главное, что должен делать руководитель на этом этапе – формировать коллективное позитивное мышление и высокую организационную культуру.

Используя инновационные методы управления, мы сделали особую ставку на «контроль будущего» в форме тренингов и различных видов обучения, разработанных целевых индикаторов. «Текущий контроль» осуществляется через систему ведомственного контроля и наставничества. В основу «контроля прошлого» заложены традиционные методы контроля в виде внутреннего аудита группой клинических экспертов. Внедрение системы менеджмента качества дает

· автоматизация системы управления, обеспечение прозрачности и своевременности информационного потока, принятия решений, эффективная обратная связь, унификация процессов, отказ от «бумажного документооборота»;

- передача на аутсорсинг некоторых функций кадровых служб, бухгалтерии, обучения для более эффективного использования рабочего времени персонала;
- активное привлечение профсоюзов к социальной работе, внедрению СМК, профгруппорги являются уполномоченными по качеству во всех подразделениях больницы;
- повышение престижа организации – один из важных факторов, который позволяет удерживать и привлекать новые высококвалифицированные кадры.

Результатом работы клиники по внедрению системы менеджмента качества стало получение международного сертификата соответствия стандартам серии ГОСТ ИСО 9001-2011. На современном этапе в Республике Татарстан уделяется пристальное внимание повышению качества и конкурентоспособности региональной продукции и услуг. Руководство республики поддерживает внедрение современных форм и методов технического регулирования и управления качеством. Высшей оценкой данной деятельности является ежегодно проводимый Правительством республики конкурс среди производителей товаров и услуг в области качества. По итогам 2013 года Детская республиканская клиническая больница стала его дипломантом. Также за внедрение инновационного метода лечения сосудистых заболеваний у детей клиника стала лауреатом конкурса «Сто лучших товаров России».



Гидроизоляция из полимочевины: универсальное решение для здравоохранения

В последние годы государство уделяет большое внимание обновлению материально-технической базы здравоохранения. Только в 2013 году в Татарстане выполнялась программа по строительству и ремонту 417 учреждений первичного звена. Таким образом, наряду с вопросами оснащения медицинским оборудованием, перед здравоохранением встает проблема выбора строительных технологий, соответствующих современным требованиям по надежности и долговечности.

Кому из руководителей здравоохранения не знакомы проблемы протекающей кровли, сырого подвала и прочие? Это головная боль для главврачей, отвлекающая немало сил и времени. Сегодня она может быть решена в течение одного дня, а в ряде случаев – всего одного часа. Обеспечить столь сжатые сроки позволяет технология бесшовного напыления гидроизоляционного покрытия из эластомера полимочевины, и благодаря использованию специального оборудования производительность нанесения материала составляет 300–400 м² поверхности в час. А прослужит такое покрытие до 50 лет – в три раза дольше, чем рубероид, при сопоставимой стоимости работ по монтажу.

Полимоочевина – универсальный полимер. При нанесении он формирует покрытие, гибкость которого позволяет использовать эластомер на сложнейших по форме поверхностях. Быстрое затвердевание полимочевины дает возможность проводить строительные работы даже при очень низких температурах (до -15°C), атмосферная влажность при этом в расчет не берется. Эластомер выдерживает



эксплуатацию до +177°C, обладает стойкостью к химическим реагентам, растворителям, щелочам и кислотам, что делает изоляцию чрезвычайно надежной.

Полимоочевина обладает отличной адгезией к разнообразным материалам, таким как бетон, металл, геотекстиль, дерево, асфальт, полиуретан, эпоксидная смола и др. Это позволяет наносить покрытие толщиной от 1 до 4 мм сразу же поверх старого, не затрачивая время и ресурсы на его демонтаж. Эластомер успешно используется для самых разных видов ремонтных и строительных работ: гидроизоляции кровли, бассейнов, водохранилищ (в том числе и с питьевой водой, и с агрессивными жидкостями), подвалов, внутренних помещений, подверженных повышенной влажности – пищеблоков, санузлов, центральных стерилизационных отделений, прачечных и т. д.

Полимоочевина имеет огромные преимущества по сравнению с обычными материалами, так как на 100% заполняет пустоты и повреждения на поверхности. Технология напыления исключает необходимость дополнительной

обработки стыков и швов и обеспечивает полную герметичность. Полимоочевина безопасна для здоровья, соответствует всем СанПиН, не имеет запаха, поэтому работы с ней могут проводиться в закрытых помещениях.

В отличие от других полимеров полимоочевина имеет большую плотность (1800 кг/м³) и прочность, поэтому изоляционный слой сохраняет стойкость к истиранию долгие годы, что позволяет использовать это покрытие в местах с большой проходимостью – коридорах, холлах, приемно-диагностических отделениях учреждений здравоохранения. Эластомер обеспечивает долговременную защиту любых обрабатываемых поверхностей и конструкций, подвергающихся систематическому воздействию неблагоприятных погодных условий. Он выполняет и электроизоляционную функцию, предотвращая искробразование, обладает высокой устойчивостью к солям-антиобледенителям, ультрафиолетовым лучам.

Множественные преимущества покрытия из полимоочевины и его отличные характеристики давно оценены по достоинству европейскими

строительными организациями. А на рынке Татарстана водостойкую упругую мембрану с успехом представляет компания «Эластолюкс» из Набережных Челнов, опыт которой подтверждает, что данная технология экономически эффективнее «традиционных». Только за последний год компания провела работы по гидроизоляции на казанских объектах различного назначения, таких как жилые дома на улицах Салимжанова и Файзи, гимназия №19, Казанский государственный цирк, завод «Волжанин», очистные сооружения ОАО «Оргсинтез» и многих других.

Компания принимала непосредственное участие в подготовке Всемирных летних студенческих Игр-2013. Были проведены работы по гидроизоляции трибун крупнейшего объекта Универсиады – стадиона «Казань-Арена», а также «Динамо», Дворца водных видов спорта, Центра хоккея на траве и спорткомплекса «Олимп». Общая площадь покрытия на этих спортивных сооружениях составила свыше 50 тысяч м². При этом большая часть работ была выполнена в последние дни подготовки. Так, гидроизоляция трибунной поверхности «Казань-Арены» площадью в 42 тысячи м² проводилась с 10 апреля по 20 июня. Успешный опыт применения этой технологии открыл ей двери в «большой футбол» – она рекомендована для использования на футбольных стадионах, где пройдут матчи Чемпионата мира 2018 года. Специалисты компании также участвуют в качестве консультантов по применению полимоочевины при реконструкции одного из крупнейших в мире футбольных стадионов, «Маракана» в Бразилии.

Безусловно, успешный опыт использования этого материала на таких ответственных объектах, как спорткомплексы Универсиады-2013, применим и для учреждений здравоохранения. Как правило, они представляют собой конструктивно сложные сооружения с технологически различными зонами: производственными (транспорт, электричество, система медицинских газов и пр.), чистыми помещениями (операционные, лаборатории) и др. Именно универсальность гидроизоляционных покрытий из полимоочевины является одним из важнейших преимуществ при строительстве, реконструкции и ремонте ЛПУ. Немаловажны также и эстетические свойства материала: привлекательный внешний вид, широкие возможности для декоративной отделки. На полимоочевину имеются все необходимые санитарно-гигиенические сертификаты и допуски.

Президент Татарстана Рустам Минниханов высоко оценил преимущества покрытия и предложил шире использовать новинку на государственных и муниципальных объектах образования и здравоохранения. Мэр Казани Ильсур Метшин, увидев эластомер «в действии» на крыше 19-й гимназии, также дал положительную оценку данному материалу. Таким образом, более широкое применение полимоочевины в здравоохранении – лишь вопрос времени. На сегодня эта технология уже активно применяется в других регионах России. В частности, в Калининграде, где полимоочевина используется при строительстве противотуберкулезного диспансера.*

Системы навигации:

на пути к выздоровлению

Модернизация здравоохранения проявилась не только во внедрении современных медицинских технологий, капремонте и строительстве в ряде ЛПУ, обновлении парка оборудования — изменились подходы к формированию среды в медучреждениях. Большое внимание уделяется вопросам логистики перемещений пациентов, оформления общественных зон, в том числе и дизайнерским решениям.



В рамках программы модернизации здравоохранения Татарстана были обновлены все крупнейшие клиники. На строительство, реконструкцию и проведение капремонта учреждений здравоохранения из республиканского бюджета было направлено более 1 млрд рублей. Общий объем финансирования программы модернизации в 2011-2013 гг., включая федеральные средства, составил 11 млрд рублей.

Безусловно, положительной тенденцией является то, что при планировании строительных и ремонтных работ в ЛПУ Татарстана сегодня большое внимание уделяется вопросам формирования среды, удобной и комфортной для пациентов, отвлекающей от негативных мыслей. Опыт ведущих клиник Европы и США показывает, что оригинальные архитектурные и интерьерные решения, применяемые в зданиях медицинских учреждений, оказывают положительное влияние на психологическое состояние больного, что в свою очередь,



улучшает лечебный процесс, ускоряет выздоровление.

Не менее важный вопрос, находящийся на стыке медицины, проектирования и дизайна — логистика перемещений пациентов. В рамках модернизации во многих учреждениях здравоохранения Татарстана были внедрены новые принципы распределения потоков

больных — по тяжести состояния. При этом для каждой из категории пациентов (нуждающихся в проведении экстренных реанимационных мероприятий, «ходячих» больных, тех, кто ожидает плановой госпитализации) предусмотрен свой маршрут. Соответственно, возникла необходимость в обеспечении медицинских учреждений элементами навигации, позволяющими персоналу быстро сориентироваться. Казалось бы, мелочи, но в экстренных случаях, когда каждая секунда на счету, от них, в том числе, зависит оперативность оказания медицинской помощи.

Таким образом, в решение задач, поставленных перед здравоохранением, активно включились и компании, специализирующиеся в сфере наружной рекламы, внешнего и внутреннего оформления зданий, дизайна и пр. Все требования, которые сегодня предъявляются к рекламным конструкциям в торгово-развлекательных центрах и других общественных зданиях, в равной степени справедливы и для элементов навигации, вывесок, указателей в медицинских учреждениях — это высокая информативность, привлекательный внешний вид, безопасность, долговечность.

Именно такие решения предлагает компания «Индиго». Она располагает собственным производством рекламных изделий и конструкций, оснащенным современной техникой. Так, в частности, компания осуществляет печать любого формата на ультрафиолетовом принтере, с использованием специальных чернил. Благодаря особому составу — на органических растворителях и пигментах с нанодобавками, краску можно наносить на любые материалы. В том числе на... воду. В качестве презентации уникальных возможно-

стей УФ-принтера и особых чернил производитель проводил подобный опыт – при этом на водной поверхности образуется пленка с заданным рисунком. Это наглядный пример, демонстрирующий особые физические характеристики краски: механическую прочность, быстрое затвердевание под УФ-излучением на любой поверхности. При этом состав чернил обеспечивает необходимую интенсив-

клиники Emergency (экстренная медицинская помощь), напольные и настенные элементы навигации, определяющие логистику перемещения различных категорий больных и пострадавших. В портфолио специалистов компании вошли и другие объекты, задействованные в проведении Всемирных летних студенческих Игр – системы навигации, рекламно-информационные конструкции,

альные таблички для слепых с надписями, выполненными шрифтом Брайля.

Одни из последних работ – праздничное оформление городской елки возле стадиона «Казань-Арена» и украшение фасада центрального отделения Сбербанка «Банк Татарстан» в Казани по улице Булганова с новогодней иллюминацией. Безусловно, подобные оригинальные решения, выполнен-



ность цвета, что позволяет воплотить в жизнь дизайнерские задумки при производстве постеров, вывесок, плакатов. Рисунок может быть как однородным, так и рельефным. Краска обладает высокой адгезией к пленке, стеклу, керамике, MDF, ЛДСП, дереву, граниту и др. Одним словом, возможности печати ограничены лишь фантазией заказчика и дизайнера, принтер может быть использован для нанесения рисунков на элементы декора, мебель, зеркала, для создания объемных картин и т. д. Что особенно важно для учреждений здравоохранения – чернила, используемые при УФ-печати, безопасны для здоровья, полностью соответствуют всем существующим санитарно-гигиеническим требованиям, долговечны, что делает их оптимальным решением для мест с высокой проходимостью – холлов, коридоров, приемно-диагностических отделений и т. п.

Компания «Индиго» предлагает комплексные решения для учреждений здравоохранения: разработку, производство, монтаж и обслуживание вывесок, крышных конструкций, стелл, табличек, оформление фасадов, в том числе освещение, услуги печати практически на любых поверхностях и материалах и многое другое. Специалисты компании обладают большим опытом работы, в том числе и на объектах здравоохранения. В частности, они принимали участие в модернизации одного из госпиталей Универсиады-2013 – Городской клинической больницы №7 г. Казани. Внешние и внутренние элементы оформления больницы, в создании которых принимали участие специалисты компании, сегодня уже стали визитной карточкой ЛПУ – фасадные вывески с фирменным логотипом



брендинг – были выполнены в Деревне и Медицинском центре Универсиады, футбольном стадионе «Казань-Арена», Международном аэропорту «Казань».

Свой вклад компания сделала и в формирование доступной среды, в частности, в казанском метрополитене была установлена система навигации для маломобильных граждан. Кстати, производственные возможности компании позволяют изготавливать и специ-

альные на высоком профессиональном уровне, дарят людям ощущение праздника.

Если больница всегда ассоциировалась у людей с негативными эмоциями, болезнью, страданиям, то сегодня современные рекламные технологии позволяют изменить отношение пациентов к медицинским учреждениям, меняют их имидж в положительную сторону. И пусть это лишь один шаг в сторону излечения больного, но он дорогого стоит.*



Скорая медицинская помощь: история и современность

11 января 1914 года в Казани был утвержден устав Общества скорой медицинской помощи. С этого исторического момента можно вести отчет работы службы, которая за 100 лет своего существования спасла бесчисленное количество жизней и по сей день остается надеждой на спасение для каждого.

За почти вековое существование службы скорой медицинской помощи (СМП) в нашей стране неоднократно предпринимались попытки ее реформирования и совершенствования, как на государственном, так и на территориальном уровнях. При этом сложившиеся принципы организации службы и задачи, стоящие перед ней, стали результатом работы тысяч людей в сфере оказания экстренной медицинской помощи на протяжении более чем ста лет.

Свою историю служба скорой медицинской помощи начинает с конца XIX века.

В декабре 1881 года в Венском театре комической оперы случился пожар. Это было происшествие грандиозного масштаба – 479 жертв. На следующий же день доктор Яромир Мунди приступил к созданию Венского добровольного спасательного общества. Этим обществом были организованы пожарная, лодочная команды и станция СМП (центральная и филиал) для оказания срочной помощи пострадавшим от несчастных случаев.

В середине 80-х годов XIX века функции скорой медицинской помощи легли на плечи

добровольных пожарных обществ и Общества Красного Креста. Но возможности их были недостаточны – появилась необходимость в самостоятельной службе, способной решать эти задачи.

В 1897 году первая в Российской Империи станция скорой помощи появилась в Варшаве. Затем этому примеру последовали города Лодзь, Вильно, Киев, Одесса, Рига. Венская станция играла роль методического центра.

В начале 1899 года были организованы 5 станций скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге. Каждая станция была снабжена двумя пароконными экипажами, 4 парами ручных носилок и всем необходимым для подачи первой помощи. При каждой станции дежурили два санитары. Правом вызова «санитарного обоза» пользовались врачи, чины полиции и старшие дворники.

11 января 1914 года Устав Общества скорой помощи был утвержден в городе Казани. Председателем Общества был избран врач



сменный режим работы, вышло постановление Казанского городского Совета рабочих и крестьянских депутатов «О порядке вызовов скорой медицинской помощи». Создана педиатрическая служба (введена должность врача-педиатра). В 1938 году организована неотложная помощь, в штате станции СМП – 45 единиц врачебных должностей, 27 автомашин, 7 из них работают круглосуточно, разработано положение о порядке вызовов СМП.

В годы Великой отечественной войны многие врачи были мобилизованы в армию, часть автотранспорта отправлена на фронт и передана оборонным предприятиям. В



В. М. Дмитриевский. Согласно Уставу, «Общество имеет целью подавать скорую медицинскую помощь жителям Казани во всякое время дня и ночи, для чего оно организует дежурство врачей в определенных пунктах города».

2 декабря 1919 года коллегия Губернского отдела под председательством Капитановского постановила организовать станцию скорой медицинской помощи, которая совместно с гражданским распределителем занималась преимущественно перевозкой больных сыпным тифом в больницы города. Ответственным врачом за «скорую помощь» был назначен врач Р. А. Лурия.

В 1921 году скорой помощью руководит Д. Косметов. В это время эпидемия идет на спад и появляются объективные возможности расширения сферы деятельности станции: проводятся круглосуточные приемы больных и выезды на дом для оказания первой медицинской помощи. В «скорой помощи» работают 3 врача, 3 фельдшера, 2 кучера и 1 санитар. Гужевого транспорт был

представлен двумя лошадьми, двумя летними экипажами, простыми санями и санками.

В годы Первой мировой войны Общество скорой медицинской помощи прекратило свою деятельность, и служба находилась в составе Казанского добровольного пожарно-го общества.

В октябре 1922 года станция скорой помощи выделена в самостоятельное учреждение. С этого времени она осуществляет действительную помощь населению при внезапных заболеваниях и травмах.

30-е годы прошлого столетия характеризуются активным развитием службы СМП в Казани: открылась скорая помощь при ГИДУВе, появился автомобильный транспорт для перевозки больных и мотоцикл для выезда врачей. 14 марта 1930 года служба была передана городскому отделу здравоохранения и поставлена на самостоятельный баланс. Количество вызовов за год – 25600. Стоимость одного вызова оценивалась в 15 рублей 93 копейки. При станции СМП создано эвакуационное бюро, введен трех-

послевоенные годы идет активная работа по восстановлению работы скорой помощи. В 1946–1961 гг. главным врачом скорой медицинской помощи была Е. А. Борчанинова.

С 1947 года врачи станции скорой медицинской помощи регулярно проходят усовершенствование в ГИДУВе. В 1955-м на станции работает 40 врачей, 250 работников среднего медицинского персонала. В 1958-м организована центральная диспетчерская служба. Вызовы принимаются по телефонам «03», диспетчерами заполняется контрольный талон с указанием адреса, фамилии пациента, повода к вызову и ориентиров места вызова. В 1959 году служба СМП утверждена как внекатегорийное учреждение, создана лечебно-контрольная комиссия. На все автомашины установлены радиопередающие станции.

В 1960–1980 гг. работа по организации службы СМП направлена на обеспечение доступности скорой медицинской помощи населению города и на качество ее оказания, организуется аттестация врачей, проводятся



мероприятия по развитию материально-технической базы.

В 1961-1962 гг. главным врачом была В. Ф. Белгородцева. В работу введены современное оборудование, новые лекарственные средства, в том числе гепарин, широко введен в практику непрямой массаж сердца.

В 1962-1964 гг. главным врачом службы СМП являлся Н. И. Дебердеев. 1 июня 1962 года открылся филиал №4 для оказания СМП жителям поселка Дербышки.

В 1964-м главным врачом стала Л. С. Домрачева, возглавлявшая станцию по 1982 год. Созданы фельдшерский и медицинские советы. Организована противошоковая бригада. На все автомашины установлены специальные сигналы-сирены, обеспечивающие право преимущественного проезда на дорогах города. В период наибольшего количества вызовов с 17 до 23 часов введена «пиковая» бригада. В службе работает 25 машин. В 1975 году для оказания специализированной помощи при угрожающих состояниях детям организована детская реанимационная бригада.

В 1982-м на должность главного врача ССМП был назначен Е. А. Ефремов, который руководил службой четверть века. В эти годы на станции трудились 250 врачей, 388

средних медицинских работников. Всего насчитывалось 1162 штатных единицы. В 1993 году в практику лечения больных острым инфарктом миокарда введена тромболитическая терапия. Для фельдшеров и диспетчеров созданы алгоритмы доврачебной помощи.

В 2006-2007 гг. станцию возглавлял Р. Г. Тураев. В этот период по Республиканской целевой программе Министерства здравоохранения РТ и по национальному проекту «Здоровье» получено 48 единиц санитарного автотранспорта, приобретено гаражное оборудование для обеспечения своевременного и качественного ремонта сошедших с линии по техническим причинам санитарных автомобилей, закуплено медицинское оборудование.

С июня 2007 года службу возглавляет А. М. Фатыхов. 13 ноября 2008 года на подстанции №8 проведена выездная сессия Государственного совета РТ «О совершенствовании оказания населению скорой медицинской помощи в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», в результате которого приняты ключевые решения по развитию службы скорой медицинской помощи. С 2009 года все подстанции и оперативное отделение работают в едином цифровом пространстве, что позволяет в

режиме реального времени принимать, ввести в автоматизированную систему управления «Скорая помощь» вызова и передавать их на исполнение в филиалы. Налажена цифровая телефонная связь, проведена интеграция АСУ «Скорая помощь» и «Поликлиника» для передачи вызовов по неотложной помощи в поликлиники, организован прием СМС-вызовов от глухонемых граждан.

За период с 2009 по 2012 годы при поддержке правительства Республики Татарстан и Министерства здравоохранения РТ было получено 105 санитарных автомобилей класса «В». В связи с этим значительно улучшилось состояние автомобильного парка службы.

В 2013 году на базе оперативного отделения создан современный диспетчерский консультативный центр (Call-центр). В его работу внедрены новые механизмы и оборудование, что позволило повысить доступность и оптимизировать прием обращений населения по телефону «03».

Летом 2013 года созданы две мотобригады, основной целью которых является снижение смертности при ДТП, при жизнеугрожающих состояниях в общественных местах и на улице. Мотоциклы оснащены набором необходимых медикаментов и медицинским оборудованием для оказания экстренной помощи.

В июле 2013 года станция приняла участие в медицинском обеспечении XXVII Всемирной летней Универсиады, было задействовано 214 врачей, 728 фельдшеров и 475 водителей скорой помощи.

В настоящее время Станция скорой медицинской помощи города Казани является одним из крупнейших учреждений здравоохранения в Республике Татарстан, в нее входят 8 подстанций, расположенных с расчетом 20-минутной транспортной доступности, автохозяйство с ремонтными мастерскими, 80 бригад скорой помощи, работающих в круглосуточном режиме, 1589 специалистов, в том числе 180 врачей, 846 фельдшеров и 387 водителей.

Ежегодно каждый третий житель города Казани обращается за скорой медицинской помощью. За 2012 год выполнено более 350 тысяч вызовов. В среднем за 24 часа бригады скорой медицинской помощи выезжают на 1083 вызова, нагрузка на 1 бригаду составляет 14-15 вызовов в сутки, каждая машина скорой помощи проезжает более 80 тысяч километров в год (250-300 км / сутки).

Служба скорой медицинской помощи имеет богатую и непростую историю своего развития. Созданная для перевозки при эпидемиях инфекционных заболеваний, она превратилась в сложную структуру, ориентированную на оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим на догоспитальном этапе, служба имеет свою школу, традиции и принципы организации.



Яркий след оставил в медицине Александр Ратнер

Его ученики защитили 5 докторских и 50 кандидатских диссертаций, но главное — его исследования позволили изменить травмоопасную методику родовспоможения и спасти тысячи жизней новорожденных, а миллионам — сохранить здоровье.

НОВЫЙ ПОДХОД К РОДОВСПОМОЖЕНИЮ

Марс МИХАЙЛОВ, заведующий кафедрой лучевой диагностики, почетный ректор КГМА, профессор, академик АН РТ, заслуженный деятель науки РФ и РТ, д. м. н.:

– Александр Юрьевич Ратнер очень рано защитил докторскую диссертацию, в 33 года. Не всем из его коллег это пришлось по нраву, и ему тогда не нашлось места на кафедре неврологии. Он организовал в ГИДУВе новую кафедру детской неврологии – третью в Советском Союзе. Кроме Казани, такие были еще в Москве и Ташкенте. Ратнер собрал вокруг себя команду молодых специалистов – педиатров, детских невропатологов и хирургов. В ней были также патофизиолог, патологоанатом, я же вошел как рентгенолог. С 1971 года мы начали вплотную заниматься изучением родовых повреждений позвоночника и спинного мозга.

Тема была совершенно непроработанной, и наши результаты шокировали медицинское сообщество, в корне изменив устоявшийся взгляд на неврологические заболевания и их последствия у новорожденных, а также доказав, что часто причиной их гибели была именно родовая травма. Мне пришлось вместе с патологоанатомом изучить повреждения позвоночника и спинного мозга у 130 детей, погибших при родах. Александр Юрьевич сам нередко принимал участие в этой работе, стремясь понять – отчего погибают дети. Мы обнаружили смещения и переломы шейных позвонков, повреждения позвоночных артерий.

Некоторые московские профессора в штыки восприняли утверждение, что порочна сама методика родовспоможения, когда акушеры активно «помогали» родиться ребенку. Однако жизнь расставила все на свои места. За несколько лет родовой травматизм в Казани удалось снизить в 4 раза! Тысячи врачей освоили новые подходы на циклах профессора Ратнера и акушеров, принявших его правоту. Под его руководством были защищены 5 докторских и 50 кандидатских диссертаций. Мы выезжали с лекциями в Австрию, обе Германии, Югославию, Норвегию. Одна из конференций в Казани собрала участников из 30 стран – в том числе США, Канады, Европы.

Если говорить о его увлечениях помимо медицины, Александр Юрьевич был очень разносторонне образован, прекрасно разбирался в искусстве, музыке. При очень внушительной внешности и росте под два метра обладал замечательным басом, и мы с удовольствием слушали арии из известных опер в его исполнении.

Мне приятно отметить тот факт, что я оказался первым докторантом среди учеников Александра Юрьевича Ратнера, а его дочери Елена и Наталья защищали свои кандидатские диссертации уже под моим руководством.



Профессор Ратнер учил совмещать научную работу с клинической, с лечением больных. Его обходы были великолепнейшей школой, когда каждый случай разбирался подробнейшим образом. Указывались недостатки и недоработки каждого врача вне зависимости от званий и регалий.

ШКОЛА РАТНЕРА

Владимир ПРУСАКОВ, заведующий кафедрой детской неврологии КГМА, профессор, д. м. н.:

- Масштабы совершенного Александром Юрьевичем Ратнером в медицинской науке трудно переоценить. Обладая поистине энциклопедическими знаниями, невероятным научным даром, огромной интуицией, он создал новое направление в неврологии вообще, и в детской – в частности. Не каждый профессор и доктор наук может похвастаться, что создал школу. Могут быть ученики, но это не значит, что заложены основы нового направления, создана традиция. Профессор Ратнер добился подобного результата, что позволяет его жизнь в науке считать по-настоящему успешной. Его имя присвоено клинике, которая является базой нашей кафедры. Казанская школа детской неврологии широко известна, она заявляет о себе и на российском, и на международном уровнях.

Александр Юрьевич отличался умением предвидеть актуальность той или иной проблемы и делать шаги на опережение. Сейчас на повестку дня выходят инсульты у младенцев, но Ратнер эту проблему поднимал еще в 80-е годы, и одна из первых диссертаций на нашей кафедре была посвящена именно нарушениям мозгового кровообращения у детей. Есть даже моно-

графия по данному вопросу, в том числе и по спинальным инсультам. Сейчас идет бурный рост числа работ по эпилепсии, но, хотя эта проблема тогда не была еще такой острой, в Казани были защищены блестящие диссертации по эпилепсии и пограничным пароксизмальным состояниям. Тогда был целый спектр прорывных тем: мы занимались и леворукостью, и головными болями у детей, и безусловными рефлексами новорожденных. Так, в рамках последней темы С. В. Бондарчук лично обследовала в роддоме 3 тысячи новорожденных и затем неоднократно осматривала их в течение первого года жизни. А это объем работы не одной кафедры, а целого НИИ. Такой была атмосфера научного поиска.

Профессор Ратнер учил нас совмещать научную работу с клинической, с лечением больных. Его обходы были великолепнейшей школой, когда каждый случай разбирался подробнейшим образом. Указывались недостатки и недоработки каждого врача вне зависимости от званий и регалий. Это были мини-конференции, которые проходили каждый понедельник и четверг. Профессор на них проявлял высокую требовательность, но никогда не запрещал высказывать другую точку зрения, даже если та противоречила его собственной, лишь бы она была обоснованной. Так формировался окончательный диагноз.

Конечно, мы могли работать спокойно, когда имели за спиной такую глыбу, которая защищала нас от всех и вся. Когда Александр Юрьевич ушел – а он ушел рано, на взлете – мы оказались без привычной поддержки. Но надо отдать должное коллективу, смогли сохранить дружескую атмосферу взаимопонимания и взаимовыручки. Конечно, времена меняются, приходится и нам менять формы работы. Уходят в прошлое 3-4 месячные циклы, слушатели чаще приезжают на определенный блок тем. Но мы смогли приспособиться к новым условиям и продолжить дело основателя нашей школы – профессора Александра Юрьевича Ратнера.

ТРИДЦАТЬ ДВА ГОДА СЧАСТЬЯ

Фаина РАТНЕР, супруга Александра Ратнера, профессор, доктор педагогических наук, заслуженный деятель науки РТ:

- Ратнеры – это настоящая медицинская династия. Отец Александра – Юрий Александрович – происходил из удивительной семьи. Она была небогатой и многодетной, при этом все 12 детей получили высшее образование, а 10 из них – высшее медицинское. Двое стали профессорами: Александр Александрович был завкафедрой терапии Хабаровского мединститута, а Юрий Александрович стал одним из первых советских докторов наук (еще в 1934 году) и основателей казанской школы онкологии. Не удивительно, что его единственный сын Александр тоже захотел посвятить жизнь медицине, но отец, сам будучи известным хирургом, сказал сыну: «Тебе с твоим характером хирургом быть нельзя». Александр всегда заводился с пол-оборота, вспыхивал как спичка. И он стал неврологом.



Тысячи врачей освоили новые подходы на циклах профессора Ратнера и акушеров, принявших его правоту. Под его руководством были защищены 5 докторских и 50 кандидатских диссертаций.

У него совершенно не было полутонов – только черное и белое. Если он с кем-то дружил, то весь отдавался дружбе. Повторял слова Светлова: «Дружба – понятие круглосуточное». И нам действительно звонили и днем, и ночью. То же он требовал и от друзей. А не у всех это получалось. Если же он кого-то считал не порядочным – то никакие силы не могли изменить его мнение.

Он дружил с выдающимся современным певцом, известным во всем мире, Николаем Путилиным, с которым познакомился на одном из первых Шаляпинских фестивалей, куда тот приехал никому неизвестным молодым парнем из Саранска. Он пел партию тореадора, Александр был в восторге, тут же пошел за кулисы, чтобы познакомиться. И уверял смущающегося Николая: «Вы будете петь в «Ла Скала». Рассказывал о новом таланте друзьям, врачам, курсантам. Организовал один из первых концертов Путилина в ДК «Сантехприбор». Кто-то посмеивался, мол, Александр опять «влюбился». Но прошли годы – и в итоге Николай пел и поет и в «Ла Скала», и в «Ковент-Гарден».

Александр был очень семейным человеком. Казалось бы, единственный ребенок в профессорской семье должен был вырасти избалованным, ничего не умеющим делать самостоятельно. Но это абсолютно не так. Он ведь рос в войну. В 1943 году им выделили участки на Казанке, вместе с мамой они ходили через весь город, сажали, ухаживали, а осенью носили урожай на себе. Он видел, как строилась семья его отца, который собрал вокруг себя всех своих сестер, а братьям помогал деньгами – и сам строил нашу семью по тому же образцу. И

его родные все были на нем, и мои – тоже.

Дочек наших – Лену и Наташу – очень любил, но был строгим отцом. В 10 часов вечера они всегда должны были быть дома, а когда учились в институте – этот срок сдвинулся до 23.00. С любой просьбой девочки сначала обращались ко мне: «Мама, поговори с папой!» Но его первая реакция всегда была одинаковой: «Я категорически против!» Однако, думаю, эта строгость им пошла только на пользу. Наташа как-то сказала на дне рождения: «Мне повезло, что я родилась у хороших людей!»

Очень тяжело Александр переживал переход в детскую неврологию. Ему тяжело было видеть больных детей. Он порой приходил из больницы, сажал девочек на колени и часа два не спускал их с рук. И они даже не пытались вырваться, потому что видели, что с ним творится. Пытались отвлечь его разговорами.

Своих врачей-курсантов он очень любил, но и в то же время нещадно «мучал» при ответах. Волновался жутко перед каждым циклом – наберется ли необходимое количество слушателей? Обхаживал их, организовывал катания на лыжах, регулярно водил в театр. Когда пел Путилин – на всех спектаклях присутствовал профессор Ратнер со своими врачами-курсантами. Но экзамены сдавали ему некоторые и по шесть раз. Его курсанты до 12 ночи сидели в библиотеке и, не позволяя закрыть ее, убеждали: «Иначе нас завтра профессор убьет». Он был очень требовательным.

Мы с ним были очень счастливы. 32 года счастья. Трудного счастья, тяжелого. А когда он ушел, то отвлечь меня от горя могла только работа. Я за три года написала докторскую диссертацию, стала профессором,

а потом и заслуженным деятелем науки РТ, у меня 350 печатных работ, в числе которых монографии, учебные и методические пособия, статьи. Но лучше бы ничего этого не было, а он был бы жив. До сих пор помню стихи, которые он мне написал и которые меня поддерживают в нынешней «другой» жизни:

Люблю тебя, твои черты
И даже первые морщинки!
Запомни, счастье – это ты!
А мы с тобой – две половинки.

Наши дочери продолжили дело отца. Старшая – Елена Морозова – доктор медицинских наук, работает на его кафедре детской неврологии, в клинике, которая носит его имя. Там же работает и ее сын Дмитрий, ассистент кафедры. Младшая дочь Наталья Ратнер – кандидат медицинских наук, работает менеджером направления «спортивное диагностирование» сети фитнес-клубов Республики Татарстан.

«Я ПРОСТО НЕ ПРОШЕЛ МИМО»

Елена МОРОЗОВА, дочь Александра Ратнера, доцент кафедры детской неврологии КГМА, д. м. н.:

– Отец был личностью необыкновенной – очень яркой, невероятно искрометной. Мне кажется, что если бы он был агротехником, то я бы пошла в сельское хозяйство. Потому что он умел настолько увлечь своими идеями, а идеи эти были всегда такими красивыми, так логично и убедительно обосновывались. Хотя сама по себе неврология, безусловно, очень красивая наука, но все же в моем выборе специальности именно личность отца сыграла главную роль.

Я училась у него, сидела в толпе восторженных слушателей и очень критично наблюдала за тем, как он ведет занятие, думала: «Вот это я буду говорить по-другому». Но постоянно ловлю себя на том, что повторяю не только его подходы к проблеме, но даже и интонации. Его открытие родовой спинальной травмы признается сейчас во всем мире. Один из ведущих профессоров мне сказал не так давно: «Всю жизнь я был его оппонентом, и только спустя время понял, что он гений. Теперь я понимаю, насколько он был прав». А когда отца спрашивали, как он сделал свое открытие, он отвечал: «Я просто не прошел мимо».

Я его безумно любила и уважала, и сейчас люблю и уважаю. У меня достаточно большая и успешная практика, но, несмотря на положительные отзывы моих пациентов и коллег, понимаю, что тут мне отца не превзойти. Пытаюсь развивать его направление, привнося что-то свое с учетом новых мировых данных. И, конечно, горжусь тем, что мой старший сын Дмитрий выбрал ту же специальность: он сейчас является ассистентом на нашей кафедре – кафедре своего деда. Занимается эпилептологией, вертеброневрологией. Так что 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@healthnation.ru

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

PR-менеджер
Анна ИДИЯТОВА
anna.matveeva@healthnation.ru

Коммерческий отдел
reclama@healthnation.ru

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



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

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

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

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

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа Л-179,
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 24.01.2014.
Отпечатано в типографии
ООО «КПК»,
г. Казань, пр. Ямашева, д.36, корпус 2.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

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

Представительство в г. Казани
420111, г. Казань – БЦ «Булак»,
ул. Право-Булачная, д. 35/2,
(Вахитовский район), этаж 4,
офис PHILIPS,
помещения 27, 28, 29, 38а/2.
Тел. ресепшен: (843)567-16-09.

ООО «ГК «АРФЕН»
420107, г. Казань – Лаишевский
район, с. Сокуры,
ул. Державина, д. 2 в.
Тел.: (843) 296-38-93.
Факс: (843) 784-07-00.
e-mail: zakaz@arfen.ru,
office@arfen.ru, client@arfen.ru
www.arfen.ru

ООО ПО «Дельрус Чистополь»
РТ, 422950, г. Чистополь,
ул. Г. Тукая, д. 53.
Представительство в Казани:
Тел.: (843) 273-15-57, 272-05-78.
Факс: (843) 272-05-48.
Представительство в Москве:
Тел.: (495) 645-19-01.
Представительство в Чистополе:
Тел.: (843-42) 5-25-61.
e-mail: office.chistopol@delrus.ru

ООО «ИМКОСЕРВИС»
123458, г. Москва, Строгино, проезд
607, д. 30, БЦ «Зенит-Плаза», оф. 305.
Тел.: (495) 228-05-86.
Факс: (495) 228-05-87.
e-mail: xtra@imko.ru
www.imko.ru

ООО «Индиго»
420066, г. Казань, ул. Солдатская,
д. 8, оф. 413.
Тел.: +7 967 365 87 91, +7 953 498 35 88.
e-mail: indigokazan@gmail.com

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

**ООО «Производственное
объединение
«Завод имени Серго»**
422546, Республика Татарстан,
г. Зеленодольск, ул.
Привокзальная, д. 4.
Тел./факс: (84371) 576-36, 536-64,
539-62, 222-42.
e-mail: medic@pozis.ru
www.pozis.ru

ООО «РЕНМЕДПРОМ»
127322, г. Москва, ул. Яблочкова,
д. 21, корп. 3.
Тел./факс: (499) 750-89-41.
e-mail: renmedprom@mail.ru
www.renmedprom.ru

ООО «Татхимфармпрепараты»
420091, г. Казань, ул. Беломорская,
д. 260.
Тел.: (843) 526-97-05.
Факс: (843) 571-85-28.
e-mail: marketing@tatpharm.ru
www.tatpharm.ru

**Центральный офис
ООО «ЭЙ энд ДИ РУС»**
121357, 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

ООО «ЦЕНТР»
420061, г. Казань, ул. Зинина, д. 3а.
Тел.: (843) 533-88-42.
Факс: (843) 533-88-01.
www.cg.ru

ООО «Эластолукс»
423803, г. Набережные Челны,
а/д М-7, ГСК «Птицевод-2», бокс 1/6а.
Тел./факс: (8552) 448-548,
моб. +7 9061 222 121
e-mail: elastolux@chelny.com
www.elastolux.ru

ООО «ЭЛЕПС»
420036, г. Казань,
ул. Дементьева, д. 2В.
Тел.: 8-800-700-87-03,
(843) 570-40-44 (многоканальный).
Факс: (843) 570-81-46.
e-mail: info@eleps.ru
www.eleps.ru

ЭКСТРАОРДИНАРНО ИННОВАЦИОННАЯ
И ВЫСОКОЭФФЕКТИВНАЯ АУТОТРАНСФУЗИОННАЯ
СИСТЕМА

 **SORIN** | XTRA®

16+



Sorin XTRA - 6-е поколение
аутоотрансфузионных систем.

Sorin XTRA объединяет лучшие идеи
от аппаратов Brat 2 и Electa, представляя
дальнейшую инновационную разработку
аутоотрансфузионных технологий.

Sorin XTRA - компактная,
эргономичная и с привлекательным
дизайном.

Sorin XTRA производится
Sorin Group Deutschland GmbH,
Мюнхен, Германия, что гарантирует
непревзойденное качество и
надежность, хорошо известную во всем
мире по аппаратам искусственного
кровообращения Stockert.

Sorin XTRA включает модуль
вакуумного аспиратора Sorin Xvac,
полностью интегрированного
в аппарат.

По любым вопросам обращаться
в отдел аутоотрансфузии.

imko

M E D I Z I N T E C H N I K

МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
И СЕРВИСНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

ООО «ИМКОСЕРВИС»

123458, г. Москва, Строгино, проезд 607, д. 30.

Бизнес-центр «Зенит-Интер», оф. 305.

Тел.: +7 (495) 228-05-86.

Факс: +7 (495) 228-05-87.

E-mail: xtra@imko.ru

www.imko.ru

 **SORIN GROUP**
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

Новости | Статьи | Справочник | Публикации | Клиника

191 Май 2012
191 Апрель 2012
191 Сентябрь 2011

ГЛАВНОЕ

Healthy Nation | Healthy Nation | Healthy Nation | Healthy Nation

RSS-лента

кардиология

Передовые решения задач интенсивной терапии

7 современных заболеваний имеют схожие черты. Они возникают в критических ситуациях, приводят к летальному исходу, требуют кардиологического и реанимационного подхода. Среди них: инфаркт миокарда, инсульт в острой фазе, острая почечная недостаточность, острая коронарная недостаточность, острая сердечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острая печеночная недостаточность.

Новый подход в решении проблемы рестенозов - баллоны с лекарственным покрытием

Почему важен «Стаж титрования» в лечении ишемической болезни сердца

Телемониторинг кардиопациентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных

Эффективное лечение в домашних условиях

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

Метод экстракорпоральной гемокоррекции (ЭХГ) становится необходимым компонентом программы лечения больных с острой почечной недостаточностью

Справка 1 из 5

1 2 3 4 5

191 МОДЕРНИЗАЦИЯ | 191 ОНКОЛОГИЯ | 191 ТЕХНОЛОГИИ

Важное звено сердечно-сосудистой системы
Почему так важно вовремя выявить и лечить атеросклероз? Узнайте об этом в нашей статье.

Интервью Валерия Чисова
Как важно вовремя выявлять и лечить атеросклероз? Узнайте об этом в нашей статье.

Соннография + гистологический анализ
Соннография - это метод исследования сна. Узнайте об этом в нашей статье.

Суставы - вторую жизнь
Суставы - это часть опорно-двигательного аппарата. Узнайте об этом в нашей статье.

Скрытая угроза
Скрытая угроза - это состояние, которое может привести к серьезным последствиям. Узнайте об этом в нашей статье.

Под контролем УЗИ-датчиков
Ультразвуковые датчики - это устройства, которые позволяют контролировать состояние организма. Узнайте об этом в нашей статье.

Healthy Nation

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

Healthy Nation

www.HealthyNation.ru



На правах рекламы.

