

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Закон «Об основах охраны здоровья граждан» изменил правовое поле отечественной медицины

18

ПЕДИАТРИЯ

Россия перешла на новые критерии регистрации новорожденных, рекомендуемые ВОЗ

20

КАРДИОЛОГИЯ

Ведущие специалисты России – на конференции «Актуальные вопросы аритмологии»

48

ХИРУРГИЯ

Первый российско-европейский образовательный симпозиум по торакальной хирургии в Казани

56

ГОМЕОПАТИЯ

Натуропатические методы становятся все актуальнее на фоне роста «цивилизационных болезней»

66



О ДЕТСКОЙ ТЕМЕ СЕРЬЕЗНО

ДЕМОГРАФИЯ

ПО ИТОГАМ 2011 ГОДА В ТАТАРСТАНЕ
ЗАРЕГИСТРИРОВАН ЕСТЕСТВЕННЫЙ
ПРИРОСТ НАСЕЛЕНИЯ

Резервы федерального бюджета – как поощрение здравоохранения за хорошую работу [10] • Чуда не случится – нужно создавать условия [13] • Нерядовое событие [16] • Основной закон российской медицины [18] • «Больные» вопросы охраны детского здоровья [20] • От повышения рождаемости – к сохранению здоровья [24] • Рациональное питание – здоровый ребенок [28] • Репродуктивное просвещение [32] • Случай редкого синдрома [34] • Вместе на страже детского здоровья [36] • Возможности безопасного родовспоможения [40] • Удобно, стерильно, эффективно [43] • Свободное дыхание [47] • Неинвазивные методы лечения – будущее аритмологии [48] • Роль электрофореза в диагностике множественной миеломы [50] • Гарантия работоспособности, или Как обеспечить бесперебойную работу медицинской техники [54] • Торакальная хирургия: мировой опыт [56] • Меры должны быть адекватными [60] • УФ системы на основе амальгамных ламп [62] • «Альфа» – уникальная отечественная разработка [64] • Лечит больного, а не болезнь [66] • Сделано в Китае [70] • И добрых дел не перечесть [72] • С песней по жизни [75] • Смешное о серьезном [78]

Интенсивная терапия новорожденных. **Техника во имя жизни**

AVEA: новый стандарт искусственной вентиляции легких



Возможность всестороннего мониторинга состояния пациента и аппарата ИВЛ при работе с новорожденными (от 500 г), детьми и взрослыми. Полный выбор режимов вентиляции, система фильтрации выдоха с подогревом и уникальный спектр клинических функций и функций безопасности представлены в виде интуитивного и простого в использовании интерфейса Simple Touch.

INFANT FLOW SIPAP – ИВЛ для ново- рожденных



Аппарат для проведения неинвазивной респираторной поддержки у новорожденных и детей, страдающих синдромом дыхательной недостаточности, а также для транспортировки больных внутри стационара. Наличие генератора обеспечивает постоянное давление в дыхательных путях, минимизируя работу дыхания. Снабжен полностью интегрированной системой контроля состояния пациента.

Аппарат ИВЛ **VELA** – доказанная надежность



Надежная и стабильная платформа Vela, включающая в себя проверенную турбинную технологию, улучшает время отклика и дает великолепные возможности управления потоком и давлением. Это предоставляет возможность поддерживать даже самых тяжелых больных, а также значительно сокращает стоимость эксплуатации прибора.

SensorMedics 3100A – высокочастотная осцилляционная вентиляция легких



Обеспечивает значительное улучшение вентиляции, повышая оксигенацию крови при наименьшем среднем давлении и минимальной концентрации кислорода. Пригоден для использования у детей при отсутствии эффекта традиционной механической вентиляции легких. SensorMedics 3100 – единственный высокочастотный вентилятор, утвержденный для применения при ранних неонатальных респираторных дисфункциях.

Инкубатор **Giraffe** – в атмосфере заботы



Инкубатор интенсивной терапии для обеспечения оптимальных условий выхаживания новорожденных, родившихся в критических состояниях, глубоко недоношенных и маловесных детей. Инкубатор Giraffe® позволяет создать для младенца необходимую среду, соответствующую его состоянию, уменьшить стрессовые нагрузки на родителей и упростить работу персонала больницы.

ОАО «Производственное объединение «Завод имени Серго»

Единственный в Российской Федерации серийный производитель
медицинской холодильной и морозильной техники

ГОСУДАРСТВЕННАЯ КОРПОРАЦИЯ
Ростехнологии
POZIS
Since 1898



Широкий
ассортимент
типоразмеров -
от 140 до 400 л.

ХОЛОДИЛЬНИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ

Предназначены для хранения лекарственных
и биологических препаратов в ЛПУ, медицинских
учреждениях, аптеках.



Габариты: 885x1340x720.
Общий объем - 180 л.

МОРОЗИЛЬНИК МЕДИЦИНСКИЙ

Предназначен для длительного хранения (карантинизации)
компонентов крови: свежзамороженной плазмы и ее составляющих
(криопреципитата и криопреципитатной плазмы) при температуре
от -20°C до -40°C .



Объем от 250 до 400 л.

ХОЛОДИЛЬНИКИ ДЛЯ ХРАНЕНИЯ КРОВИ

Предназначены для хранения
свежей и консервированной крови
в клиниках, больницах,
на станциях переливания крови
при температуре от $+2^{\circ}\text{C}$ до $+6^{\circ}\text{C}$.

New
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ



Бактерицидный облучатель-
рециркулятор «POZIS-Etra» -
эффективный медицинский
прибор для экологической
дезинфекции и обеззараживания
воздуха в помещении
в присутствии людей.

Преимущества:

- гарантия - 2 года
- срок службы ламп - 9000 ч.
- отражатель из полированной стали
- аварийная индикация при
неисправности одного и более
вентиляторов, ламп
или элементов сети
- сигнализация о необходимости
санитарной обработки ламп
каждые 200 ч.
- электронный блок управления
- площадь обеззараживания - до 100 м^3
- полная ремонтпригодность,
легко заменяемые запасные части
- гарантийное и постгарантийное
обслуживание.

e+clusive

WWW.POZIS.RU

422546, Россия, Республика Татарстан,
г. Зеленодольск, ул. Привокзальная, 4.
Тел./факс: +7 (84371) 576-36, 536-64, 539-62.
E-mail: medic@pozis.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

10	Резервы федерального бюджета - как поощрение здравоохранения за хорошую работу
13	Чуда не случится - нужно создавать условия
16	Нерядовое событие
18	Основной закон российской медицины
20	«Больные» вопросы охраны детского здоровья
24	От повышения рождаемости - к сохранению здоровья
28	Рациональное питание - здоровый ребенок
32	Репродуктивное просвещение
34	Случай редкого синдрома
36	Вместе на страже детского здоровья
40	Возможности безопасного родовспоможения
43	Удобно, стерильно, эффективно
47	Свободное дыхание
48	Неинвазивные методы лечения - будущее аритмологии
50	Роль электрофореза в диагностике множественной миеломы
54	Гарантия работоспособности, или Как обеспечить бесперебойную работу медицинской техники
56	Торакальная хирургия: мировой опыт
60	Меры должны быть адекватными
62	УФ системы на основе амальгамных ламп
64	«Альфа» - уникальная отечественная разработка
66	Лечит больного, а не болезнь
70	Сделано в Китае
72	И добрых дел не перечесть
75	С песней по жизни
78	Смешное о серьезном

Healthy Nation

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ





Нижегородская область

Шесть межрайонных сосудистых центров оказывают экстренную помощь 75% населения Нижегородской области

1 февраля 2012 года в г. Семенове на базе центральной районной больницы открылся очередной межрайонный сосудистый центр. Теперь сеть, в которую входят областной сосудистый центр и шесть первичных межрайонных центров, способна оказывать экстренную помощь на 75% территории области. До конца года этот показатель будет доведен до 100%. Работа сети сосудистых центров, которая создается с 2010 года, уже позволила снизить на 10% смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе. Каждый второй из тех, у кого диагностировали инфаркт или инсульт, не только выздоравливает, но и в результате своевременно принятых мер сохраняет работоспособность.

Спорт и культура - доступны инвалидам

С 2010 года число инвалидов, которые посещают физкультурно-оздоровительные комплексы, увеличилось вдвое. 15 человек из Нижегородской области вошли в состав олимпийской команды России на летние Паралимпийские игры-2012. За год в областном центре в 1,5 раза больше стало наземных пешеходных переходов, оборудованных специальными сигнальными элементами для инвалидов по зрению и слуху. В 2011 году заработало социальное такси во всех районах Нижнего Новгорода и ряде районных центров - в Кстово, Боре, Дзержинске, Городце. Дополнительно из областного бюджета в 2011 году гражданам, имеющим группу инвалидности, отпущено лекарственных препаратов на сумму 42,2 млн рублей.

Дать женщине возможность сохранить ребенка - главная задача Центра «Быть мамой»

16 января 2012 года в курортном поселке Зеленый город состоялась торжественная церемония открытия первого в Нижегородской области Центра помощи семье и детям «Быть мамой». Он создан по инициативе православной церкви и Всероссийской программы «Святость материнства» для помощи женщинам с маленькими детьми и беременным женщинам, которые попали в трудную жизненную ситуацию, но хотят сохранить ребенка. В Центре женщины смогут находиться в течение трех месяцев, а если потребуются, то и дольше. С ними будут работать психологи, социальные работники, юристы, которые помогут узнать о мерах поддержки со стороны государства и общественных организаций.



Оренбургская область

Портативные электрокардиографы получили более 900 медицинских работников ФАПов, амбулаторий, отделений скорой помощи

Это современное оборудование имеет устройства для передачи данных по телефонным каналам, что делает возможной быструю консультацию со специалистами и, как следствие, увеличивает шансы сохранения пациенту здоровья и жизни. Всего для реализации программы модернизации здравоохранения области в 2011 - 2012 гг. выделено более 9 млрд рублей. В течение 2011 года после капитального ремонта приведены в соответствие с лицензионными требованиями 68 объектов (107 отделений), в том числе 33 объекта службы детства и родовспоможения. Более 460 млн рублей федеральных средств использовано на приобретение оборудования в соответствии с федеральными стандартами оснащения лечебных учреждений. В рамках программы информатизации здравоохранения укомплектовано компьютерной техникой 28 учреждений, создана ведомственная сеть передачи данных. Сегодня запись на прием к врачу осуществляется через Интернет и с помощью электронных терминалов.

Возрождая традиции земской медицины

В регионе, где живут более 40% сельских жителей, как нельзя кстати пришла инициатива федерального центра об одновременных компенсационных выплатах в размере 1 млн рублей медикам, желающим переехать на работу в сельскую местность. В феврале в областной проект «Земский доктор» уже вошли 30 врачей Оренбуржья - терапевты и хирурги, врачи общей практики и скорой помощи, эндокринологи и кардиологи, стоматологи, провизоры. Участники проекта обязуются послужить сельскому здравоохранению не менее 5 лет. Подписаны трехсторонние договоры между областным минздравом, специалистами и лечебными учреждениями. Главные врачи центральных районных больниц надеются, что молодые кадры приживутся на селе. Всего для Оренбургской области по проекту «Земский доктор» предусмотрено 69 миллионов рублей из федерального бюджета.

В эксплуатацию введен новый поликлинический корпус Саракташской ЦРБ

На 6000 кв. м удобно разместилась вся поликлиническая служба - взрослая и детская поликлиники, женская консультация, стоматология. На строительство объекта и его оснащение направлено более 300 млн рублей из областного бюджета. Было приобретено современное физиотерапевтическое и диагностическое оборудование, в том числе 16-срезовый компьютерный томограф, который значительно улучшит диагностику пациентов Саракташского и соседнего Беляевского районов.

Не так давно в области сданы также два новых лечебных корпуса Сакмарской ЦРБ, корпус в областном детском противотуберкулезном санатории, на подходе - новый роддом в Кувандыке. Решаются вопросы строительства нового здания областной детской клинической больницы, областного перинатального центра, онкодиспансера в г. Орске, современных диализных центров.



Пензенская область

Внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи онкологическим больным

На поэтапное внедрение стандартов медицинской помощи в Пензенской области в 2012 году предусмотрено более 1 млрд рублей. Министр здравоохранения и социального развития области Владимир Стрючков сообщил: «Планируется внедрение 15 федеральных стандартов при оказании помощи больным с онкологическими заболеваниями. Установлены стимулирующие выплаты 100% врачам и более 85% средним медицинским работникам поликлиник. Медицинская помощь на основании стандартов будет оказана 27 тыс. пациентов. Запланировано проведение углубленной диспансеризации 11,5 тыс. 14-летних подростков, продолжится работа по оказанию паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями».

Единая диспетчерская служба скорой медицинской помощи для пяти районов Пензенской области

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения области на информатизацию системы ЛПУ было предусмотрено 30 млн рублей. Эти средства позволили оснастить системами ГЛОНАСС 120 автомобилей скорой медицинской помощи г. Пензы, а также Каменской, Белинской, Башмаковской, Пачелмской и Тамалинской районных больниц. Для бригад скорой медицинской помощи закуплены мобильные автоматизированные рабочие места (планшетные компьютеры). На базе больниц создано 35 автоматизированных рабочих мест диспетчеров. Все это позволило создать в Каменском районе единую для пяти муниципальных районов диспетчерскую службу. Этот опыт будет распространен на всю территорию области.

Хирургия сетчатки и стекловидного тела теперь доступна пациентам Областной офтальмологической клинической больницы

Благодаря включению в Программу модернизации здравоохранения в больнице появился современный комплекс оборудования, включающий микроскоп Lumera знаменитой фирмы Carl Zeiss и офтальмохирургический комбайн Constipation ведущей офтальмологической фирмы Alcon. Общая стоимость комплекса составила 14 млн рублей, которые были выделены из областного бюджета. Областная офтальмологическая больница в 2011 году получила лицензию на оказание высокотехнологичных медицинских операций пациентам с диабетической ретинопатией, отслойкой сетчатки, макулярными разрывами сетчатки, кровоизлияниями в стекловидное тело, проникающими ранениями глаз, помутнениями стекловидного тела различного генеза. В 2012 году больнице выделено 600 квот на оказание данных видов операций.



Саратовская область

Перинатальный центр уже работает с полной нагрузкой

В открывшемся в преддверии 2012 года Перинатальном центре на 17 февраля принято уже 137 родов, из них 7% составляют роды преждевременные. Самый маленький ребенок родился с весом 800 грамм. Консультативная поликлиника, родильный блок, отделение патологии беременных, лаборатория и другие структурные подразделения работают с полной нагрузкой. Ведение преждевременных родов и реанимация новорожденных осуществляются в соответствии с новыми протоколами, которые разработаны Научным центром акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова. В соответствии с новым приказом Министерства здравоохранения области все беременные с преждевременными родами от 22 недели беременности направляются именно в это учреждение. В рамках генерального тарифного соглашения в системе ОМС на 2012 год утвержден повышенный тариф на медицинскую помощь новорожденным, требующим реанимационной помощи, интенсивной терапии и длительного выхаживания.

Защита персональных данных - первоочередная задача программы информатизации здравоохранения области

В 2012 году будет создана защищенная сеть передачи данных (ЗСПД) учреждений здравоохранения области. 1-я очередь сети будет решать вопросы защиты информационной системы «Электронная регистратура», которая в настоящий момент функционирует в ограниченном режиме. 2-я очередь ЗСПД предназначена для работы с медицинскими информационными системами. Она будет создаваться после проведения локально-вычислительных сетей (ЛВС) в лечебно-профилактических учреждениях области. Аукционы на создание ЗСПД и монтаж ЛВС Министерство здравоохранения Саратовской области проведет в марте 2012 года.

Переходят в областное подчинение

Как сообщила на своей пресс-конференции министр здравоохранения области Лариса Твердохлеб, согласно ФЗ-313 все муниципальные учреждения здравоохранения в течение 2012 года будут переданы областным структурам. Таким образом выстроится вертикаль управления в здравоохранении, которая позволит рационально и эффективно использовать силы и средства региональной медицины для улучшения качества и доступности медицинской помощи. По словам министра, Саратовская область находится в числе лидеров Российской Федерации по снижению таких показателей смертности, как младенческая смертность (снижение на 5%), смертность от онкологических (на 8,3%) и сердечно-сосудистых заболеваний (на 17,5%), сократилась естественная убыль (на 22,4%) и общая смертность населения (на 8,16%).

НОВОСТИ ТАТАРСТАНА

За большой вклад в здравоохранение



Медицинские работники республики недавно вновь были высоко оценены Правительством Республики Татарстан.

За многолетнюю и самоотверженную работу заместитель главного врача РКБ №2 Мунир Тухватуллин награжден медалью «За доблестный труд». Звание «Заслуженный врач Республики Татарстан» присвоено заведующему отделением сосудистой хирургии МКДЦ Игорю Игнатьеву, главному врачу Центра планирования семьи и репродукции ООО «АВА-ПЕТЕР» Фирае Сабировой, профессору кафедры хирургических болезней №1 КГМУ Олегу Карпухину. Первый заместитель министра здравоохранения РТ Адель Вафин удостоен благодарности Президента Республики Татарстан, а коллектив Республиканской клинической больницы – благодарственного письма Президента Республики Татарстан. Торжественное вручение наград состоялось на итоговой за 2011 год коллегии Минздрава РТ.

Острые проблемы - за «круглым столом»

Темой обсуждения стали внутрибольничные инфекции, и сегодня представляющие реальную угрозу жизни стационарных больных.

Образовательный центр высоких медицинских технологий собрал за «круглым столом» ведущих эпидемиологов, врачей-эндоскопистов и других специалистов Министерства здравоохранения РТ. Основное внимание было уделено практике применения современных средств дезинфекции, стерилизации и обеззараживанию воздуха в помещениях. В прошлом году в стране было зарегистрировано большое количество групповых заболеваний. Наиболее часто заражению инфекциями подвержены недоношенные дети или пациенты с хроническими заболеваниями. В последнее время наблюдается крайне неблагоприятная ситуация по заболеваемости корью, в конце прошлого года в России было зарегистрировано около 630 случаев инфицирования этой вирусной болезнью. В связи с этим были приняты соответствующие меры, в том числе по иммунизации.



Общество

«Роль гражданского общества в совершенствовании здравоохранения России». Именно такой теме посвятил свою встречу с медицинской общественностью Татарстана глава Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.



Он рассказал о ее роли в процессе законотворчества в сфере охраны жизни и здоровья граждан, пообщался с врачами и студентами медицинских вузов. «Мы многое потеряли в 90-х годах и до сих пор испытываем трудности – по кадрам, материально-технической базе, – сказал Леонид Рошаль. – В то же время таких средств, выделяемых на модернизацию, мы никогда не получали. Ваша республика, помимо федеральных средств, также много вкладывает. Татарстан в целом находится на передовых позициях. Все, что есть в России передового, вы пытаетесь внедрить у себя». Во встрече приняли участие заместитель Председателя комитета по здравоохранению Государственной Думы РФ Сергей Дорофеев, министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов, советник президента РТ по социальным вопросам Татьяна Ларионова.

«Здоровая личность - здоровое государство»

Секция с таким названием прошла в рамках II Международной научно-практической конференции «Современные проблемы безопасности жизнедеятельности: теория и практика».

Ее участники обсуждали, в основном, вопросы обеспечения безопасности детей, снижения смертности от внешних причин и др. В рамках конференции состоялись также мастер-класс, посвященный сердечно-сосудистой реанимации, заседание профильной комиссии по вопросам нормативного регулирования деятельности скорой медицинской помощи с участием директора НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе Сергея Багненко. Главный внештатный специалист по профилактической медицине Минздравсоцразвития РФ Сергей Бойцов отметил, что проблема безопасности жизнедеятельности человека включает в себя экологическую, технологическую безопасность и ряд других аспектов. Особое же место занимает проблема демографической безопасности. «Мы должны понимать, что лишь усилиями здравоохранения этой проблемы не решить, – отметил он. – Демографическая проблема – предмет работы и объект внимания общественного здравоохранения. Охрана здоровья граждан включает в себя комплекс процессов, лежащих в сфере деятельности различных ведомств. Лишь при таком подходе в нашей стране может быть решена проблема снижения смертности».



К оказанию экстренной помощи РКБ готова



Продуманная логистика экономит минуты, каждая минута спасает жизнь.

То, что раньше называлось приемным покоем, теперь стало самым беспокойным местом в больнице. Новое приемно-диагностическое отделение Республиканской клинической больницы - это не только новое здание и современная диагностическая аппаратура, это, прежде всего, новый подход к оказанию экстренной медицинской помощи.

Выступая на торжественной церемонии открытия приемно-диагностического отделения РКБ, Премьер-министр РТ Ильдар Халиков подчеркнул:

- Это событие завершает большой проект создания основы единой инфраструктуры медицинской помощи в Татарстане. Приемное отделение РКБ теперь - это не просто красивейшее здание, новейшее оборудование, это совершенно иной уровень комфорта для пациентов и медицинских работников. И, в первую очередь, это совершенно новые возможности для спасения жизней людей.

На строительство приемно-диагностического отделения Республиканской клинической больницы в рамках целевой программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы» было выделено 244 млн рублей. В здании площадью 5883 кв. м размещено специализированное отделение для приема пациентов, нуждающихся в экстренной медикаментозной терапии и диагностических исследованиях на догоспитальном этапе. Для этого установлены 64-срезовый компьютерный томограф, многоплановая ангиографическая

система, цифровой рентгенодиагностический комплекс и другое современное медицинское оборудование. А чтобы оно использовалось эффективно, изменен сам подход к оказанию экстренной медицинской помощи. Счет идет буквально на секунды, помощь пациентам начинает оказываться с момента погрузки в спецавтомобиль или вертолет. На каждом из 5 - 7 этапов экономятся минуты, а это в итоге спасает тысячи человеческих жизней.

- Мы многому научились при реконструкции БСМП Набережных Челнов и, применив полученный опыт в РКБ, создали лучшее в России отделение экстренной медицинской помощи, - объяснил директор НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе Сергей Багненко. - Здесь могут одновременно принимать не один - два автомобиля с пострадавшими, как в большинстве наших больниц, а более 10. Обеспечена возможность подойти к пациенту со всех сторон и использовать любое оборудование, создан настоящий конвейер постановки точных диагнозов при помощи современных технологий, подготовлены шоковые операционные. А при чрезвычайных ситуациях

холл отделения быстро переоборудуется для оказания помощи большому числу пострадавших. Эту систему работы мы будем применять при создании всех травмоцентров 1 и 2 уровней.

Дополнительным преимуществом стало удобное расположение РКБ, которая находится в десяти минутах езды от Международного аэропорта «Казань» и в четырех минутах - от вертолетной площадки.

Директор департамента социального развития Правительства России Нелли Найговзина призналась, что развитие медицины Татарстана вызывает глубочайшее уважение и профессиональную гордость.

- Приемное отделение - это сердце больницы. Как начнется лечение в приемном отделении, так и сложится последующее лечение. От этого зависит очень многое, - обратилась Нелли Найговзина к врачам РКБ. - Поэтому я желаю, чтобы открытие этого отделения позволило больнице переосмыслить медицинские технологии, чтобы вы приобретали новое оборудование, чтобы ваши врачи учили и учились.



Резервы федерального бюджета - как поощрение здравоохранения за хорошую работу

О демографической ситуации в России, строительстве новых перинатальных центров и модернизации системы здравоохранения шла речь на правительственном совещании, которое 15 февраля провел в Набережных Челнах Премьер-министр России Владимир Путин. Мероприятие с участием глав регионов и федеральных министерств состоялось на базе городской БСМП. Место для форума было выбрано не случайно.

Вступительная речь главы Правительства РФ содержала много положительной статистики. По словам Владимира Путина, в 2011 году численность населения России составила более 143 миллионов человек, что на 165 тысяч больше в сравнении с 2010 годом. Средняя продолжительность жизни в стране преодолела 70-летний рубеж. По словам Премьер-министра, эти показатели превзошли ожидания и Правительства России, и зарубежных экспертов. Ведь подобных результатов планировалось достигнуть только к 2015 году.

РФ. По словам Владимира Путина, с 2006 года руководство страны направило все силы на снижение смертности и увеличение рождаемости. И эти усилия уже дают свои результаты. Так, за последние 6 лет родилось более 10 миллионов детей. По уровню рождаемости Россия обошла многие европейские страны. За эти годы в стране удалось на треть сократить младенческую смертность - с 11 до 7,3 на тысячу родившихся. А в 23 регионах этот показатель уже опустился до европейского уровня и даже ниже. Только по приблизительным подсчетам за последние 6 лет удалось спасти 11 тысяч малышей.

СПАСЕНИЕ МЛАДЕНЦЕВ

На совещании также было отмечено, что естественная убыль населения России с 2005 по 2011 год сократилась в 6,5 раза, что является лучшим результатом за по-

следние 20 лет. Почти в трети российских регионов зафиксирован естественный прирост населения. «Это в значительной степени результат работы руководителей регионов», - сказал глава Правительства



В 2011 году в Татарстане впервые за 20 лет зафиксирован естественный прирост населения. Жителей стало больше на 3 тысячи 752 человека. Сложившаяся в республике демографическая ситуация во многом превышает средние показатели по стране: рождаемость выше на 6 процентов, а смертность ниже на 8 процентов. При этом средняя продолжительность жизни в республике превысила 71 год.

По словам Владимира Путина, большое влияние на снижение смертности среди новорожденных оказывают перинатальные центры. В тех регионах, где появляются подобные медицинские учреждения, младенческая смертность снижается на порядок. В связи с этим глава Правительства РФ заявил о необходимости строительства еще 20 - 25 перинатальных центров.

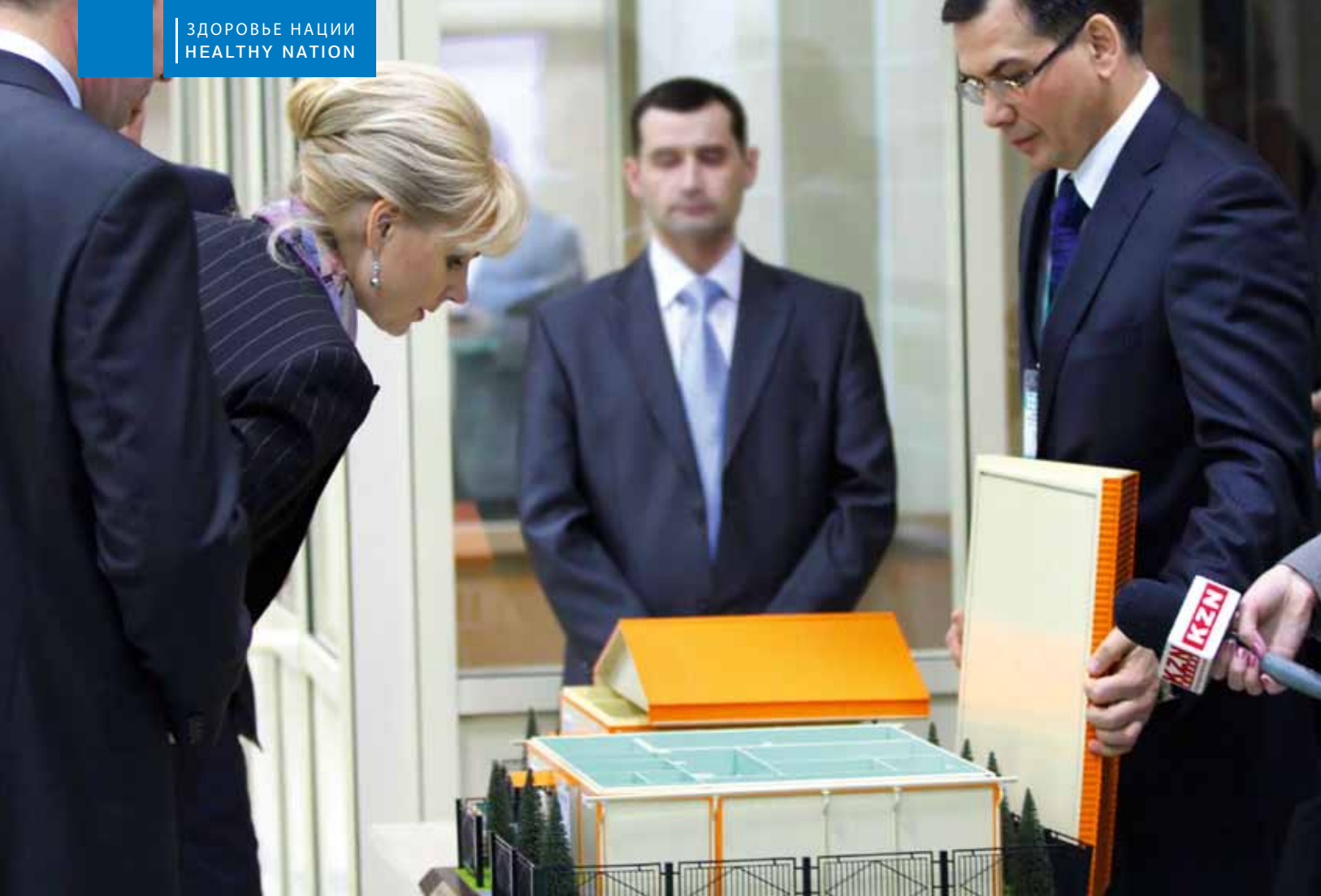
Как было отмечено на совещании, сейчас страна столкнулась с эхом демографического спада 90-х годов. Тем не менее если удастся реализовать меры по улучшению демографической политики, население к 2050 году вырастет до 154 миллионов человек. «Мы не просто должны продолжить программы, но и расширить их, предложить дополнительные меры по стимулированию рождаемости», - заявил Владимир Путин. В этой связи глава Правительства РФ рассказал о программе поддержки многодетных семей, в том числе о выделении пособий семьям при рождении третьего и последующих детей. По словам Владимира Путина, программа должна быть адресной, направленной на поддержку семей с

небольшими доходами. При этом в первую очередь планируется поддерживать те регионы, где на протяжении последних лет фиксируется отрицательная демографическая динамика. При этом Премьер-министр подчеркнул, что этот подход не имеет национального характера. «Люди, проживающие на депрессивных территориях, вне зависимости от своей этнической принадлежности должны получить поддержку от государства», - заявил Владимир Путин. При этом главам субъектов было поручено провести тщательный анализ демографической ситуации за 2009 - 2011 годы и принять необходимые меры на региональном уровне. По мнению Премьер-министра, у каждого субъекта РФ должны быть свои ощутимые меры поддержки женщин, рожающих второго и последующих детей. А способов здесь немало - это выплата регионального материнского капитала, бесплатное предоставление земельных участков, обеспечение жильем. Также Владимир Путин потребовал решить проблему очередей в детские сады в течение ближайших четырех лет.

ИННОВАЦИИ - В ЖИЗНЬ

Решение демографических задач во многом зависит от деятельности региональных управленческих команд, особо подчеркнул Владимир Путин. Здесь очень кстати пришелся положительный опыт Татарстана, о котором на совещании рассказал Президент РТ Рустам Минниханов. Он отметил, что в 2011 году в республике впервые за 20 лет зафиксирован естественный прирост населения. Жителей стало больше на 3 тысячи 752 человека. Сложившаяся в республике демографическая ситуация во многом превышает средние показатели по стране: рождаемость выше на 6 процентов, а смертность ниже на 8 процентов. При этом средняя продолжительность жизни в республике превысила 71 год.

По словам Рустама Минниханова, добиться таких результатов во многом помогла сформированная в республике модель здравоохранения. За последние годы в Татарстане произошли структурное преобразование отрасли и переоснащение ведущих медицинских учреждений. Также в рес-



Задачу народосбережения невозможно решить без качественной медицинской помощи. При этом полномочия по оказанию медицинской помощи в основном сконцентрированы на региональном уровне.

публике были определены три зоны, в каждой из которых сформированы региональные высокотехнологичные центры, – в Альметьевске, Набережных Челнах и Казани.

– Нам необходимо обратить внимание на состояние фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий и поликлиник. Предлагая рассмотреть возможность найти формы поддержки и разработать федеральную программу по развитию первичного звена здравоохранения. В республике накоплен опыт в этом направлении, – сказал глава Татарстана и предложил Премьер-министру РФ совместно реализовать этот проект.

Как отметил на совещании Владимир Путин, задачу народосбережения невозможно решить без качественной медицинской помощи. При этом он напомнил, что полномочия по оказанию медицинской помощи в основном сконцентрированы на региональном уровне. В то же время федеральные власти берут на себя ответственность за финансирование модернизации здравоохранения. В 2011 году регионам на реконструкцию и оснащение клиник было перечислено

190 миллиардов рублей. «Эти деньги уже у вас, – сообщил главам субъектов Владимир Путин. – Так что затягивать реализацию программ не следует». А в заключение он дал понять, что в федеральном бюджете есть резервы, которые Правительство России готово направить в те регионы, которые добились значительных успехов в модернизации здравоохранения. Эти деньги будут поощрением за хорошую работу.

УДАЧНЫЙ ПРИМЕР ДЛЯ ПРЕМЬЕРА

Впрочем, уже сам по себе факт проведения правительственного совещания в Татарстане выглядел как форма поощрения региона. БСМП Набережных Челнов – один из самых удачных примеров модернизации лечебного учреждения. Сегодня это многопрофильный медицинский центр, оказывающий круглосуточную медицинскую помощь населению полумиллионного города, а также жителям соседних районов. В течение года в БСМП Набережных Челнов проходят курс лечения более 20 тысяч стационарных

больных, выполняется более 7,5 тысячи оперативных вмешательств. В травмпункте получают амбулаторное лечение свыше 30 тысяч пострадавших.

БСМП Набережных Челнов является региональным центром ВМП, обслуживающим территорию, на которой проживают 1,2 миллиона человек, но обратиться сюда может любой житель России. В БСМП установлена пневмопочта, то есть забранные у пациента анализы оказываются в лаборатории в считанные секунды. На получение результатов по самым сложным анализам уходит менее часа. На полу больницы – цветочная логистика, которая помогает быстрее добраться до нужного кабинета. Чтобы выяснить, доволен ли пациент оказанной помощью, в медцентре проводится интерактивный опрос больных.

Во время посещения Владимиру Путину показали современные операционные. Врачи-хирурги рассказали, что оборудование в больнице сегодня позволяет проводить операции как на небольших сосудах, так и на самых крупных. На мониторах, расположенных в операционной, Премьер-министру был продемонстрирован пример одной из таких операций – устранение надрыва аорты у пожилого пациента. Также главу правительства познакомили с работой современных диагностических и операционных отделений. «Продумано до мелочей», – отметил он.



Чуда не случится - нужно создавать условия

В начале февраля состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Основные итоги деятельности и перспективы отрасли - в выступлениях Президента РТ, председателя ФФОМС и главы ведомства.



Рустам МИННИХАНОВ,
Президент Республики Татарстан:

- Наше главное достижение - естественный прирост населения. В этом есть огромная заслуга работников здравоохранения. Вместе с тем, к системе здравоохранения сегодня предъявляются новые требования, главным элементом в ней является человек. Меняя облик наших медучреждений, мы и сами должны меняться. Нужно завершить работу, которая начата, особенно в крупных медицинских центрах. И это не только строительство, оснащение оборудованием, но и вопрос подготовки кадров.

Надо меняться - это касается не только борьбы с коррупцией, врач должен быть всегда вежливым, корректным. Больной человек более чувствителен, даже если врач на него как-то не так посмотрел, это может вызвать негативную реакцию.

Казань готовится к Универсиаде, на которую приедет огромное число иностранных гостей. Мы должны соответствовать мировым требованиям, для врачей - это хороший повод, чтобы выучить английский язык. Знание языка - это ваше конкурентное преимущество.

На федеральном уровне принято судьбоносное решение по поддержке сельского здравоохранения. Здесь должна быть активной позиция Минздрава РТ и руководителей муниципалитетов. Чуда не случится - нужно создавать условия, чтобы люди приезжали сюда работать. В первую очередь те, кто когда-то отсюда уехал учиться. Министерство и муниципалитеты должны поставить эту работу на системную основу.

Позитивен опыт Минздрава в части непрофильной работы, к которой он привлекает профессионалов. Это позволяет не нагружать медучреждения несвойственной деятельностью. Есть примеры в Чelнах по организации питания, предоставлению прачечных услуг, обеспечению транспортом. Надо продолжать развитие аутсорсинга.

Есть в здравоохранении и проблемы, которые мы пока серьезно не решали, - это первичное звено. К сожалению, у нас огромное количество ФАПов не соответствует требованиям, и даже в Казани первичное звено находится в очень слабом состоянии. Для нас это очень важно, поскольку именно этот этап лежит в основе медицинской помощи.

Нельзя не сказать о проблемах в лекарственном обеспечении - остались вопросы по фальсификату. Ответственные органы должны жестко это пресекать.

Сегодня много говорят об информатизации здравоохранения. Это не дань моде, а система, которая реально поможет улучшить качество вашей работы. Она позволит оперативно принимать решения, получать консультации, убрать огромное количество технической работы. Да, это затратные меры, но на них нужно идти.

Еще один вопрос - организация работы скорой медицинской помощи. Это касается и ее материальной базы, и подвижного состава, и комплектности кадров. Обращаю ваше внимание на вопросы оперативности - человек должен получать помощь в максимально короткое время. Да, есть проблема пробок, но люди не должны от этого страдать.

Я убежден, что для здравоохранения республики 2012 год станет переломным, мы введем огромное количество современных мощностей. Я хочу поблагодарить людей, которые занимаются здоровьем наших граждан. Я даю вам высокую оценку и уверен, что и в дальнейшем качество медицинской помощи в Татарстане будет достойным.

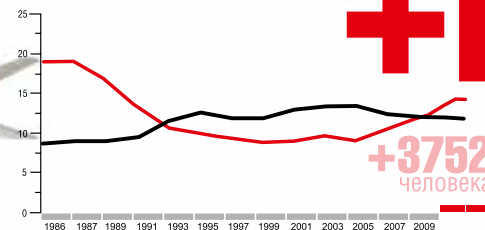
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

**ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

2011



13,4*
РОЖДАЕМОСТЬ



4,8*

СМЕРТНОСТЬ
12,4*

**МАЛЕНЬКАЯ
СМЕРТНОСТЬ**

**БОЛЕЗНИ
СИСТЕМЫ
КРОВООБРАЩЕНИЯ**
ОНКОЛОГИЯ
ТРАВМАТИЗМ

88%

9,2%

**СНИЖЕНИЕ
СМЕРТНОСТИ
ОТ ИНФАРКТА**

16,8%

**СНИЖЕНИЕ
СМЕРТНОСТИ
ОТ ИНСУЛЬТА**

* на 1000 населения



Андрей ЮРИН,
председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования:

– Татарстан всегда выделялся среди субъектов России своим энергичным движением вперед, система здравоохранения республики – активно развивающаяся отрасль. Из Федерального фонда в течение 2011 – 2012 гг. на программу модернизации будет выделено 9,2 млрд рублей. Первая часть этих денег в республику поступила в прошлом году, 82% уже использовано. Это очень высокий показатель с учетом специфики наших конкурсных процедур, он показывает, что средства расходуются эффективно.

Особенностью программы модернизации здравоохранения стало отсутствие жестких требований в части софинансирования. Вместе с тем, по объектам, где федеральная поддержка была ограничена законодательно, республика сделала свой вклад. В результате мы видим комплексный подход к модернизации медучреждений, которые принимают современный вид. Учитывая это, мы будем вносить предложение о дополнительной финансовой поддержке здравоохранения Татарстана.

С 2013 года через систему ОМС будут оплачиваться все статьи затрат. Почему это так важно? Сегодня специализированная медицинская помощь все чаще концентрируется в межрайонных и межсубъектовых центрах – это российская тенденция, так развивается здравоохранение и во всем мире. Оплата по полному тарифу даст возможность Татарстану принимать пациентов и из ближайших регионов, «зарабатывая» средства для медучреждений.

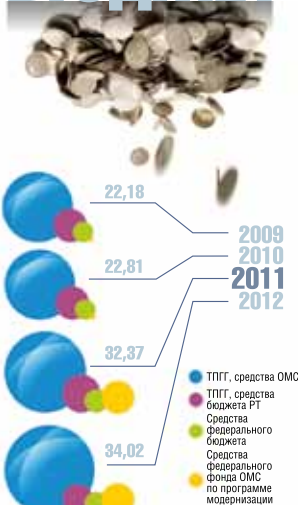
Второй, не менее важный вопрос – обеспечение преемственности этапов оказания медицинской помощи. То, что является важным для экономистов, руководителей медучреждений – регулирование вопросов финансирования. В 2012 году необходимо заняться «отладкой» форм оплаты, направленной на сокращение излишних вызовов «скорой помощи», избыточных госпитализаций. В следующем году получим увеличение тарифа, появится уникальная возможность стимулирования развития профилактики. Мы понимаем, что наибольшая эффективность лечения достигается на ранних этапах выявления заболеваний.

Нужно остановиться и на вопросах совершенствования законодательства в части прав на занятие медицинской деятельностью. Сегодня активно развивается негосударственная медицина, и мы приветствуем вхождение частных клиник в систему здравоохранения. Но у этого процесса есть и обратная сторона. Зачастую частные клиники пытаются «взять на себя» наиболее высокооплачиваемые, но не требующих особых затрат профили – все, что связано с диагностикой и лечением определенных видов заболеваний.

На уровне республики должна быть возможность принимать рациональное решение, какой частный медицинский центр можно открыть, а в каком нет необходимости. С одной стороны, конечно, важно развитие конкуренции, а с другой, нужно избегать ухода врачей в специальности, которые обеспечены финансовым потоком, но не позволяющие решать вопросы организации медицинской помощи в комплексе. Регулирование этих вопросов, в том числе на законодательном уровне, – это то, чем мы будем заниматься в ближайшее время.

ЦИФРЫ

БЮДЖЕТ



2011



2012

МОДЕРНИЗАЦИЯ
25 объектов

2,6
млрд руб.



Айрат ФАРРАХОВ,
министр здравоохранения
Республики Татарстан:

– Татарстан одним из первых регионов РФ заключил соглашение о реализации программы модернизации здравоохранения на 2011 – 2012 гг. С существенным перевыполнением реализована программа оказания высокотехнологичной медицинской помощи – ее получили 22 224 жителя республики. Дополнительно 24 ЛПУ участвовали в программе «Доступная среда», четыре – в программе энергосбережения.

Выбранная стратегия, в основе которой лежат концентрация ресурсов, создание трех высокотехнологичных зон, внедрение одноканального финансирования, создание образовательного кластера, эффективная реализация федеральных программ, обеспечила результативность нашей работы, положительную динамику индикаторов качества жизни в республике.

Текущий год станет важнейшим в реализации закона об обязательном медицинском страховании, первым годом реализации основополагающего закона об охране здоровья. Мы должны завершить программу модернизации здравоохранения и одновременно осуществить подготовку системы к существенному повышению тарифа на ОМС. В этом году предстоит также перейти на отраслевую систему оплаты труда. По поручению Президента Республики Татарстан нам необходимо разработать стратегию реформы первичного звена и продолжить внедрение инноваций в управлении.





Нерядовое событие



Сельская медицина получила современный, высокотехнологичный центр.

На базе участковой больницы Шемордан Сабинского района Татарстана недавно открылся современный межрайонный офтальмологический центр – филиал известной казанской клиники «Глазная хирургия Расческов».

В торжественной церемонии открытия участвовали Председатель Государственного Совета РТ Фарид Мухаметшин, глава Сабинского района Раис Минниханов, депутат Госдумы РФ Ильдар Гильмутдинов. Событие в здравоохранении нерядовое – сегодня далеко не каждый город России может позволить себе создать такой офтальмологический центр. Хирург с 25-летним стажем и руководитель собственной офтальмологической клиники Александр Расческов уверен в успехе своего нового начинания:

– Шемордан имеет исключительно удачное географическое положение. Железная дорога и автомобильные шоссе связывают его с 11 районами республики с общим населением 379 тыс. человек. Раньше за получением высокотехнологичной офтальмологической помощи им приходилось ездить в крупные города, что связано с большими неудобствами, особенно для людей пожилых, у которых много и других заболеваний. Теперь самые современные виды лечения глаз они могут получить в нашем межрайонном центре. Также мы имеем возмож-

ность оказывать медицинскую помощь и жителям прилегающих к Татарстану районов республик Марий Эл, Удмуртия, а также Кировской области. И таким образом охватим территорию с населением 1,5 млн человек.

– Межрайонный центр глазной хирургии создан на принципах государственно-частного партнерства, – объясняет главврач Сабинской районной больницы Зуфар Сиразеев. – Мы выделили для него помещение, отремонтировали. Администрация района предоставила жилье для приехавших из Казани специалистов. Средний медицинский персонал – наш, местный. Создано 20 новых рабочих мест. Пока операции будут платными, но в перспективе клиника рассчитывает на получение госзаказа для оказания медицинских услуг по ОМС.

Со своей стороны клиника «Глазная хирургия Расческов» подготовила для межрайонного центра трех врачей–



Использование самого современного факэмульсификатора Infiniti и искусственных мягких хрусталиков позволяет оперировать катаракту через микро-разрез всего в 2,2 мм, что обеспечивает быструю послеоперационную реабилитацию, максимально комфортную работу хирурга и безопасность для пациента.

Работу этого аппарата и мастерство Александра Расческова Председатель Госсовета РТ и собравшиеся гости смогли увидеть во время операции, трансляцию которой в режиме онлайн наблюдали в актовом зале участковой больницы.

Пожилая жительница Сабинского района Тамара Приходько страдала глубокой катарактой на оба глаза. Тяжелая форма сахарного диабета не давала ей

После сложнейшей операции Александр Расческов подтвердил, что межрайонный центр представляет собой клинику, в которой будет комфортно работать любому специалисту мирового уровня. Согласие обучать здесь коллег и проводить операции дали президент Российского общества катарактальных и рефракционных хирургов Владимир Трубилин и знаменитый офтальмолог Эрнст Мулдашев. Также есть договоренность о приезде специалистов из Европы и Америки. Все это, по метафорическому утверждению Александра Расческова, позволит сделать из Шемордана вторую Швейцарию на офтальмологической карте мира.

- Я как будто в сказке побывал! - поделился своими впечатлениями Председатель Госсовета РТ Фарид Мухаметшин. -

ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ



офтальмологов, четырех медицинских сестер и на 15 миллионов рублей закупила оборудование лучших мировых производителей. Есть приборы для определения остроты зрения, рефрактометрии, контактной и бесконтактной тонометрии, УЗИ глазного яблока (А, В - сканирования), офтальмоскопии, компьютерной периметрии; щелевая лампа для исследования переднего сегмента глаза.

Оптический когерентный томограф CIRRUS с высоким разрешением обеспечивает 3D-визуализацию мельчайших деталей строения сетчатки и подробные особенности патологических изменений для последующего планирования лечения и оценки его эффективности. Операционный микроскоп OPMI Lumera I создает уникальное по качеству изображение мельчайших деталей с высокой контрастностью даже при сильной пигментации глаза, отклоненном глазном яблоке и аметропическом глазе.

возможность перемещаться на дальние расстояния и получить лечение в Казани. Александр Расческов намеренно выбрал для показательной операции такой сложный случай, чтобы продемонстрировать все возможности клиники. На большом экране было видно, как микроскальпель вскрыл капсулу хрусталика, ультразвуковая игла раздробила черную массу и всосала ее осколки. Завершило операцию введение саморасправляющейся линзы. Все это заняло около 10 минут. Пациентка буквально была приглашена в актовый зал, где ей встретили бурными аплодисментами.

- Я целый год ничего и никого не видела, - поделилась своими переживаниями Тамара Приходько. - И вдруг все стало явно, как прежде. Очень благодарна администрации района и особенно Александру Юрьевичу, его помощникам! Сколько еще слепых прозреет благодаря им!

Большое дело делаете, очень нужное. Ведь не каждый пенсионер может добраться до Казани. Молва о вас быстро разойдется. Пусть исход каждой операции будет благополучным.

После открытия межрайонный центр глазной хирургии продолжил плановую работу. В день здесь будут проводить до 20 операций, что при 4 - 6 операционных днях в месяц даст за год около одной тысячи излеченных пациентов. В перспективе планируется довести это число до шести тысяч в год. Для этого в центре будут развернуты новые направления в лечении болезней глаз:

- витреоретинальная хирургия для лечения отслойки сетчатки и травм, кровоизлияний в стекловидное тело
- лазерная хирургия сетчатки при дистрофии, разрывах и сосудистых заболеваниях
- эксимер-лазерная хирургия для коррекции близорукости, дальнозоркости, помутнения роговицы и других рефракционных заболеваний. *



Основной закон российской медицины

В ходе модернизации здравоохранения меняются не только клиники, но и законодательство.

В недавно принятый Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» уже внесены поправки. А с 1 января вступил в силу долгожданный Закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ». По каким же правилам будет работать отечественная медицина? Свое мнение по этому вопросу журнал Health Nation пригласил высказать руководителя юридического отдела Министерства здравоохранения РТ Татьяну СТРЮКОВУ.

Закон «Об основах охраны здоровья граждан» был внесен в Госдуму РФ еще в апреле прошлого года. После первых слушаний законопроект вызвал острую полемику в обществе и был возвращен на доработку. К депутатам он вернулся только осенью и был рассмотрен в ноябре 2011 года. В ходе обсуждения свое мнение высказывали не только известные врачи, общественные деятели и чиновники. Свои предложения активно вносили и представители региональных систем здравоохранения.

НА НОВЫЙ УРОВЕНЬ

– Из перечня предложений, подготовленных Министерством здравоохранения РТ, в Закон «Об основах охраны здоровья

граждан РФ» вошло несколько ключевых положений, – говорит Татьяна Стрюкова. – В качестве примера можно взять статью 44 об орфанных (редких) заболеваниях. Закон конкретизирует права граждан, страдающих этими болезнями, гарантирует обеспечение пациентов льготными лекарствами. В России будет вестись единый федеральный реестр лиц, страдающих орфанными заболеваниями, чтобы каждому заболевшему была своевременно оказана медицинская помощь.

По словам Татьяны Стрюковой, Закон «Об основах охраны здоровья граждан» в целом изменил правовое поле, в котором существовала отечественная медицина. Раньше медицинская помощь была организована на трех уровнях – федераль-

ном, региональном и муниципальном. В частности, обязанность по оказанию первичной медпомощи была возложена на местные органы власти. Новый закон избавил муниципалитеты от этой обязанности, поэтому в Татарстане все 122 муниципальных медучреждения с 1 января 2012 года переведены в республиканскую собственность. В качестве их учредителя выступило Министерство здравоохранения РТ. Стоит заметить, что Закон «Об основах охраны здоровья граждан» не запрещает местным властям создавать и финансировать клиники при наличии свободных денег. Однако, как показывает практика, такое случается нечасто.

Также закон не исключает создания частных и ведомственных лечебных учреждений. Проявлять заботу о своих сотрудниках руководителям организаций не запрещается. При этом частные и ведомственные клиники по-прежнему могут участвовать в программе государственной гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи и получать за это бюджетные средства. Круг вопросов, касающихся коммерче-

ского партнерства, регулируется Законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Там сказано, что участвовать в выполнении госзаказа на оказание бесплатной медпомощи населению могут любые клиники, независимо от формы их собственности.

ОДИН ПОРЯДОК, ОДИН СТАНДАРТ

Одно из главных новшеств, которое появилось в стране с введением Закона «Об основах охраны здоровья граждан», – это введение единого порядка и единых стандартов оказания медпомощи. Под словом «порядок» подразумевается организация потока пациентов в клинике, а под словом «стандарт» – способы оказания медицинской помощи при определенном заболевании. Болезней, с которыми могут столкнуться российские граждане, очень много, поэтому единые федеральные стандарты по каждому случаю пока не созданы.

Большинство медицинских учреждений страны, в том числе и Татарстана, пользуются существующими федеральными и региональными нормативами оказания медпомощи. По мере того, как будет пополняться список федеральных стандартов, утвержденных приказами Минздравсоцразвития РФ, региональные нормативы будут отменяться. В единый стандарт входит перечень медицинских услуг и медикаментов, которые необходимы для лечения больного. Поэтому этот документ регулирует не только качество медицинской помощи, но и ее стоимость. Ставить частные и государственные клиники в зависимость от одного стандарта законодатели посчитали несправедливым, поэтому Закон «Об основах охраны здоровья граждан» освобождает частную медицину от соблюдения федеральных стандартов. Эти нормативы обязаны исполнять только те клиники, которые участвуют в реализации программ государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи. В частных клиниках, не получающих денег от государства, оценивать качество и стоимость медицинских услуг будет сам пациент. А вот что касается порядка оказания медицинской помощи, то он по закону должен быть един во всех медучреждениях страны независимо от формы собственности и участия в государственных программах.

ТАБЛЕТКА ОТ АЛЧНОСТИ

Многие пациенты поликлиник и больниц обращали внимание, что врачи иногда выписывают рецепты на бланках с логотипами фармацевтических компаний. А некоторые сотрудники клиник даже носят логотипы на халатах, рекламируя тем самым препараты. До 1 января нынешнего года участие медицинского персонала в рекламных и маркетинговых акциях фармацевтических фирм не за-

прещалось. Хотя в Татарстане и пытались с этим бороться – в республике действовал приказ Минздрава РТ, запрещающий взаимодействие врачей с маркетологами фармкомпаний. Закон «Об основах охраны здоровья граждан» расставил все по своим местам. Теперь медицинский персонал не имеет права стимулировать сбыт определенных лекарственных препаратов – это запрещено законом. Более того, врач обязан сообщить пациенту полную информацию о том, какие препараты и их аналоги он может купить для лечения своей болезни.



Теперь медицинский персонал не имеет права стимулировать сбыт определенных лекарственных препаратов – это запрещено законом.

Еще в Законе «Об охране здоровья граждан РФ» закреплено положение о том, что клиники имеют право на оказание платных услуг. У многих возникло опасение, что часть медицинских услуг может стать недоступной для малообеспеченных граждан. По словам Татьяны Стрюковой, это не так:

– Медицинские учреждения могут устанавливать расценки только на такие услуги, которые не охватываются системой государственных гарантий. К примеру, если пациент, находящийся на стационарном лечении, вместо отечественных лекарств хочет получать их зарубежные аналоги, то он может приоб-

рести их в аптеке. То же самое касается сервисных услуг – отдельной палаты, бытовой техники. Если пациент желает находиться в отдельных, более комфортных условиях, он сможет заказать их за отдельную плату. В законе четко сказано, что медицинские учреждения не имеют право взимать средства с пациентов за лекарства и предоставление услуг, если помощь оказывается по единым стандартам и в рамках госпрограмм. То же самое касается лечебного питания, медицинских изделий, компонентов крови. Еще больницы обязаны бесплатно размещать больных в отдельных боксах по медицинским или эпидемиологическим показаниям. Руководство клиники при необходимости также обязано обеспечить спальным местом и бесплатным питанием человека, ухаживающего за пациентом. Администрация медорганизации должна безвозмездно оказать заболевшему транспортные услуги для спасения жизни и сохранения здоровья, если в ней отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи пациенту и его нужно срочно доставить в другое медицинское учреждение.

В СЕЛО НА ЗАРАБОТКИ

Еще одно новшество в законодательстве касается привлечения медицинского персонала в сельские клиники. Не секрет, что врачей на селе катастрофически не хватает, специалисты вынуждены совмещать по несколько ставок, что не лучшим образом сказывается на качестве услуг. Поправки в Закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ», вступившие в силу с 1 января 2012 года, должны устранить дефицит врачей в сельской глубинке.

По словам Татьяны Стрюковой, новая редакция закона предлагает молодым специалистам, согласившимся работать на селе, субсидии из федерального бюджета в размере 1 миллиона рублей. Это так называемые подъемные средства, чтобы молодой врач смог купить себе жилье и наладить быт. В свою очередь специалист обязан отработать в районной клинике не менее 5 лет. Со своей стороны Правительство Татарстана готово выделить каждому сельскому врачу еще по 100 тысяч рублей на улучшение жилищных условий. Но и это еще не все. Многие муниципальные образования в дополнение к субсидиям выделяют молодым врачам земельные участки с подведенными коммуникациями. Такая практика, к примеру, уже сложилась в Дрожжановском районе РТ. Самое любопытное, что перебираться на село сегодня выгодно не только ради субсидий, но и ради зарплаты. Сельские врачи имеют дополнительные надбавки по программе модернизации, поэтому получают достойную зарплату. Особенно по сельским меркам.

«БОЛЬНЫЕ» ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО ПЕДИАТРА РОССИИ, ДИРЕКТОРА ФГБУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» РАМН, АКАДЕМИКА РАН И РАМН, ПРОФЕССОРА, ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ИСПОЛКОМА СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ
АЛЕКСАНДРА БАРАНОВА ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION

- Александр Александрович, каковы основные тенденции последних лет по детской заболеваемости?

- Общая заболеваемость новорожденных за 10 лет практически не изменилась. При этом наиболее заметно снизилась частота внутричерепных родовых травм и бактериального сепсиса, с другой стороны, увеличилась частота врожденных аномалий и синдрома респираторных расстройств.

Показатели общей заболеваемости детей первого года жизни также стабилизировались. Снизилась распространенность болезней эндокринной системы, нарушений обмена, инфекционных болезней, болезней уха, органов дыхания. Возросла частота болезней нервной системы, глаз, мочеполовой системы, врожденных аномалий. Увеличивается частота патологических состояний, которые впоследствии становятся причинами снижения социальной адаптации ребенка вплоть до формирования инвалидности. Стабильность показателя частоты последствий травм

и воздействия других внешних причин на первом году жизни во многом свидетельствует о семейном неблагополучии и необходимости развития системы медико-социальной помощи детям из семей высокого социального риска.

За период с 2000 по 2010 год общая распространенность нарушений здоровья и развития среди детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 26,6%. Наиболее интенсивно возрастала частота новообразований, врожденных аномалий, болезней кожи, нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, крови. Среди детей старшего подросткового возраста (15 - 17 лет) рост показателей общей заболеваемости был более выраженным (+97,8%). Это касается новообразований, болезней системы кровообращения, костно-мышечной, нервной систем, крови, последствий воздействия внешних причин.

Согласно данным, полученным в результате научных исследований в ФГБУ «Научный центр здоровья детей»





РАМН, в настоящее время не более 2 – 15% детей (в зависимости от возраста) можно признать здоровыми. Среди детей всех возрастных групп отмечается преимущественный рост хронической патологии.

Наряду с соматическим ухудшается репродуктивное здоровье детей и подростков. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания. Вызывает тревогу факт роста частоты токсикоманий, злоупотребления алкоголем и алкоголизма среди детей всех возрастов.

Серьезным индикатором состояния здоровья детей является уровень инвалидности. За последние годы число детей-инвалидов всех возрастов несколько снизилось, составив 495,3 тыс. в возрасте до 17 лет включительно. Основными причинами детской инвалидности являются психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные аномалии развития, соматические болезни. Специальными исследованиями установлено, что формирование инвалидности в результате тяжелого течения соматической патологии происходит преимущественно к 10 – 12 годам, а в результате психических расстройств – к 14 – 15 годам. Переход хронического заболевания в инвалидность чаще всего связан с недостаточным уровнем профилактической, оздоровительной и реабилитационной работы.

В структуре инвалидности по главному нарушению наибольший удельный вес принадлежит психическим нарушениям (25,5%), за ними – двигательные и нарушения функций внутренних органов (по 24,0%). Наибольшим реабилитационным потенциалом обладают

дети с соматической патологией, то есть состояниями, которые можно контролировать, предупреждая социальную дезадаптацию ребенка.

В последние два десятилетия происходило неуклонное снижение уровня младенческой смертности – с 18,0 на 1000 родившихся живыми в 1992 году до 7,5 в 2010 году, то есть показатель приближается к уровню развитых стран. При этом достаточно высок показатель младенческой смертности от внешних причин, что свидетельствует о необходимости развития медико-социальной помощи младенцам и их семьям, особенно на амбулаторно-поликлиническом уровне. Резервом снижения младенческой смертности является уменьшение показателя летальности детей первого года жизни в первые сутки госпитализации, а также доля детей первого года, умерших вне стационара.

Демографический потенциал страны определяется уровнем смертности детей в возрасте до четырех лет включительно. За 10 лет этот показатель снизился на 30% и составил 2,6 на 1000 детей данного возраста. Основными причинами являются болезни перинатального периода и врожденные аномалии. Внешние причины (травмы, отравления и др.) занимают третье место.

Уровень смертности детей старше 5 лет постепенно снижается, но по-прежнему выше европейского показателя в 1,5 раза. Внешние причины смертности являются ведущими. Предотвратимыми и условно предотвратимыми являются 69% причин смерти детей в возрасте до 14 лет и 86% – среди 15 – 19-летних.



Демографический потенциал страны определяется уровнем смертности детей в возрасте до четырех лет включительно. За 10 лет этот показатель снизился на 30% и составил 2,6 на 1000 детей данного возраста.

- Какие новые детские болезни появились? Какие современные методы диагностики и лечения детских заболеваний вы считаете наиболее перспективными?

- Скорее следует говорить не о «новых детских болезнях», а о проблеме «омоложения» ряда тяжелых состояний. Например, раньше такая тяжелейшая патология, как рассеянный склероз, диагностировалась в возрасте 30 – 35 лет и старше. По наблюдениям нашего Центра, это заболевание начали выявлять уже у детей в возрасте 8 – 10 лет.

Говоря о диагностике, нужно отметить, что традиционные методы не потеряли своей актуальности, получив сверхсовременное технологическое обеспечение. Уже не является новинкой, но при этом не теряет своей значимости трехмерная реконструкция органов при УЗИ-исследовании и магнитно-резонансной томографии. Повышается разрешающая способность рентгеновских аппаратов

и компьютерных томографов, совершенствуется эндоскопическая, функциональная и лабораторная диагностика.

Бурно развивающееся направление – применение генетических биочипов для молекулярно-генетической диагностики различных болезней у детей и оценки эффективности лекарственной терапии. Сохраняют клиническое значение традиционные методы лечения, особенно немедикаментозные: физиотерапия, тренажерные методы восстановительного лечения и др.

В последние годы в педиатрии все чаще применяются методы терапии биологическими агентами, полученными с использованием генно-инженерных технологий. Эти препараты уже используются в детской ревматологии, гастроэнтерологии, нефрологии, аллергологии. Доказана их эффективность в лечении детей с крайне тяжелой, инвалидизирующей патологией. Эти препараты постоянно совершенствуются, расширяется диапазон их применения. По отдельным направлениям педиатрии за этими препаратами будущее. К сожалению, пока это очень дорогостоящее лечение.

Не стоят на месте и технологии в детской хирургии. Ведущими специалистами, в том числе и нашего Центра, постоянно разрабатываются и совершенствуются методы реконструктивно-пластической хирургии врожденных и приобретенных пороков органов грудной клетки, брюшной полости, мочеполовых органов. Все чаще в детской хирургии используются малотравматичные эндоскопические методы вмешательства.

- Какие наиболее важные проблемы в сфере детского здоровья существуют сегодня в России?

- Наиболее важной, на мой взгляд, проблемой является несовершенство законодательного обеспечения охраны здоровья детей. С 1 января 2012 года вступил в действие Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором выделен специальный раздел по охране материнства и детства. В то же время в его понятийном аппарате есть ряд недоработок. В законе просто нет понятий «педиатрическая помощь», «медицинская помощь детям». Законодательно не определена роль врачей-педиатров и педиатрических учреждений в системе сохранения и укрепления здоровья детей.

В основе системы оказания медицинской помощи детям лежит профилактический принцип, важнейшим компонентом которого является активное профилактическое наблюдение за ростом и развитием ребенка. Раннее выявление факторов, негативно влияющих на формирование здоровья, в том числе связанных с условиями воспитания и обучения в семье и образовательных учреждениях, образом жизни ребенка, – все это является предметом медико-социальной помощи. Но понятие «медико-социальная помощь» из закона изъято (в предыдущих «Основах законодательства об охране здоровья граждан» оно существовало).

Эти недочеты являются лишним подтверждением необходимости принятия отдельного Закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации», который определил бы не только медицинские, но и педагогические, социальные, психологические и другие аспекты деятельности государства по охране здоровья детей.

За период с 2000 по 2010 год общая распространенность **Нарушений здоровья и развития** среди детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 26,6%. Наиболее интенсивно возростала частота новообразований, врожденных аномалий, болезней кожи, нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, крови.



Что касается демографической ситуации. В настоящее время в России – 25,4 млн детей. За последние 10 – 11 лет число детей в возрасте до 17 лет включительно уменьшилось на 9,5 млн или на 27,2%. Снижение численности произошло за счет сокращения числа детей в возрасте 5 – 9 лет и подросткового возраста. Численность детского населения в возрасте до 4 лет выросла на 1,4 млн (+21,2%) за счет увеличения рождаемости и снижения младенческой смертности. Вместе с тем, темпы роста рождаемости существенно упали, если за 2006 – 2008 гг. коэффициент рождаемости вырос на 21,1%, то за 2008 – 2010 гг. – только на 4,1%. В этой ситуации сохранение жизни и здоровья каждого ребенка является важнейшей задачей не только для педиатрического сообщества, но и государства в целом.

Задачи ближайшей перспективы связаны и с окончательным переходом Российской Федерации на критерии живорождения, рекомендуемые ВОЗ: масса тела при рождении – 500 грамм и более, срок гестации – 22 недели и более и наличие хотя бы одного признака живорождения. Вызывает озабоченность значительное увеличение у новорожденных частоты врожденных аномалий, синдрома респираторных расстройств. На этом фоне необходимо освоение и внедрение технологий фетальной терапии и неонатальной хирургии. Во всей стране должна действовать мощная служба реанимации, интенсивной терапии, выхаживания и комплексной реабилитации детей, родившихся недоношенными, в том числе с экстремально низкой массой тела.

В рамках реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье» и основных направлений демографической политики государством многое делается для решения данных проблем. Так, к концу прошлого года в Российской Федерации работали 72 перинатальных центра, причем 19 из них были открыты в 2011 году. Но что такое 72 центра для такой громадной страны, как Россия?

Давно назрела необходимость внедрения в практику самых современных технологий пренатальной диагностики, которая способствовала бы снижению частоты рождения детей с тяжелыми врожденными пороками. Вместе с тем, в регионах не хватает современного оборудования для проведения генетических

исследований, УЗИ-аппаратов экспертного класса, квалифицированных специалистов.

Другой острой проблемой является практически полное отсутствие системы комплексной реабилитации детей. Ежегодно до 36% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности. Среди школьников средних и старших классов до 32% нарушений здоровья являются хроническими болезнями. В стране полмиллиона детей-инвалидов.

В то же время у нас происходит постоянное сокращение сети детских санаториев (2006 г. – 401, 2010 г. – 329). Крайне незначительное количество коек восстановительного лечения выделено в педиатрических стационарах и в больницах восстановительного лечения для взрослых. При этом их профиль преимущественно неврологический. А наиболее значимыми в плане эффективности и результативности реабилитации являются болезни органов дыхания, кровообращения, мочеиспускания. Койки этого профиля имеются в единичных санаториях.

Многие из этих проблем можно было бы решить при устойчивом увеличении финансирования службы, ее доля должна составлять не менее 30% от консолидированного бюджета здравоохранения.

- Что предстоит сделать в этом году?

– В 2012 году необходимо в полной мере выполнить все планы, намеченные в рамках Нацпроекта «Здоровье» и программы модернизации здравоохранения. Встает вопрос об увеличении финансирования системы охраны здоровья детей, так как проект и программа в этом году заканчиваются, а снижать темпы развития системы категорически нельзя. Нельзя допустить, чтобы данные проекты стали разовыми и не имели продолжения в рамках планового бюджетного финансирования.

Другие задачи этого года определяются теми проблемами, о которых мы уже говорили: совершенствование правового регулирования, нормативного, материально-технического и кадрового обеспечения службы охраны здоровья детей. Как первоочередную следует расценивать задачу создания многоуровневой системы комплексной реабилитации, включая этапную реабилитацию детей, родившихся с низкой, очень низкой и экстремально низкой массой тела. Хочется верить, что решение многих из этих проблем в 2012 году сдвинется с мертвой точки.

Елена ИГНАШИНА,

начальник отдела охраны семьи, материнства, отцовства и детства МЗ РТ, член Правления республиканского отделения Союза педиатров России, заслуженный работник здравоохранения РТ, к.м.н.

ОТ ПОВЫШЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ — К СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ



В ТАТАРСТАНЕ, КАК И В ЦЕЛОМ В РОССИИ, СЛОЖИЛАСЬ, НА ПЕРВЫЙ ВЗГЛЯД, ОБНАДЕЖИВАЮЩАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ. В 2011 ГОДУ ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВПЕРВЫЕ ЗА ВСЮ ИСТОРИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ОПУСТИЛСЯ ДО 4,8 ПРОМИЛЛЕ (ЧИСЛО ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ ЗА ГОД, НА 1000 НОВОРОЖДЕННЫХ), ПРИБЛИЗИВШИСЬ К УРОВНЮ ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАН. ВМЕСТЕ С ТЕМ, ПЕРЕХОД ОТ ДЕПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ К ЕСТЕСТВЕННОМУ ПРИРОСТУ ПРОИСХОДИТ НА ФОНЕ УМЕНЬШЕНИЯ ЧИСЛА ДЕТЕЙ.



Дальнейший прогноз не очень оптимистичен – в ближайшие пять лет ожидается снижение доли женщин активного репродуктивного возраста более чем на 20%. В сложившейся ситуации направлять усилия только на повышение рождаемости недостаточно, необходимо сохранить здоровье каждого

родившегося ребенка. Что будет особенно не просто в 2012 году, когда в России перешли на новые критерии регистрации новорожденных, рекомендованные ВОЗ. Успех работы в новых условиях зависит от четкой организации работы трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, родильницам, роженицам и новорожденным; технологического обеспечения, образования и подготовки врачей в разрезе каждого учреждения родовспоможения и детства.

Состояние здоровья детей и подростков становится предметом особой тревоги – только 4% рождаются практически здоровыми, каждый второй наблюдается по поводу хронической патологии; на каждые 50 детей приходится ребенок-инвалид.

Во всех возрастных группах лидируют заболевания органов дыхания, травмы и отравления, болезни кожи и подкожной клетчатки, заболевания органов пищеварения, инфекции. В детском возрасте выявляются заболевания, которые долгие годы считались прерогативой взрослого населения – болезни сердца и сосудов. Уже никого не удивляет диагноз гипертоническая болезнь и инсульт у подростков.

За последние пять лет в республике удалось снизить число детей, страдающих новообразованиями, эндокринной патологией, расстройствами питания



и нарушением обмена веществ, врожденными аномалиями развития. Намечилась тенденция к уменьшению болезней перинатального периода, крови, мочеполовой и костно-мышечной системы, а по итогам 2011 года отмечено снижение заболеваемости практически по всем классам.

От того, насколько своевременно выявлены симптомы болезни, проведено обследование и лечение, зависит качество жизни ребенка и его семьи, а иногда и дальнейшая судьба малыша. Диагностика патологии начинается задолго до рождения ребенка. За весь период беременности женщины трижды проводится ультразвуковое обследование плода, особенно важными являются первые недели зачатия. Каждая будущая мама не позднее 10 – 14 недель беременности должна в обязательном порядке пройти обследование в «Центре пренатальной диагностики» на выявление врожденных аномалий развития плода. С января 2012 года открыто пять таких межрайонных центров – в Казани, Набережных Челнах, Альметьевске, Нижнекамске. Они оснащены УЗИ-аппаратами экспертного класса, на которых работают квалифицированные специалисты с международными сертификатами. Обследование проводится на бесплатной основе по направлению женской консультации. На основании данных биохимического анализа крови на маркеры аномалий развития и данных ультразвукового обследования плода определяется степень риска рождения ребенка с аномалиями развития. При необходимости проводится дальнейшее медико-генетическое обследование на базе Республиканской клинической больницы. Центры пренатальной диагностики были открыты благодаря российскому пилотному проекту, в который вошел и Татарстан. На их создание только в 2011 году было выделено более 48 млн рублей.

Следующим этапом диагностики является родильный дом, где каждому новорожденному проводятся скрининговые обследования на врожденную патологию болезней обмена веществ и эндокринные заболевания. Ежегодно неонатальные обследования выявляют 20 – 30 детей, страдающих фенилкетонурией, муковисцидозом, врожденным гипотериозом и другими заболеваниями, с первых дней жизни они обеспечиваются специальным питанием и лечением.

Один из тысячи детей появляется на свет с врожденной глухотой. Если в первые два года жизни не провести кохлеарную имплантацию, то в дальнейшем ребенок будет страдать не только из-за глухоты, но и из-за отсутствия речи. Аудиологический скрининг проводится в первые дни рождения. После выписки из родильного отделения такому ребенку необходимо обследоваться в одном из двух центров сурдологии (ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница», «Центр реабилитации слуха», г. Набережные Челны). При необходимости дети с врожденной глухотой направляются в федеральные центры Москвы и Санкт-Петербурга. Стоимость одной операции – более 1 млн рублей, дети получают оперативное лечение бесплатно в счет квот региона. За последние два года кохлеарная имплантация проведена 65 детям из Татарстана.

В детской поликлинике каждому практически здоровому ребенку первого года жизни проводятся ежемесячные обследования, в том числе, кроме рутинных клинических анализов и антропометрии, ультразвуковое обследование всех органов, включая тазобедренные суставы, электрокардиография, консультации узких специалистов. Такие углубленные профилактические осмотры стали доступны благодаря реализации Национального проекта «Здоровье» и внедрению родовых сертификатов.



Только 4% детей рождаются практически здоровыми.

Главное учреждение педиатрической службы – Детская республиканская клиническая больница, являющаяся приоритетным высокотехнологичным многопрофильным учреждением, объединяющим в себе функции республиканского стационара, клиники высоких технологий и больницы скорой медицинской помощи. Здесь оказываются все виды медицинской помощи, в том числе детская кардиохирургия, нейрохирургия, офтальмология, хирургия новорожденных, челюстно-лицевая хирургия; координируется работа всех служб, включая выездную консультативную и санитарную авиацию. Работа педиатрической службы усилена республиканским диспетчерским центром, координирующим работу по оказанию

высокотехнологичной медицинской помощи, обеспечению молочным питанием детей первых трех лет жизни; системой электронного здравоохранения и другими. При наличии показаний пациенты направляются на высокотехнологичную помощь в федеральные центры.

Беспрецедентная по своему масштабу Программа «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 – 2012 годы» позволила направить более 3 млрд рублей на развитие детской медицины, что составило 35% от общего объема ее финансирования. В рамках программы идет реконструкция и переоснащение современным оборудованием учреждений родовспоможения и детства, внедрены новые стандарты лечения, открываются кризисные центры для беременных, проводятся углубленная диспансеризация подростков и другие значимые мероприятия.

Наша обязанность – не только сохранить здоровье детского населения, но и улучшить качество жизни безнадежно больных детей. В республике начата реализация проекта создания первого детского хосписа. Его целью является обеспечение условий для сопровождения и улучшения качества жизни детей с тяжелыми хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии, оказание психологической помощи семьям. С июля 2011 года работает выездная бригада по патронированию тяжелобольных детей на дому, на сегодняшний день под патронатом находятся 46 семей. 10 февраля открылись две новые палаты детского хосписа, в ближайшее время запланировано строительство нового здания хосписа на 20 коек.

Проблемы детского здоровья нельзя рассматривать только с точки зрения уровня развития здравоохранения, особую роль играет и семья. На протяжении десятилетия среди причин детской смертности не снижаются травмы, отравления, суициды. Внешние причины необходимо рассматривать и с точки зрения жестокого обращения с детьми, отсутствия заботы о них. В последние годы появился термин «коммерческое материнство», когда рождение нежеланного ребенка в асоциальных

семьях происходит ради получения детских пособий и «материнского капитала». В связи с этим следует считать, что обеспечение должной социальной поддержки семей с детьми, лежащее в основе устранения немедицинских причин детской заболеваемости и смертности, по большому счету, имеет не меньшее значение в демографическом развитии, чем увеличение рождаемости. История формирует постулат: «Здоровый ребенок – это бесценный творческий и трудовой потенциал нации и основа процветания страны».

НЕПОСЛУШНЫЙ ЖИВОТИК?

Бифидус 2 – адаптированная последующая молочная смесь для укрепления иммунитета и нормализации пищеварения малышей от 6 месяцев.

Благодаря уникальному пребиотику Лактулозе эффективно помогает при распространенных дискомфортных состояниях и укрепляет иммунитет.

- ✦ Восстановление кишечной флоры при дисбактериозе и для становления иммунной системы
- ✦ Нормализация стула при запорах
- ✦ Витамины и минералы для здорового роста
- ✦ С мальтодекстрином для лучшего насыщения малыша в перерывах между кормлениями
- ✦ В отличие от неадаптированных или частично-адаптированных смесей Бифидус 2 максимально близок по функциям к материнскому молоку



Semper.

МАМЫ ДОВЕРЯЮТ, ДЕТИ ЛЮБЯТ



Бесплатная горячая линия по России 8-800-505-25-25 www.semper-info.ru

Асия САФИНА,
заведующая кафедрой педиатрии
и неонатологии КГМА, профессор, д.м.н.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК



ДОЛГОЕ ВРЕМЯ РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ РАССМАТРИВАЛОСЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОЗИЦИЙ ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ. ОДНАКО В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗНАЧИМОСТИ ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО И МЛАДЕНЦА ДЛЯ РОСТА И РАЗВИТИЯ ЧЕЛОВЕКА ЗНАЧИТЕЛЬНО РАСШИРИЛИСЬ. СЕГОДНЯ ОНО РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ ТАКЖЕ НА ВЫСШИЕ МОЗГОВЫЕ ФУНКЦИИ, СТАНОВЛЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ.

Д

оказано, что оптимальное питание в период внутриутробного и раннего постнатального развития не только обеспечивает адекватное развитие и иммунитет ребенка, но и снижает риск развития ряда хронических заболеваний у взрослого, влияет на репродуктивную функцию.

Во все времена было аксиомой, что рациональное вскармливание грудного ребенка тесно связано со здоровьем матери, ее питанием и лактацией. Рацион младенца первого года жизни условно делится на две части:

- «молочная» часть, которую в идеале составляет грудное молоко матери, а при его отсутствии – адаптированные молочные смеси промышленного выпуска;
- «немолочная» часть, состоящая из различных видов продуктов прикорма.



Оптимальным видом питания **ребенка первого года жизни** является **материнское молоко. Грудное вскармливание** в периоде **новорожденности и в младенческом возрасте** обеспечивает:

- **снижение общей заболеваемости и смертности, частоты ряда острых и хронических инфекционных и аллергических болезней, профилактику неонатальной гипотермии, гипогликемии и желтухи**
- **профилактику недоедания и дефицита витамина А**
- **улучшение неврологического развития у недоношенных и доношенных новорожденных**
- **снижение частоты кровотечений после родов, риска рака молочной железы и яичников у матерей.**

Молоко матери – это источник не только всех необходимых ребенку пищевых ингредиентов, но и большого количества адаптивных факторов, оказывающих влияние на резистентность и интеллектуальный потенциал ребенка.

Согласно рекомендациям ВОЗ, грудное вскармливание следует начинать еще в родильном зале в первые 15 – 30 мин. после рождения ребенка. После этого он должен круглосуточно находиться в одном помещении с мамой (а лучше и с папой) как в родильном доме, так и в домашней обстановке. Частота кормления новорожденного определяется не режимом, а желанием ребенка – его следует кормить по требованию, прикладывать к груди следует столько раз, сколько хочет младенец. Продолжительность каждого кормления также определяется самим ребенком. Он должен находиться у груди матери так долго, сколько захочет. Увеличение частоты кормлений стимулирует лактацию. Ночные кормления не следует ограничивать: они даже более важны для увеличения количества грудного молока, чем дневные. Кроме материнского молока, здоровый ребенок не нуждается ни в каких продуктах, по крайней мере, до 4 – 6 месяцев жизни. Не рекомендуется давать детям никаких видов сосок – это мешает правильно сосать грудь матери, является фактором риска кишечной инфекции.

Мы ратуем за грудное вскармливание младенцев, но при этом необходимо помнить, что питание кормящей матери должно соответствовать потребностям женщины в этом периоде. Оно должно включать в себя все основные группы продуктов: мясо и рыбу, молоко, яйца, хлеб, крупы, растительные масла, сливочное масло, овощи, фрукты, ягоды, соки. Очень важно, чтобы рацион кормящей матери содержал достаточное количество пищевых волокон, стимулирующих двигательную активность кишечника, а также кисломолочные продукты. Предпочтительно использовать нежирные сорта мяса, рыбы и молочные продукты пониженной жирности. Чрезвычайно важен также питьевой режим кормящей матери. Она должна выпивать дополнительно к обычному объему не менее 1000 мл жидкости (из них 600 мл – молоко, кефир и др. кисломолочные

продукты 2,5% жирности). Следует ограничить употребление продуктов, содержащих большое количество сахара, с высокой сенсibiliзирующей активностью (какао, арахис, морепродукты, тропические фрукты и др.), содержащих значительные количества экстрактивных веществ, эфирных масел и соли: мясных и рыбных бульонов, лука, чеснока, закусовых консервов, соленой и копченой рыбы, колбасных изделий. Для улучшения состава рационов кормящих женщин могут использоваться современные специализированные продукты, о выборе которых нужно посоветоваться с врачом.



Для максимального продления грудного вскармливания прикорм необходимо давать ребенку после сосания груди. Если количество грудного молока на фоне дачи прикорма снижается, то возникает необходимость восполнить молочную часть рациона ребенка **молочными смесями.**



Несмотря на многочисленные и несомненные достоинства материнского молока, по мере роста ребенка возникает необходимость расширения пищевого рациона. К перечню блюд прикорма при естественном вскармливании детей относятся соки, фруктовые и овощные пюре, каши, творог, мясной фарш, желток яйца, молоко, кисломолочные продукты. Постепенное расширение рациона ребенка продуктами и блюдами прикорма обусловлено следующими позициями:

- необходимостью восполнения в организме ребенка дефицита энергии и ряда ингредиентов пищи (белков, железа, цинка), поступление которых с женским молоком на определенном этапе развития и роста младенца (5 – 6 мес.) становится недостаточным
- целесообразностью расширения пищевых веществ за счет содержащихся в продуктах прикорма растительного белка и жира, углеводов, жирных кислот, растительных масел, макро- и микроэлементов, необходимых для дальнейшего роста ребенка
- необходимостью включения в рацион более плотной, чем молочная, пищи для развития пищеварительной системы и жевательного аппарата, стимуляции работы кишечника.

Прикорм можно вводить ребенку с 4,5 – 5,5 месяца. В качестве первого прикорма предпочтительно давать ребенку продукт с высокой энергетической плотностью (каша), а через 3 – 4 недели – овощное пюре.

В качестве первого прикорма необходимо использовать безглютеновые каши – рисовую, гречневую, кукурузную, поскольку глютеносодержащие злаки могут индуцировать у детей глютеносодержащие энтеропатии. Однако в случаях, когда у ребенка склонность к запорам, ребенок избыточно прибывает в массе тела, целесообразнее начинать введение прикорма с овощного пюре. Введение овощного прикорма рекомендуется начинать с одного вида овощей (картофель, кабачки), постепенно расширяя ассортимент введением в рацион цветной капусты, моркови, позднее – томатов, зеленого горошка.



Не ранее 5 – 5,5 месяца жизни ребенку можно вводить яблочный сок. После привыкания к нему можно вводить грушевый, абрикосовый, сливовый, персиковый, вишневый, малиновый, черносмородиновый соки и их нектары, напитки. Фруктовые пюре следует рекомендовать детям через 2 – 3 недели после назначения соков, используя тот же ассортимент фруктов и ту же последовательность их введения.

Творог как дополнительный источник белка назначается здоровым детям с 6 месяцев жизни. Желток рекомендуется вводить с 7 месяцев. Более раннее введение может привести к аллергическим реакциям. Мясо в виде мясного пюре рекомендуется давать ребенку с 6 месяцев, затем пюре заменяется фрикадельками (8 – 9 месяцев) и паровыми котлетами (к концу первого года жизни).

С целью максимального продления грудного вскармливания прикорм необходимо давать ребенку после сосания груди. Если количество грудного молока на фоне дачи прикорма снижается, то возникает необходимость восполнить молочную часть рациона ребенка молочными смесями. Необходимо отметить, что молочная часть рациона ребенка после 6 месяцев не должна быть меньше 500 мл в сутки. Цельное коровье молоко не следует давать детям в возрасте до 1 года (только в каше).

На сегодня в организации питания младенцев целесообразно придерживаться рекомендаций, изложенных в «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», разработанной Союзом педиатров России, НЦЗД и НИИ питания РАМН.

Большим достижением Республики Татарстан является возможность бесплатного обеспечения детей до трех лет жизни молочным питанием.

С 2010 г. действует программа «Бэлэкэч», благодаря которой дети из малоимущих семей и имеющие хронические заболевания безвозмездно обеспечиваются молочными продуктами. В 2012 г. их получают 39 107 детей. Это позволяет обеспечить особо нуждающиеся категории детей стандартным, качественным и безопасным молочным питанием.

ФАКТЫ

СОЦИАЛЬНЫЕ



Грудное вскармливание имеет **психологические аспекты** – контакт матери и ребенка «кожа к коже», кормление грудью формируют диадду «**мать – дитя**»



Грудное молоко является **лучшей защитой от инфекции**, ибо оно практически стерильно и содержит **более 100 видов** биологически активных веществ, которые защищают младенцев от инфекций

ЗАЩИТНЫЕ



Грудное молоко содержит комплекс бифидогенных факторов, бифидо- и лактобактерий, оказывающих **благоприятное воздействие на микрофлору кишечника**



Грудное молоко **защищает младенца от аллергии**

ПИЩЕВЫЕ



При грудном вскармливании потребность ребенка в питании хорошо **регулируется его аппетитом**

Грудное молоко имеет **оптимальное соотношение** белков, жиров и углеводов.

МОТИВАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Ильдар ФАТКУЛЛИН,
заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМУ,
заслуженный деятель науки РТ, профессор, д.м.н.



РЕПРОДУКТИВНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

ДОЛГОЕ ВРЕМЯ ВОПРОСЫ СМЕРТНОСТИ И РОЖДАЕМОСТИ В НАШЕЙ СТРАНЕ ОСТАВАЛИСЬ, К СОЖАЛЕНИЮ, БЕЗ ДОЛЖНОГО ВНИМАНИЯ ГОСУДАРСТВА. ДА И СЕГОДНЯ, ПО МНЕНИЮ ЭКСПЕРТОВ, ЗАЯВЛЕНИЯ О ТАК НАЗЫВАЕМЫХ ПОЗИТИВНЫХ СДВИГАХ В ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НЕ СОВСЕМ ТОЧНО ОТРАЖАЮТ РЕАЛЬНОСТЬ.

В начале 1990-х годов в России закончилась эпоха послевоенного увеличения численности населения: в 1991 году впервые за более чем 300 лет смертность оказалась выше рождаемости, а умирают сегодня в полтора раза чаще, чем рождаются. И хотя в большинстве стран Европы уровень рождаемости также ниже уровня простого воспроизводства населения, в России коэффициент депопуляции в три раза выше европейского. Особую тревогу вызывает снижение числа детей и подростков в структуре населения страны – с 25% в 1997 году до 18,4% в 2009-м. А ведь именно они должны стать родителями будущего населения России.

Вместе с тем существует другая опасная тенденция – прогрессирующее ухудшение качества здоровья молодежи. За последние 20 лет число

реально здоровых девушек снизилось с 28,3 до 6,3%. Большинство из них страдают хроническими заболеваниями, потенциально влияющими на репродуктивную функцию и соответственно уменьшающими шанс забеременеть и родить здоровое потомство. Каждая шестая семья в России не может иметь детей и нуждается в медицинской помощи. Но из тех женщин, у кого беременность все же наступила, менее половины заканчивается родами (из них только 37% нормальными!). Количество аборт в три раза превышает таковое во всех странах Евросоюза вместе взятых. А если учесть беременности, которые заканчивались самопроизвольными абортами или преждевременными родами (как следствие плохого соматического и репродуктивного здоровья), рождением недоношенных, больных детей, то картина нашего настоящего и будущего выглядит и вовсе удручающей.

Существуют различные подходы и точки зрения на сложившуюся ситуацию. Но объединяет их одно – это осознание очевидного факта: динамика показателей рождаемости и смертности приобрела угрожающий характер, вплоть до опасности депопуляции. Средний суммарный коэффициент рождаемости (1,57 в 2010 году) подтверждает ее неизбежность для России.

Итак, низкая рождаемость и плохое репродуктивное здоровье населения детородного возраста – основные причины негативной демографической ситуации в стране. Не будем касаться решений политических, не имея на то достаточных знаний и данных, и положимся на здравый смысл государственной власти как гаранта безопасности страны. Согласно «Концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000 – 2004 гг.» именно репродуктивное здоровье признано одним из основных факторов сохранения нации.

Ведущий акушер-гинеколог страны профессор В.Е. Радзинский сказал: «Демографическую проблему России в состоянии улучшить (но, я думаю, ее не решить за жизнь одного поколения. – Прим. И.Ф.) те, кто сегодня ходят в детский сад или еще не родился, если удастся сохранить их здоровье и привить нормальное восприятие семейных ценностей». По мнению ведущих специалистов, наибольшую отдачу должны принести не медицинские технологии лечения бесплодия и осложненной беременности (хотя, возможно, это 100 – 200 тысяч дополнительных деторождений), а программы улучшения здоровья молодежи, основанные, в первую очередь, на репродуктивном просвещении.

В настоящее время в Республике Татарстан готовится целевая программа «Стратегия безопасного репродуктивного поведения молодежи Республики Татарстан». Один из основных ее блоков предусматривает внедрение образовательных программ, целью которых является формирование адекватного образа жизни и самоохранительной модели репродуктивного поведения, в том числе основанных на профилактике абортов и заболеваний, передающихся половым путем, как наиболее опасных для репродуктивного здоровья. Первый опыт проведения лекций по этой теме в двух вузах Казани показал огромный интерес студенческой аудитории к проблеме. Студенчество – это та возрастная и целевая группа, которая не только готова к вступлению в семейные отношения, но и является будущим российской интеллигенции и кадровым потенциалом руководителей коллективов, способным повлиять в самом ближайшем будущем на формирование образа жизни общества. В 2009 – 2010 годах в 32 вузах страны около 15 тысяч молодых людей принимали участие в программе «Репродуктивный выбор», предложенной впервые в 2007 году Российским университетом дружбы народов.

Репродуктивное просвещение подростков 11 – 13 лет, признанное в 2002 году Минздравом России безальтернативным путем снижения количества абортов среди молодежи (в 2009 году каждый 9-й аборт – у подростков и девушек до 19 лет) – дело непростое. Работа в школах сопряжена со многими сложностями правового и воспитательного характера, в том числе субъективного опасливого отношения многих педагогов к информации о половом воспитании. Вместе с тем прошедший в ноябре в Казани Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России. Казанские чтения», в работе одного из симпозиумов которого приняли участие более 180 преподавателей школ и вузов города, обнаружил профессиональную заинтересованность и понимание этой частью аудитории важности проблемы и стремление к сотрудничеству с медицинскими работниками.

Компетентная работа по репродуктивному просвещению требует подготовленных специалистов с медицинскими и педагогическими навыками. Эта задача может быть реализована организацией тренингов для модераторов и лекторов образовательных программ, с привлечением специалистов, имеющих опыт аналогичной работы, а также проведением конференций, семинаров и «круглых столов» с участием руководителей и преподавателей учебных заведений, молодежных организаций.

По мнению профессора М.Б. Хамошиной (2005), изучавшей особенности репродуктивного здоровья девушек-подростков Приморского края, организационные мероприятия, кроме образовательных программ, должны включать создание регионального центра, обеспечивающего организацию гинекологической помощи девушкам-подросткам, раннее выявление контингентов риска нарушений репродуктивного здоровья и организацию среди них реабилитационной и оздоровительной работы.



Медицинские работники и здравоохранение в целом могут дать женщине определенные гарантии реализации ее репродуктивных планов только при условии психосоциальной готовности к материнству.

В заключение уместно вновь привести слова ведущего акушера-гинеколога страны профессора В.Е. Радзинского о том, что медицинские работники и здравоохранение в целом могут дать женщине определенные гарантии реализации ее репродуктивных планов только при условии психосоциальной готовности к материнству. А она должна формироваться с юного возраста и выражаться в самоохранительном поведении, планировании беременности в неповрежденной хирургическими абортами матке, в условиях максимально возможного социально-биологического благополучия организма, семьи и общества. «Это долгий путь: от аборта – к безопасной контрацепции, планированию деторождения, к безопасным родам, счастливому материнству, – сказал он. – Однако альтернативы нет» (В.Е. Радзинский, 2011).

Алмазия ШАКИРОВА, Аэлита КАМАЛОВА,
Винира АЮПОВА, Владимир ИВАНОВ,
ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», Казанский государственный
медицинский университет



СЛУЧАЙ РЕДКОГО СИНДРОМА

В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ДРКБ МЗ РТ ПОСТУПИЛА ДЕВОЧКА 8 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ В ТЕЧЕНИЕ ЧЕТЫРЕХ ДНЕЙ ПО 10 РАЗ В СУТКИ, БЕЗ ЖЕЛЧИ И КРОВИ, А ТАКЖЕ НА ТОШНОТУ, СЛАБОСТЬ, ВЯЛОСТЬ. ИЗ АНАМНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЗВЕСТНО, ЧТО У НЕЕ С ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ЭПИЗОДЫ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ПРОДРОМОЙ В ВИДЕ ВЯЛОСТИ, СОНЛИВОСТИ, ПОЯВЛЕНИЯ НЕСТОЙКИХ ПЯТЕН ГИПЕРЕМИИ НА ЛИЦЕ И ГРУДИ. ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПОВ БОЛЬНАЯ ЗАНИМАЛА ВЫНУЖДЕННОЕ КОЛЕННО-ЛОКТЕВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ИЛИ НА ПРАВОМ БОКУ С ПОДЖАТЫМИ КОЛЕНЯМИ. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПОВ НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЛА ДО СЕМИ ДНЕЙ. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ДИАРЕЯ ПРИ ЭТОМ ОТСУТСТВОВАЛИ. НЕ ОТМЕЧАЛОСЬ СВЯЗИ С НАРУШЕНИЕМ ДИЕТЫ.



В дальнейшем ребенок неоднократно госпитализировался с жалобами на неукротимую рвоту, отказ от еды. В этот период больная наблюдалась с диагнозами: хронический холецистит, хронический панкреатит, синдром ацетонемической рвоты, гастроэзофагеальная рефлюксная

болезнь. Проводимая терапия давала положительный эффект, но он был кратковременным.

Учитывая рецидивирующий характер рвоты, ее тяжесть, в очередной раз девочка поступила с

подозрением на опухоль головного мозга. МРТ головного мозга выявила кисту pineальной области. Ребенок консультирован нейрохирургами, а также в НИИ нейрохирургии им. Бурденко, где вынесено следующее заключение: киста небольших размеров и не окклюзирует водопровод. В настоящее время хирургическое лечение не показано, связать рвоту с наличием кисты не представляется возможным.

В ходе дифференциального диагноза исключались аддисонова болезнь, наследственные аминокислотопатии, органические ацидурии, митохондриальные болезни (дефекты

митохондриального β -окисления). Вместе с тем у ребенка отмечалась тенденция к учащению приступов – повторялись каждые две недели. Ребенок нуждался в ежемесячной госпитализации и проведении в/в регидратации. Приступы стали более продолжительными и рефрактерными к терапии, отмечался кратковременный эффект от применения селективных антагонистов серотониновых 5HT₃-рецепторов.

Учитывая клиническую картину и исключение всех возможных причин тяжелой рецидивирующей рвоты, впервые, спустя два года, у ребенка был заподозрен синдром циклической рвоты (в англоязычной литературе Cyclic Vomiting Syndrome – CVS). Хотя данный синдром впервые был описан известным педиатром Сэмюэлем Ги (Samuel Gee) в 1882 году, патогенез этого заболевания окончательно не определен. Предполагается, что CVS является полиэтиологическим заболеванием, в основе которого лежат неврологические, метаболические, эндокринные нарушения. Не вызывает сомнения генетическая близость CVS и мигрени, что подтверждается частым наличием мигрени у родственников больных CVS, сходными электрофизиологическими изменениями и эффективностью противомигренозной терапии у 80% детей с синдромом циклической рвоты. Перспективными являются представления о CVS как о «митохондриальной болезни».

Данный синдром встречается чаще у девочек (60:40), дебют в основном в раннем возрасте, по данным литературы, подобное состояние может купироваться после 12 лет либо в дальнейшем развиваются мигрень и абдоминальная мигрень.

Синдром циклической рвоты – заболевание, для которого характерны повторные эпизоды рвоты, чередование приступов с периодами полного здоровья и стереотипный характер эпизодов по времени возникновения, клиническим особенностям и длительности. Кроме того, у синдрома циклической рвоты нет патогномоничных лабораторных, радиографических и эндоскопических критериев. Эти приступы мучительно и тяжело переносятся пациентами и их семьями, а также могут приводить к серьезным осложнениям.

Рвота при синдроме циклической рвоты наблюдается в среднем шесть раз в сутки, часто бывает с желчью, быстро наступает тяжелое обезвоживание, могут отмечаться летаргия, анорексия, абдоминальная, головная боль и фотофобия. Приступы часто возникают по утрам, провоцируются стрессами.

Для постановки диагноза синдрома циклической рвоты используются следующие диагностические критерии NASPGHAN:

- Не менее пяти приступов за любой период времени или минимум три приступа за шесть месяцев.
- Эпизоды рвоты – от 1 часа до 10 дней, с интервалом не менее 1 недели.

- Стереотипная клиническая симптоматика у отдельных пациентов.
- Не менее чем 4-кратная рвота во время приступа не менее чем за 1 час.
- Полное здоровье между эпизодами.
- Отсутствие других очевидных заболеваний – причин рвоты.

Стратегия лечения основана на представлении о четырех последовательных фазах CVS: продрома, приступный период, период восстановления и межприступный период. Так, в межприступный период проводится профилактическая терапия, а в продромальный и приступный периоды – abortивная и поддерживающая терапия. Во все периоды необходимы поддержка семьи и коррекция стиля жизни, достаточный сон, избегать стрессовые ситуации и т.д.

Известно, что **синдромом циклической рвоты страдают 2,3% австралийцев и 1,9% жителей Шотландии. Этот синдром - причина 0,51% всех госпитализаций в детские отделения Индии.**

В русскоязычной медицинской литературе встречаются единичные работы, посвященные этому заболеванию, данных об эпидемиологии и распространенности этого синдрома по России и по Татарстану нет. За последние 5 лет в гастроэнтерологическом отделении ДРКБ подобных случаев также не наблюдали.

Тем не менее исключать вероятность такого диагноза нельзя, врачам необходимо включать синдром циклической рвоты в дифференциально-диагностический поиск состояний, протекающих с рецидивирующей рвотой, и в случае его диагностики передавать таких пациентов под наблюдение невропатологов для назначения профилактической терапии.

С профилактической целью у детей младше 5 лет применяются:

- Антигистаминные препараты: ципрогептадин или пизотибен.
- β -блокаторы: пропранолол.

У детей старше 5 лет:

- Трициклические антидепрессанты: амитриптилин.
- β -блокаторы: пропранолол.

Также могут использоваться:

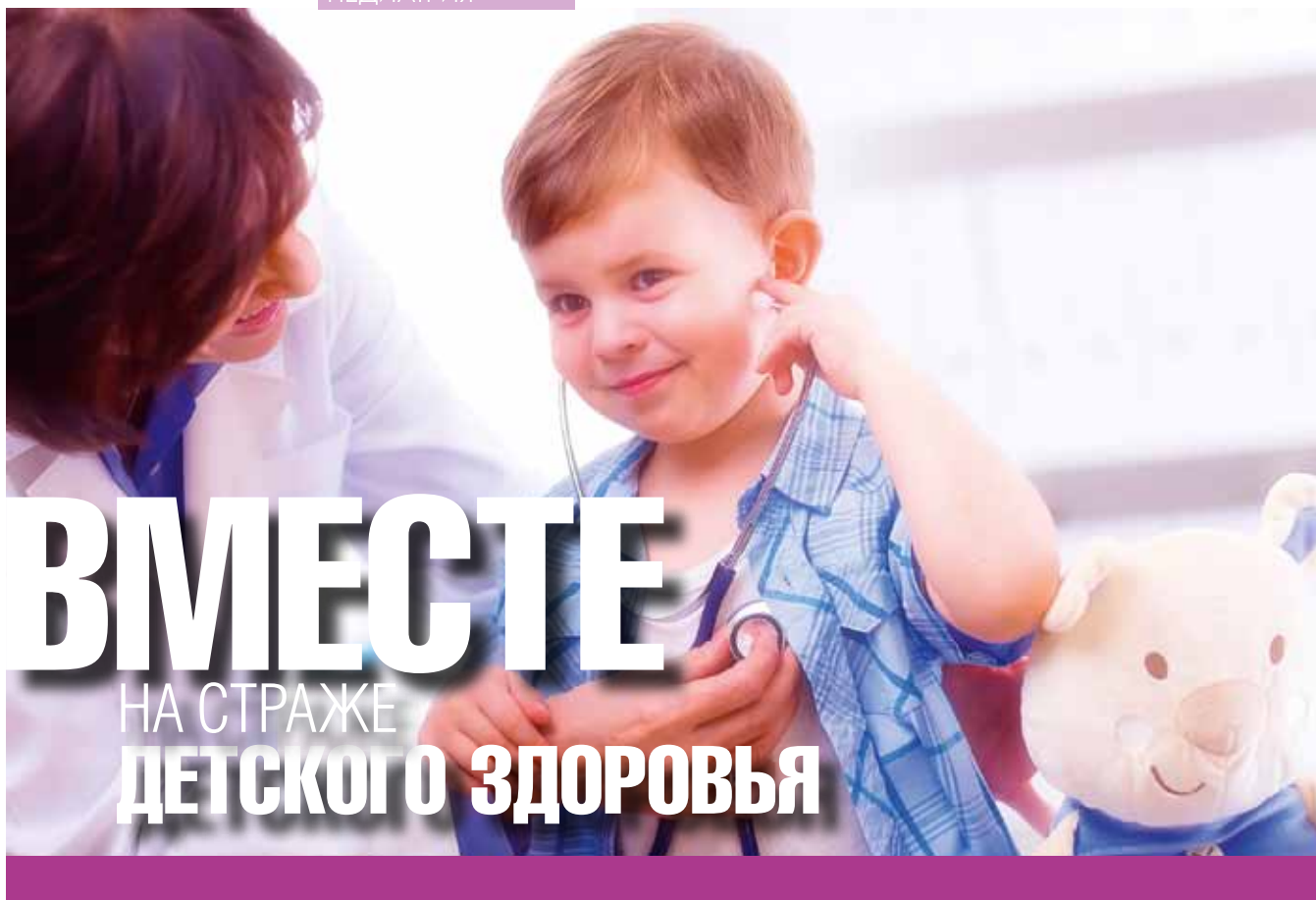
- Антikonвульсанты: фенobarбитал, вальпроевая кислота.
- L-карнитин.
- Коэнзим Q10.

Abortивная терапия наиболее эффективна в продромальный период и в начале приступа. С этой целью применяются антимигренозные препараты (например, суматриптан) у детей старше 12 лет, а также анксиолитики. Для некоторых пациентов эффективно применение различных техник релаксации. В приступный период поддерживающая терапия направлена, прежде всего, на возмещение потери жидкости, электролитов. Назначаются противорвотные препараты (5HT₃-антагонисты), седативные препараты.

В настоящее время ребенок получает профилактическую терапию топамаксом, и на этом фоне приступы стали реже, не чаще 1 раза в 2 месяца, и менее продолжительными.

Таким образом, синдром циклической рвоты – диагноз исключения, стратегия лечения основана на фазности синдрома, может купироваться в пре- и пубертате, у части больных могут развиваться абдоминальная мигрень и затем мигрень.





СОХРАННОСТЬЮ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СЕГОДНЯ ЗАНИМАЮТСЯ НЕ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ. СВОЙ ВКЛАД В ЭТО БЛАГОРОДНОЕ ДЕЛО ВНОСЯТ КАК ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ВЕДОМСТВА, ТАК И ОРГАНИЗАЦИИ, СОЗДАННЫЕ НА ОБЩЕСТВЕННЫХ НАЧАЛАХ.



Уполномоченный по правам ребенка

Эта должность была введена в Татарстане в июле 2010 года. Главная задача детского омбудсмана республики Гузель Удачиной – контроль и принятие совместно с компетентными органами мер к восстановлению нарушенных прав детей. По сути, работа уполномоченного затрагивает все аспекты детской жизни – право на жизнь, здоровье, жилье, воспитание в семье, право на образование и т.д. «Приоритетной для нас является работа с социально незащищенными категориями детей – сиротами, инвалидами, проживающими в неблагополучных семьях, – рассказывает Гузель Любисовна, – причем в последнем случае в помощи нуждается не только ребенок, но и его родители».

Важное направление деятельности уполномоченного – работа с обращениями граждан. Чаще всего рассматриваются вопросы жилищного права – жалобы на членов семей, действие/бездействие должностных лиц, органов самоуправления.

«Мы рассматриваем обращения с точки зрения права ребенка, – комментирует детский омбудсмен, – даем

оценку, принимаем меры». Уполномоченного иногда называют «детским прокурором», хотя его полномочия, к сожалению, более ограничены. Вместе с тем любое должностное лицо обязано отреагировать на заключение омбудсмана, и если ему в этом отказывают, он может обратиться за содействием к органам прокуратуры. А они, в свою очередь, вправе принять меры прокурорского реагирования, вплоть до подачи иска в суд. Аппаратом уполномоченного налажено взаимодействие и с юридическими клиниками, которые помогают гражданам при составлении исков и т.п. Детский омбудсмен также может участвовать в судах в качестве третьего лица, особенно когда дело касается «резонансных дел», связанных с насилием и пр.

Гузель Удачина регулярно выезжает в районы республики, где также ведет прием граждан. Еще одна форма работы – организация встреч совместно с органами власти. Например, в прошлом году был проведен прием граждан по вопросам права на здоровье, который проходил вместе с министром

здравоохранения РТ Айратом Фарраховым, уполномоченным по правам человека в РТ Сарией Сабурской.

Еще одно направление работы аппарата уполномоченного по правам ребенка – анализ ситуации в Татарстане по соблюдению прав детей. Раз в год готовится доклад, который направляется Президенту Республики Татарстан, в Госсовет, Кабинет Министров, Верховный и Конституционный суды, а также в прокуратуру. В нем рассматриваются статистические и аналитические данные, начиная с вопросов детского здоровья, заканчивая проблемами самоубийств в детском и подростковом возрасте. В этом году уполномоченный планирует выступить с ежегодным докладом перед Госсоветом РТ.

Детский омбудсмен не может самостоятельно вносить на рассмотрение законопроекты, но если он видит несовершенство в законодательстве, может поднять этот вопрос перед теми, кто обладает правом законодательной инициативы. Одно из направлений, по которому сейчас готовится заключение уполномоченного, – увеличение сроков (длительности) реабилитации детей-инвалидов. Сегодня ребенок с инвалидностью имеет право на прохождение реабилитационных курсов по месяцу дважды в год, максимум – четыре раза. Между тем, от мам детей с ограниченными возможностями постоянно поступают обращения о том, что реабилитационных мероприятий не хватает.

По словам детского омбудсмана, граждане жалуются и на медико-социальную экспертизу, которая может отказать в установлении инвалидности. Уполномоченный в спорной ситуации всегда принимает сторону ребенка. «На коллегиях, совещаниях я всегда говорю о том, что если есть хоть одно сомнение в том, признавать ребенка инвалидом или нет, то истолкуйте его в пользу ребенка, – говорит Гузель Удачина. – Доказано, что чем раньше начнется его реабилитация, тем больше у него будет шансов на выздоровление. И, кстати, тем меньше затрат потребуются на его лечение впоследствии».

Уполномоченный по правам ребенка имеет право беспрепятственного доступа в любые учреждения в любое время. Проверки, проводимые детским омбудсменом, имеют свою специфику, главный критерий – насколько комфортные условия созданы для детей. При посещении учреждений здравоохранения в последнее время особое внимание уделяется и вопросам безопасности. Получить наиболее объективную информацию позволяют проверки, проводимые «инкогнито». Так, в одном из районов Татарстана сотрудник аппарата уполномоченного осуществлял «проникновение» на территорию детских отделений медучреждений. Отметим, что в одно из них ему удалось беспрепятственно зайти и некоторое время там находиться, пока его не остановила медсестра, в другом же, как и положено, его просто не пустили за порог.

Один из проектов, реализуемых уполномоченным по правам ребенка совместно с Минздравом РТ и уполномоченным по правам человека с 2010 года, – «Больничный клоун». Многие дети, страдающие тяжелыми заболеваниями, вынуждены долгое время проводить в стационарах. Нахождение в больничных стенах, в отрыве от семьи становится для них дополнительным стрессом, от чего зависит эффективность восстановительного лечения. Организуемые в больницах представления клоунов помогают детям быстрее выздороветь.

«До этого подобные инициативы реализовывались только в Москве и Санкт-Петербурге, – рассказывает Гузель Любисовна, – в Казани если что-то подобное и делалось, то, к сожалению, это были разовые акции, системно к этому вопросу никто не подходил».

Огромную помощь в реализации этого проекта оказал основатель московской некоммерческой организации «Больничная клоунада», настоящий профессионал в своем деле Константин Седов. Он приезжал, чтобы помочь отобрать кандидатов, делился бесценным опытом, проводил мастер-классы в больничных условиях.

Как выяснилось, далеко не все претенденты подходят на эту роль. Помимо творческих навыков, важна также мотивационная составляющая. Так, в ходе бесед с психологом «отсеивались» люди, которые обладали артистическими способностями, но могли впоследствии быстро «растерять» энтузиазм. А цель, напомним, – наладить системную работу с тяжелобольными детьми, не превращая больничную клоунаду в разовую акцию. В течение нескольких месяцев кандидаты проходили обучение, «стажировались» в ДРКБ МЗ РТ, в результате была сформирована команда единомышленников, которая профессионально работает с детьми, вызывает у них улыбки, вселяет оптимизм, буквально дарит им второе дыхание.

Проект «Больничный клоун» был отмечен на подведении итогов Республиканского конкурса «Благотворитель года-2011», а НКО «Больничная клоунада» стала победителем в номинации «Некоммерческие организации».

Контакты: www.rtdety.tatarstan.ru
rtdety@yandex.ru. Тел.: (843) 236-61-64.

21 Государственное учреждение «Центр безопасности жизнедеятельности детей» (ЦБЖД)

Создано 20 января 1997 года по инициативе главного государственного инспектора безопасности дорожного движения по РТ, доктора технических наук, профессора Рифката Минниханова и доктора педагогических наук, профессора Ильгизара Халиуллина. Постановлением Кабинета Министров РТ №138 от 4 марта 2000 г. ЦБЖД был переименован в Научный центр безопасности жизнедеятельности детей (ГУ «НЦ БЖД»). Главная его цель – реализация единой государственной политики в области образования и обеспечения безопасности жизнедеятельности детей в Татарстане.

Центр – самоуправляемая организация, которая проводит фундаментальные и прикладные научные исследования по важнейшим проблемам в области обеспечения безопасности жизнедеятельности в республике, сфере образования, педагогики, психологии и смежных с ними наук, участвует в координации исследований по всем этим направлениям.

Научный центр безопасности жизнедеятельности детей является единственным академическим учреждением в России, которое не только на научно-методическом уровне решает вопросы предупреждения дорожно-транспортного травматизма, но и проводит широкомасштабное внедрение результатов своей научно-исследовательской деятельности в практику.

Сегодня успешно реализуется одна из последних разработок Центра – Концепция обеспечения безопасности жизнедеятельности на дорогах в Республике Татарстан до 2020 года, утвержденная Постановлением №439 Кабинета Министров РТ от 30 мая 2010 года. В Концепции определены стратегические направления обеспечения безопасности жизнедеятельности на дорогах.

К научно-методической деятельности Центра относятся:

- разработка региональных учебных планов и программ обучения правилам безопасного поведения на дорогах для дошкольных образовательных учреждений, общеобразовательных школ, учреждений профессионального образования, курсов повышения квалификации, учреждений дополнительного образования;
- методическое обеспечение занятий по правилам безопасного поведения на дорогах в учебных заведениях различного профиля в системе непрерывного образования.

За 15 лет существования Центра было издано свыше 80 книг и брошюр: монографии и концепции, учебные программы, методические пособия и комплекты дидактических материалов для преподавателей, красочные учебники с приложениями, книжки-раскраски, памятки для учащихся и дошкольников, сборники, обобщающие педагогический опыт преподавателей правил дорожного движения, учебно-методические пособия по тактико-технической подготовке картингистов, организации и проведению соревнований и многое другое.

В среднем за год публикуется около 40 статей и 10 учебно-методических пособий. С 2009 года начал выходить ежеквартальный научно-методический и информационный журнал «Вестник НЦ БЖД» (ведется работа по включению в перечень ВАК).

НЦ БЖД координирует деятельность различных учреждений, занятых проблемой обеспечения безопасности жизнедеятельности в республике. Ежегодно в городах и районах Татарстана проводятся семинары-совещания, конференции по профилактике детского дорожного травматизма на дорогах совместно с сотрудниками УГИБДД, работниками образования, МВД по РТ и другими заинтересованными министерствами и ведомствами.

Центр обладает также успешным опытом организации научно-практических мероприятий республиканского и международного уровней. Одно из таких – II Международная научно-практическая конференция «Современные проблемы безопасности жизнедеятельности: теория и практика», которая прошла 28 – 29 февраля 2012 года в Казани.



Общественный благотворительный фонд помощи детям, больным лейкемией, имени Анжелы Вавиловой был основан в Республике Татарстан в марте 2003 года. Инициаторы создания фонда Владимир и Марина Вавиловы назвали его в память о своей дочери, которая ушла из жизни после нескольких лет борьбы с этой коварной болезнью.

Цель фонда – оказывать помощь детям, больным лейкемией и другими онкологическими заболеваниями, и их родителям. Он занимается привлечением средств в виде пожертвований от организаций и частных лиц для оказания адресной помощи детям и их семьям, онкогематологическим отделениям – на закупку и ремонт оборудования, приобретение дорогостоящих препаратов химиотерапии и сопутствующих медикаментов. Для детей с онкозаболеваниями, находящихся на лечении в стационаре, регулярно проводятся развлекательные мероприятия: утренники, праздничные представления, встречи с известными людьми, творческими коллективами и т.д.

25 января 2011 года между Минздравом РТ и фондом было подписано Соглашение о сотрудничестве по созданию в Татарстане первого детского хосписа. Его пациенты окружены обычными домашними вещами, к ним открыт свободный доступ родственников и друзей. Медицинский персонал оказывает паллиативную медицинскую помощь: больные получают кислород, обезболивающие, зондовое питание и т.п. Основная цель пребывания в хосписе – скрасить последние дни жизни, облегчить страдания.

Летом прошлого года в Татарстане начала работать выездная паллиативная служба детского хосписа РТ, создан координационный центр для организации работы выездных бригад, внедрена компьютерная программа по ведению учета больных детей, разработаны памятки для родственников по уходу за больным.

10 февраля 2012 года состоялось открытие первых двух палат стационара хосписа. Приобретены медицинское оборудование, современная бытовая техника, палаты и другие помещения обустроены в соответствии с санитарными требованиями и правилами, учитывая специфику паллиативной помощи.

Стоит отметить, что руководство республики и лично Президент Татарстана Рустам Минниханов оказывают большую поддержку этому проекту. К двум предоставленным ранее автомобилям для работы выездных бригад был презентован еще один повышенной проходимости, который позволит оказывать паллиативную помощь детям из труднодоступных районов республики. В ближайшее время запланировано строительство нового здания хосписа на 20оек,

что позволит увеличить охват детей, нуждающихся в хосписной помощи. Фонд имени Анжелы Вавиловой реализует проект «Детский первый хоспис в Татарстане» полностью на благотворительные пожертвования, поэтому сбор средств на открытие нового здания открыт.

Контакты: www.angela-vavilova.ru angela-vavilova@yandex.ru

Общественный благотворительный фонд помощи детям, больным лейкемией РТ имени Анжелы Вавиловой:

р/с 407 038 106 000 200 001 98 в «Ак Барс» Банке
БИК 049 205 805

ИНН 166 006 44 36

КПП 166 001 001

к/с 301 018 100 000 000 008 05

Назначение платежа: Благотворительная помощь. Без налога (НДС). Скачать и распечатать бланк для перечисления средств на расчетный счет организации можно здесь:

<http://www.angela-vavilova.ru/2010/blank.01.php>

Электронный кошелек для пожертвований:

«Яндекс-деньги» счет №41001544676531

4

Общественная организация Республики Татарстан «Мама Казани»

«Мама Казани» – региональная благотворительная общественная организация Республики Татарстан – была создана в 2007 году как движение мам, неравнодушных к судьбе детей, брошенных в больницах города Казани, так называемых отказничков. Ее цель – помощь детям-сиротам. «Мама Казани» сотрудничает с более 20 учреждениями РТ, в которых дети, оставшиеся без попечения родителей, живут, проходят лечение и обследование. Организация также оказывает помощь семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации, воспитывающим тяжелобольных детей, одиноким мамам, многодетным семьям и пр.

Проекты благотворительной организации «Мама Казани»:

«Подари им любовь» – круглосуточное сопровождение, уход, послеоперационная реабилитация, развивающие занятия с детьми в больницах города (категории детей – из домов ребенка или ожидающие перехода, дети без статуса, дети из РТ без сопровождения взрослых).

«Сбор помощи» занимается проведением мероприятий, направленных на сбор материальной помощи для детей-сирот, находящихся в

социальных и медицинских учреждениях РТ. Так, за период с октября 2007 по апрель 2010 года было проведено 8 акций «Сухая попка», направленных на сбор подгузников и средств гигиены для нуждающихся детей. В рамках выставки «Арт-галерея» в 2009, 2010, 2011 годах были открыты благотворительные ярмарки работ детей из детских социальных учреждений, художественных и общеобразовательных школ. Помимо этой и других акций, действует ежедневная программа сбора и доставки переданной помощи.

«Мой день рождения» – индивидуальные поздравления детей из детских домов и приютов.

«Мастер-класс» – проведение тематических мастер-классов, спортивных занятий в детских домах.

«Цветной десант» – роспись стен в палатах больниц, детских домах и домах ребенка, где находятся дети-сироты, косметический ремонт помещений, смена мебели и текстиля, облагораживание участков, прилегающих к больницам.

«Вместе с мамой» – профилактика отказа матери от новорожденного, возврат младенцев в биологические семьи, если это не угрожает их жизни и здоровью. Партнеры программы – ЦПСИД «Гайлэ», КЦСО «Доверие», ИЭУП г. Казань, Юридическая клиника г. Казань, БФ «Мы рядом».

«Улыбка для мамы» – проведение фотосессии для воспитанников детских домов и домов ребенка для последующего размещения их в российской базе данных сирот, реализуется совместно с Республиканским центром по опеке и попечительству РТ.

«Семейный клуб» – программа поддержки семей с детьми, попавших в трудную жизненную ситуацию. На сегодня в базе данных организации «Мама Казани» – 50 семей, регулярно получающих помощь. Оказывается содействие в трудоустройстве и подготовке в вузы членов семей, помощь в бытовых вопросах, сборе документов и т.д.

В будущем «Мама Казани» планирует охватить программой другие города Республики Татарстан, активно подключая к работе центры и отделения социальной защиты населения, осуществлять до- и постинтернатное сопровождение подростков из детских домов и интернатов. На данный момент такие программы запущены в Нижнекамске, Чистополе, Набережных Челнах.

Контакты: www.mamakazan.org * mamakazan@gmail.com

Помощь детям-сиротам и семьям с детьми в трудной жизненной ситуации:

Благотворительная организация «Мама Казани»:

р/с №40703810020010000127

ИНН 1657103935

КПП 165701001

ОГРН 1091600004473

ООО КБЗР «БАНК КАЗАНИ»

Реквизиты банка:

к/с 30101810100000000844

БИК 049205844

Назначение платежа: благотворительное пожертвование.
Без налога (НДС).

Скачать и распечатать бланк для перечисления средств на расчетный счет организации можно здесь:

<http://mamakazan.org/pozhertvovat/pd4mk.html>

HARTMANN

**Лариса КОВАЛЕВА,**

к. м. н., научный сотрудник ФГБУ «НЦ АГ и П им. В. И. Кулакова» МЗ РФ, ассистент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова



Возможности безопасного родовспоможения

Одной из основных проблем послеродового периода в современном акушерстве остаются гнойно-септические осложнения, что обусловлено их высокой частотой и ролью в структуре материнской смертности.

Частота послеродовых воспалительных осложнений остается достаточно высокой (до 5 – 26%) и не имеет тенденции к снижению, несмотря на достигнутые успехи в диагностике, профилактике и лечении. Основными микробными агентами, вызывающими гнойно-септические осложнения, считаются группы аэробных и анаэробных микроорганизмов. К аэробным микроорганизмам относятся грамположительные – стафилококки, стрептококки групп А и В, энтерококки и грамотрицательные штаммы – кишечная

палочка, протей, клебсиелла. Анаэробные микроорганизмы представлены грамположительными – пептострептококки, пептококки, клостридии и грамотрицательными штаммами – бактероиды.

В профилактике воспалительных осложнений после кесарева сечения и осложненных самостоятельных родов, наиболее частым из которых является эндометрит, большую роль играют антибактериальные препараты широкого спектра действия. В медицинской литературе уже достаточно широко обсуждены вопросы дозы,

кратности, путей введения антибиотиков, разработаны схемы их интра- и послеоперационного использования. Однако применение антибактериальных препаратов с профилактической целью должно быть обоснованным, а показания к профилактическому назначению антибиотиков – дифференцированы и взвешены.

Целесообразность применения любого антибактериального препарата должна превышать риск возникновения большого количества вызываемых им побочных эффектов, которые зачастую, наслаиваясь на имеющуюся у пациента сопутствующую патологию, приводят к более тяжелым осложнениям и последствиям, нежели основное заболевание. Среди побочных эффектов антибиотиков наиболее часто встречаются токсические поражения печени и почек, аллергические реакции, ототоксическое действие, снижение иммунологической реактивности организма.

Кроме того, многие авторы считают, что нецелесообразное применение антибактериальных препаратов в повседневной практике ведет к появлению антибиотикорезистентных видов и штаммов. Учитывая это, отсутствует полная уверенность в предупреждении развития вялотекущих и латентных форм заболевания, трудно диагностируемых особенно после курсов антибактериальной терапии. Показа-

но, что в настоящее время отмечается тенденция к повышению частоты стертых форм послеродовых гнойно-септических осложнений, обусловленных как изменением характера возбудителя (прева-

как после оперативных, так и после самопроизвольных родов. Немаловажное значение приобретают гигиена медицинского персонала, адекватная обработка операционного поля и рук персонала,

ФАКТОРЫ РИСКА

Выделяют такие факторы риска развития послеродовых гнойно-септических осложнений:

- наличие экстрагенитальной патологии, в том числе очаги хронической инфекции
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, хронические воспалительные заболевания половых органов – эндометрит, цервицит и др.
- угроза преждевременного прерывания беременности, обусловленная инфекционными факторами – бактериальным вагинозом, микоплазмозом, уреаплазмозом, вирулентным стрептококком группы В и др.
- истмико-цервикальная недостаточность, наличие швов на шейке матки
- внутриутробная инфекция
- многоводие
- преждевременное излитие околоплодных вод
- длительное течение родов и многократные влагалищные исследования, хориоамнионит в родах
- массивная кровопотеря
- оперативные вмешательства – кесарево сечение, наложение акушерских щипцов и др.
- субинволюция матки на фоне лохиометрии или остатков последа
- низкий социальный статус родильницы.

лирование условно-патогенной флоры), так и нерациональным, необоснованным применением антибактериальных препаратов.

Показано, что эффективность лечебно-профилактических мероприятий существенно повышается при диагностике осложнений на ранних сроках развития или прогнозировании вероятности воспалительного процесса с учетом соответствующих факторов риска.

Одним из значимых факторов риска развития гнойно-септических осложнений является такая операция, как кесарево сечение, частота которой в последнее время достигает 30% случаев. Существуют определенные сложности с восстановлением оттока лохий из полости матки в связи с деформацией и отеком тканей в области послеоперационного шва, что приводит к развитию гематохиометрии. Не до конца решена проблема ведения родильниц с субинволюцией матки, обусловленной нарушением анатомической целостности, сократительной и ретракционной способности миометрия.

В связи с вышеизложенным особое внимание заслуживает применение немедикаментозных методов профилактики гнойно-септических осложнений. Целесообразно проводить комплекс санитарно-гигиенических мероприятий у родильниц

качество шовного материала, дезинфекция и стерилизация инструментария, оборудования и марлевых изделий, а также качество хирургической одежды и операционных покрытий. Предпочтение все-таки отдается изделиям одноразового использования, достоинствами которых являются высокая барьерная функция, максимальная защита от промокания, отсутствие фитильного эффекта, отсутствие ворса на поверхности, удобство и комфортность, высокая гигиеничность, экономия времени на подготовку к операциям и на проведение уборки операцион-

Особого внимания заслуживают немедикаментозные методы профилактики гнойно-септических осложнений. Целесообразно проводить комплекс санитарно-гигиенических мероприятий у родильниц как после оперативных, так и после самопроизвольных родов.

ной между операциями. Проведение всех санитарно-гигиенических мероприятий в послеродовом периоде остается обязательным, особенно для родильниц группы риска развития гнойно-септических осложнений.

Проблема рациональной антибиотикопрофилактики остается одной из самых сложных в практическом акушерстве.

Это связано с изменяющимся спектром возбудителей послеоперационных инфекционных заболеваний, а также с увеличением и распространением резистентности

микроорганизмов, вызывающих инфекционные заболевания. Вместе с этим не снижающаяся частота инфекционно-воспалительных осложнений пуэрперия и высокая частота «скрытых» форм повышают актуальность внедрения немедикаментозных методов профилактики у родильниц после самостоятельных родов и оперативного родоразрешения. *

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ

(Модернизация государственной и частной медицины)



Что: 3-й международный
медицинский Форум / выставка

Где: МВЦ «Крокус Экспо»
1 павильон, зал №3

Когда: с 24 по 26 апреля
2012 года

Показания:

- учреждения государственной и частной медицины
- Научные и образовательные медицинские учреждения
- Медицинская техника, оборудование, инструменты
- Фармацевтические препараты
- Современные медицинские технологии
- Повышение профессионального уровня врачей
- Передвижные комплексы медицинского назначения
- Зарубежные фирмы, компании, учреждения
- Многое другое

МВЦ «Крокус Экспо»:
станция метро «Мякинино», 65-66 км МКАД
(пересечение МКАД и Волоколамского шоссе)

Элла КУМИРОВА,

доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсами последипломного образования и поликлиники ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФГУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии» Министерства здравоохранения и социального развития РФ, д. м. н.

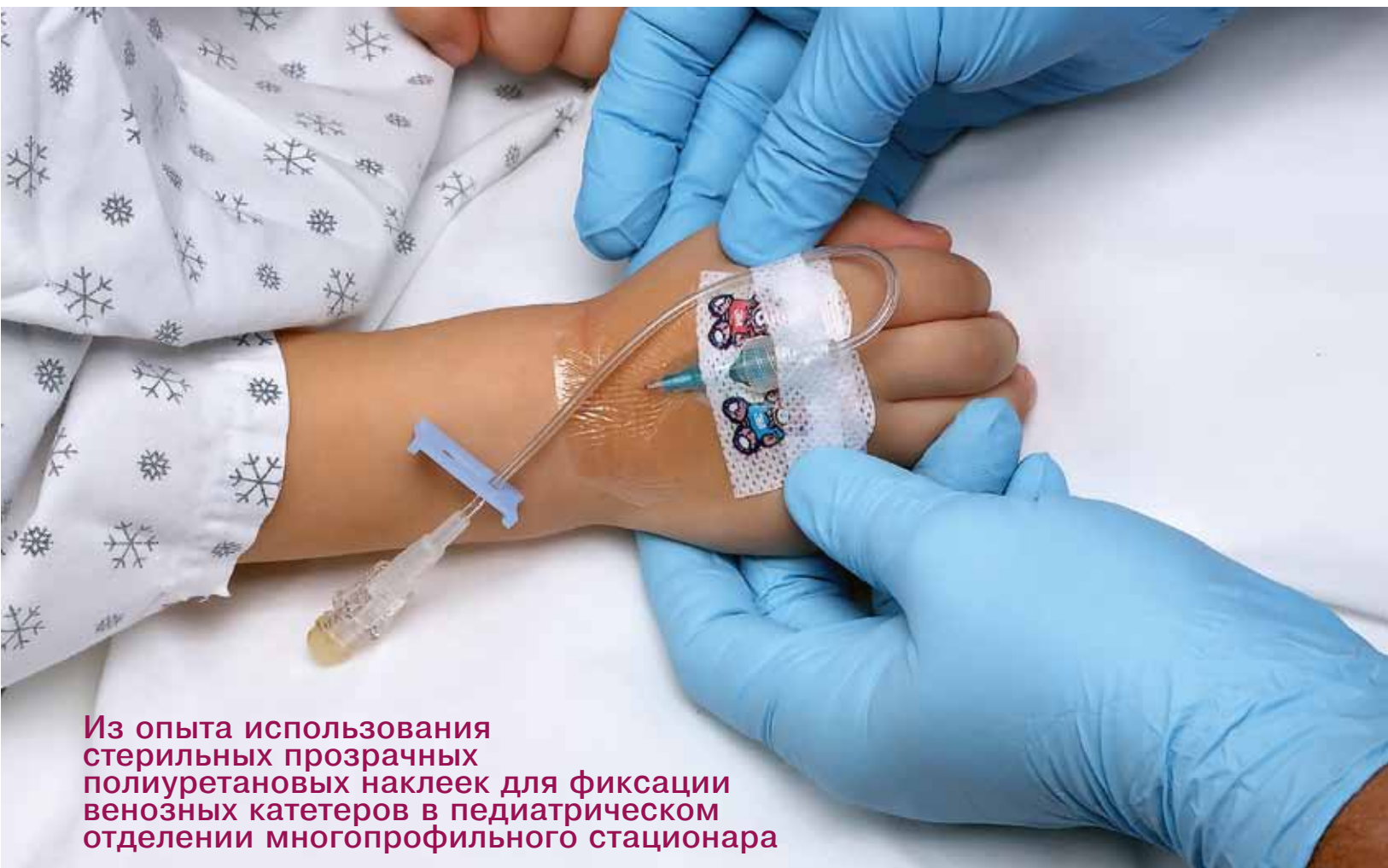
Камиль ЗАКИРОВ,

главный врач ГБУЗ «ДГБ №1» г. Казани

Раиса ПОПКОВА,

врач педиатрического отделения ГБУЗ «ДГБ №1» г. Казани

Удобно, стерильно, эффективно



Из опыта использования стерильных прозрачных полиуретановых наклеек для фиксации венозных катетеров в педиатрическом отделении многопрофильного стационара

Одна из рутинных процедур в многопрофильном детском стационаре – катетеризация центральных и периферических вен как метод обеспечения интенсивной терапии, парентерального питания, полихимиотерапии, введения антибиотиков, трансфузий компонентов крови, мониторинга гемодинамических показателей и концентрации цитостатических препаратов, которые не могут быть осуществлены с помощью неинвазивной техники (1,2). Связанные с этим осложнения, отсутствие навыков ухода за венозными катетерами обуславливают заболеваемость и смертность больных (1,2,3,4). Применение стерильных прозрачных полупроницаемых полиуретановых наклеек для фиксации

катетеров описано в руководстве Центра по контролю заболеваемости (CDC – Centre Disease Control) и является одним из основополагающих принципов профилактики катетер-ассоциированных заболеваний, а также относится к рекомендациям уровня «А», правильность которых подтверждена неоднократно рандомизированными многоцентровыми исследованиями и отражает принципы эталонной практики (5).

В педиатрическом отделении ГБУЗ «ДГБ №1» г. Казани в среднем получают лечение 1200 – 1300 больных в год. Из них примерно 20% пациентов с нозологиями, предполагающими интенсивное ведение в стационаре, нуждаются в катетеризации периферических/центральных вен. Мы

провели ретроспективное нерандомизированное исследование эффективности и безопасности использования специальных стерильных прозрачных полиуретановых наклеек 3М™ Tegaderm™ для фиксации катетеров в сравнении с обычным лейкопластырем.

В данном исследовании были использованы традиционные методики оценки работы центрального венозного катетера/периферического венозного катетера (ЦВК/ПВК): длительность стояния ЦВК и ПВК, частота и время развития осложнений (6). Анализ и статистическая обработка полученных результатов проводились в программе Statistica 6.0. Сравнение результатов выполнено с по-

мощью Log-Rank теста. Разница между группами считалась статистически значимой при $p < 0,05$.

Внедрение в практику отделения педиатрии специальных стерильных прозрачных полиуретановых наклеек 3M™ Tegaderm™ различной модификации для фиксации катетеров, как центральных, так и периферических, началось с 2006 года. Раньше традиционно при установке и использовании ЦВК/ПВК для их фиксации применялся обычный рулонный лейкопластырь на тканой основе, из которого персоналом перед катетеризацией готовились так называемые штанишки. Использование лейкопластыря имеет свои отрицательные стороны и, прежде всего, у пациентов с иммунодефицитными состояниями, получающих цитостатическую терапию, кожа которых в результате действия ряда химиопрепаратов и снижения защитных свойств особенно склонна к механическому и химическому повреждению, мацерации, развитию фолликулитов, волдырей и т.д. (8,11). Отсутствие влагостойкости и, как следствие, избыточный рост микроорганизмов под повязкой ведут к более частому развитию катетер-ассоциированных инфекций и необходимости назначения дорогостоящих антибиотиков широкого спектра и резерва; непрозрачность повязки и необходимость ее частой смены для осмотра места установки катетера; трудности при смене повязки в перчатках, в результате чего происходит движение канюли в вене, что способствует формированию флебитов, а также угроза дислокации катетера и досрочного случайного удаления катетера; использование большого количества дополнительного перевязочного материала (ваты, бинтов, марли) (1,2,7,8,13). Эти проблемы приводят к увеличению интервалов между лечением и задержке специфической терапии и, как следствие, к увеличению пребывания больного в стационаре, что особенно прогностически неблагоприятно для больных онкогематологического профиля.

За 2006 - 2009 годы было проведено 620 катетеризаций центральных и периферических вен следующему контингенту больных: с апластической анемией (врожденной/приобретенной); гемолитической анемией (врожденной/аутоиммунной); комбинированной коагулопатией, геморрагическим васкулитом; идиопатической тромбоцитопенической пурпурой; острым лейкозом (первичным/рецидивом/повторные госпитализации для лечения осложнений); с болезнью Ходжкина (первичным/рецидивами); терминальными стадиями онкологических заболеваний, а также с острым пиелонефритом.

Наиболее активно применялись следующие модификации наклеек: 1610 (5x5,7 см), 1633 (7x9,5 см), 1622W (4,5x4,5 см), 1626W (10x12 см). При использовании лейкопластыря средняя длительность стоя-

ФИКСИРУЮЩИЕ МАТЕРИАЛЫ



Таблица 1. Сравнение двух типов фиксирующих ЦВК/ПВК материалов.

Длительность стояния ЦВК/ПВК и развитие осложнений	3M™ Tegaderm™	Лейкопластырь	P
Средняя длительность стояния ЦВК (дни)	63	32	<0,05
Развитие катетер-ассоциированных инфекций, количество событий на 1000 к/д	1,2	6,7	<0,05
Инфекционные осложнения (через количество дней)	68	37	0,006
Катетер-ассоциированные инфекции кровотока, количество событий на 1000 к/д	1,3	4	0,008
Средняя длительность стояния ПВК (дни)	14	5	-
Возникновение флебитов (через количество дней)	16	4	-

ния ЦВК составила 32 дня, наклеек 3M™ Tegaderm™ - 63 дня ($p < 0,05$). При использовании лейкопластыря развитие катетер-ассоциированных инфекций составило 6,7 события на 1000 катетер/дней, при использовании наклеек 3M™ Tegaderm™ - 1,2 события на 1000 к/д ($p < 0,05$). Инфекционные осложнения развивались в среднем через 37 дней при использовании лейкопластыря и через 68 дней при применении 3M™ Tegaderm™ ($p = 0,006$). Наиболее тяжелыми инфекционными осложнениями явились катетер-ассоциированные инфекции кровотока, что составило 4,0 на 1000 к/д при использовании лейкопластыря и 1,3 на 1000 к/д при использовании 3M™ Tegaderm™ ($p = 0,008$). При установке ПВК длительность стояния катетера также зависела от использованного материала для его фиксации. Так, при использовании наклеек 3M™ Tegaderm™ она увеличивалась в среднем до 14 дней, в отличие от 3 - 5 дней применения обычного лейкопластыря. Возникновение флебитов в зависимости от материала фиксации катетера также имело влияние на удаление ПВК. Так, при применении лейкопластыря флебиты раз-

вивались в среднем через 3 - 4 дня, а при использовании 3M™ Tegaderm™ - через 10 - 16 дней.

Таким образом, наш небольшой опыт позволяет говорить о необходимости преимущественного использования стерильных наклеек при ведении тяжелого контингента больных педиатрического профиля, что значительно снижает количество инфекционных, тромботических осложнений у пациентов и соответственно неоправданные расходы на дополнительное использование перевязочного материала, растворов дезинфектантов и дорогостоящих антибиотиков.

Полученные данные соответствуют аналогичным зарубежным авторам (3, 4, 9, 10, 11, 12). Учитывая результаты нашего исследования, этот опыт экстраполирован на работу всех отделений многопрофильного стационара, где практически полностью осуществлен переход на стерильные прозрачные полиуретановые наклейки для фиксации венозных катетеров. *

(Полный перечень списка литературы - в электронной версии журнала на сайте Министерства здравоохранения РФ)

Надежно. Проверено. Для детей

Прозрачные пленочные наклейки Tegaderm™

Надежная фиксация катетеров

Специальное клеевое покрытие обеспечивает надежную фиксацию и исключает отлипание краев.

Водонепроницаемый барьер, защищающий от проникновения микроорганизмов

Наклейки работают как барьер, защищая место введения катетера от проникновения бактерий, вирусов, крови и биологических жидкостей. Пациент может даже принимать водные процедуры в период нахождения катетера в вене.

Контроль места пункции

Прозрачность и барьерная функция наклейки позволяют контролировать положение венозного катетера визуально и с помощью пальпации.

Удобство использования

Наличие бумажной подложки и рамки обеспечивает быструю и легкую фиксацию катетера с помощью наклейки. U-образный вырез помогает более надежно зафиксировать катетер.

Экономично для бюджета

Простота наложения наклейки значительно сокращает трудозатраты медперсонала на установку и уход за катетером, а оптимальная стоимость самой наклейки и длительность ее нахождения на коже позволяют сократить затраты ЛПУ на перевязочные материалы.



Применение

- ☒ Периферические катетеры
- ☒ Центральные венозные катетеры
- ☒ Катетеры в легочной артерии
- ☒ Эпидуральные катетеры
- ☒ Катетеры для диализа
- ☒ Подкожные инсулиновые катетеры

Ассортимент наклеек компании 3M для фиксации внутрисосудистых катетеров включает также виды наклеек, подходящие для взрослых пациентов. Подробные консультации – у медицинских представителей компании 3M Россия.



Лучше иметь здоровые зубы,
чем ходить к нам...*

* Лучше ходить к нам, чем ходить без зубов.



Полный комплекс высококачественных услуг по решению стоматологических проблем.
Современные методики лечения с учетом всех пожеланий пациентов.



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА
www.stomat9.ru

г. Казань, ул. Гагарина, 20а.

Тел.: (843) 510-40-00.

ул. Чистопольская, 43, тел.: (843) 523-44-88.

ул. Магистральная, 83, тел.: (843) 278-81-81.

Стоматологическая поликлиника №9 Азино

ул. Ломжинская, 13, тел.: (843) 275-75-75.



Владимир КРАСНОЖЕН,
заведующий отоларингологическим отделением клиники «КОРЛ»,
заведующий кафедрой отоларингологии КГМА, профессор, д.м.н.

Свободное дыхание

Эндоскопия в диагностике и лечении болезней носа



Среди ЛОР-заболеваний в нашей стране сегодня лидируют болезни носа. Плохая экологическая обстановка становится причиной увеличения нагрузки на верхние дыхательные пути, негативно влияет на иммунитет. Когда патология принимает хронический характер, от консервативного лечения необходимо переходить к хирургическим методам, и оптимальным решением становится применение эндоскопии.

Наиболее часто встречающаяся детская ЛОР-патология – аденоидные вегетации. Иммунобиологическая реактивность ребенка несовершенна, что может привести к разрастанию лимфоидной ткани, что, в свою очередь, становится причиной затруднения носового дыхания. Доказано, что вдох через нос рефлекторно на треть более глубокий, чем через рот. Дыша ртом, ребенок не получает кислород, его развивающийся организм, мозг находится в состоянии хронической гипоксии.

Воздух, проходя через нос, околоносовые пазухи, увлажняется, согревается, дезинфицируется, достигает кондиции, оптимальной для нижних дыхательных путей. Дыхание через рот не является физиологичным, при нем возникает дополнительная нагрузка на сердечно-сосудистую, дыхательную систему. Если носовое дыхание у ребенка остается затрудненным в течение месяца, то это служит поводом для его немедленного направления к отоларингологу.

Постановка точного диагноза во многом зависит от выбора метода диагностики. Оптимальным решением является исследование с использованием специальной оптики, позволяющей получить «картинку» в увеличенном виде. Есть и другие методы, например, рентгеновские, но их следует применять только в особых случаях. На мой взгляд, предпочтительно по возможности обходиться без лишнего облучения. Эндоскопия успешно заменяет также пальцевое исследование носоглотки – болезненную процедуру, после которой не каждый ребенок добровольно согласится пойти к отоларингологу повторно. Диагностика с применением оптики практически безболезненна, не требует анестезии.

Кстати, наряду с риногенными (инфекционными) причинами синуситов, мы все чаще начинаем отмечать патологии одонтогенной этиологии. По статистике у 76% людей корни зубов находятся в близости к гайморовой пазухе или непосредствен-

но в ней. При сборе анамнеза необходимо учитывать этот фактор. Неаккуратные зубоветрачебные манипуляции на корнях могут привести к попаданию пломбировочного материала в гайморову пазуху и вызвать гайморит.

Эндоскопический инструмент успешно применяется и при хирургическом лечении. Благодаря визуальному контролю достигается высокая точность иссечения ткани. В случае с гайморитом эндоскопическая методика позволяет обойтись без пункций. Как известно, в патогенезе синусита основную роль играет блок соустья из-за искривления перегородки, полипозов и пр. Мы же, говоря простым языком, это соустье расширяем. Речь идет о микроскопическом вмешательстве – редуцировании ткани площадью 1 – 2 кв. мм. Интересно, что в человеческом организме заложен механизм «самоочистения», который запускается после того, как «раскрывается» полость носа, нам остается лишь наблюдать обратное течение болезни.

Эндоскопические методы успешно применяются в клинике «КОРЛ», есть и свои ноу-хау, в частности, используется патентованный троакар, в разработке которого я принимал участие. Инструмент имеет специальную конструкцию, позволяющую одним движением проникать в верхнечелюстную пазуху, проводить санацию. Сегодня в рамках нашей клиники мы расширяем возможности эндоскопического эндоназального доступа, в частности, при лечении слезных путей он является оптимальным и наименее травматичным решением. Такова мировая тенденция – все чаще ринологи начинают работать совместно с нейрохирургами, офтальмологами. Так, операции по удалению опухолей гипофиза в американских клиниках выполняются нейрохирургами совместно с ринологами, которые, прекрасно ориентируясь в анатомии носа, помогают обеспечить доступ к пораженной ткани. *

инвазивные методы лечения - будущее аритмологии

Как свидетельствует статистика, 10 - 15% летальных исходов больных с заболеваниями сердца вызываются аритмией. Эта острая проблема, а также инновационные методы лечения и перспективы развития аритмологической службы в Республике Татарстан обсуждались в Образовательном центре высоких медицинских технологий Казани 27 - 28 февраля на ежегодной конференции «Актуальные вопросы аритмологии».



Интерес к ней врачей, как всегда, был высок. В конференции приняли участие около 200 кардиологов, педиатров, врачей общей практики и скорой медицинской помощи. Поделиться опытом лечения аритмии приезжали лучшие специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Тюмени, Новосибирска.

Министр здравоохранения Татарстана Айрат Фаррахов в своем выступлении обратил внимание участников конференции на тот красноречивый факт, что впервые за 18 лет республика демонстрирует устойчивый естественный прирост населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни, заметно снизилось количество сердечно-сосудистых заболеваний. Это стало следствием реализации страте-

гии, заложенной в основу модернизации системы здравоохранения, рациональной концентрации ресурсов, зонирования республики, сокращения количества больничных коек и наращивания объемов высокотехнологичной медицинской помощи.

Как отметил руководитель Республиканского центра диагностики и лечения нарушений ритма сердца Юрий Терегулов, аритмология в Татарстане за 2011 год сделала большой шаг вперед. Были открыты два региональных аритмологических центра в Набережных Челнах и Альметьевске, оснащенных самым современным оборудованием, имеющих квалифицированные кадры. Все это значительно приблизило высокотехнологическую помощь к пациентам. Теперь главная

ДИАГНОСТИКА



Обнаружение аритмии не означает автоматического назначения антиаритмической терапии. Более того, она противопоказана больным с ишемической болезнью сердца, желудочковыми аритмиями. Препараты первого класса увеличивают смертность таких пациентов. И нужно поставить, прежде всего, точный диагноз и оценить риск того, что вы собираетесь делать.

задача - своевременное выявлять таких больных, для чего необходимо повышать квалификацию врачей первичного звена, их компетенцию в вопросах аритмологии, что и стало одной из задач прошедшей конференции.

Академик РАМН, заведующий отделением хирургического лечения тахикардии НЦССХ им. Бакулева Амиран Ревитшвили привел такую цифру: в США каждый врач обязан в течение года набрать 500 часов для своей учебы и повышения квалификации. Наши врачи не имеют возможности часто ездить на курсы и конференции. Поэтому так велика в этом плане роль созданного в Татарстане современного Образовательного центра, который академик назвал лучшим из тех, что он видел в Европе. Своим коллегам Ревитшвили посоветовал:

- Когда видите пациента с аритмией - не спешите принимать решение. Если ситуация не острая, пациент малосимптомный, постарайтесь понаблюдать его. Обнаружение аритмии не означает автоматического назначения антиаритмической терапии. Более того, она противопоказана больным с ишемической болезнью сердца, желудочковыми аритмиями. Препараты первого класса увеличивают смертность таких пациентов. И нужно поставить, прежде всего, точный диагноз и оценить риск того, что вы собираетесь делать. Антиаритмическая терапия - это эффектив-

ный метод лечения, если мы используем относительно безопасные препараты. Но при длительном приеме эффективность ее падает, а через 4 - 5 лет общая стоимость антиаритмической терапии превышает стоимость интервенции.

Огромное развитие в мире получил метод имплантации кардиостимуляторов и дефибрилляторов. В США на 1 млн населения имплантируется около 900 стимуляторов в год, в России - немногим более 150, хотя именно у нас в институте им. Бакулева в 1996 году была проведена первая в мире имплантация. Существуют разные виды кардиостимуляторов, но наши данные показывают, что более эффективными и безопасными являются многокамерные кардиостимуляторы. Я считаю, что министерству следует проводить закупки однокамерных и многокамерных стимуляторов в пропорции 30% и 70% соответственно. Вся аритмология в ближайшие 10 лет будет иметь неинвазивный характер. Мы в нашем Центре разработали систему поверхностного картирования, которая делает ненужным введение катетеров в сердце для исследования. Специальный пояс с 240 электродами позволяет не просто снимать кардиограмму, а совместно с использованием компьютерной томографии построить трехмерное динамическое изображение сердца со всей анатомией и пороками, а также проследить распро-

странение волны возбуждения и точно локализовать источник аритмии. Точное определение места необходимого воздействия позволит шире применять малоинвазивные методы лечения аритмий, такие как радиочастотная абляция. Этот метод получил большое распространение в ведущих клиниках мира. К примеру, в США или Великобритании ежегодно проводится около 250 абляций на 1 млн населения, в России - только 100 абляций.

Доцент кафедры кардиологии ФПО Санкт-Петербургской государственной медицинской академии, руководитель лаборатории холтеровского мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, д. м. н. Михаил Медведев отметил, что в настоящее время аритмия приобретает масштабы мировой эпидемии, так как уровень заболеваемости неуклонно увеличивается. Поэтому необходимыми условиями снижения роста заболеваемости являются профилактика и своевременное выявление этой патологии.

Высоко оценили гости Татарстана создающуюся в республике информационную систему, о которой рассказал директор ГАУЗ «Диспетчерский центр МЗ РТ» Ростислав Туишев. Телекоммуникационные технологии позволяют многократно увеличить эффективность созданных в республике диагностических и лечебных мощностей. Телемедицинские технологии сегодня - это не только физические устройства, серверы, оптоволоконные линии, программное обеспечение, это основа организации системы здравоохранения, которая качественно меняет работу каждого специалиста и дает возможность пациентам получить необходимую медицинскую помощь.

В Республиканском аритмологическом центре ведется регистр пациентов с жизнеугрожающими аритмиями, в 2012 году к этой системе будут подключены региональные центры. На базе диспетчерского центра планируется сводить в единую базу данных исходные результаты холтеровского мониторирования. Все это позволит такие решения, как необходимость проведения имплантации кардиостимулятора, обосновывать и принимать дистанционно. Больным не придется многократно ездить за сотни километров и каждый раз предъявлять все результаты исследований.

По мнению участников конференции, новый подход к лечению ССЗ означает еще и повышение ответственности пациента. Система здравоохранения предоставляет возможности быть здоровым, а от человека зависит своевременно пройти или не пройти диспансеризацию, обследование и, в конце концов, просто вовремя вызвать скорую медицинскую помощь. В здоровье своих работников заинтересованы также работодатели, поэтому возможны и необходимы финансовые санкции и стимулы быть человеку здоровым.



Алексей ИВАНОВ,
кандидат фарм. наук, руководитель представительства
компании Helena Biosciences Europe в России и СНГ

Роль электрофореза в диагностике множественной миеломы

Электрофорез принадлежит к базовым методам клинической биохимии и широко используется при исследовании нарушений белкового спектра сыворотки крови, мочи и цереброспинальной жидкости.

Основной принцип электрофоретического метода исследования заключается в том, что находящиеся в растворе молекулы, обладающие электрическим зарядом, под действием сил электрического поля смещаются в сторону противоположно заряженного электрода. Скорость миграции вещества в среде с одной и той же силой электрического поля зависит от размера частиц и их электрического заряда. В случае белковых молекул благодаря их амфотерным свойствам направление и скорость смещения во многом зависят от pH среды, в которой происходит миграция. Заряд различных белков в растворах с одинаковыми pH зависит от аминокислотного состава, так как диссоциация белковых цепей приводит к образованию групп,

имеющих положительный или отрицательный заряд. Под влиянием сил электрического поля компоненты разгоняемой системы распределяются согласно их заряду, приобретая соответствующую скорость движения, т.е. происходит электрофоретическое разделение.

Внедрение электрофоретических «носителей» привело к улучшению технологий и одновременно к упрощению фракционирования. В качестве «носителей» используются фильтровальная бумага, ацетатцеллюлоза, различные гели (полиакриламид), агароза и др. При этом во время электрофореза, наряду с разделением частиц согласно их зарядам, вступает в силу так называемый «молекулярно-ситовый эффект», когда гелевая структура ведет себя по отношению к ионам как

фильтр. Ионы, превышающие ее пористость, не проходят или проходят очень медленно, а более мелкие ионы быстрее проникают через поры носителя. Таким образом, скорость передвижения зависит не только от заряда иона, но и от величины пор геля, формы пор, величины движущихся ионов, взаимодействия между матрицей геля и движущимися ионами (адсорбция и др.) [2].

История создания электрофореза началась с 1807 года, когда профессор Московского государственного университета Ф. Рейс открыл такие явления, как электроосмос и электрофорез. Однако практическое использование этого процесса в биологии и медицине началось значительно позже и связано с именем лауреата Нобелевской премии по химии Арне Тизелиуса, который в 30-е годы прошлого столетия разработал метод электрофореза в свободной жидкости и сконструировал прибор для электрофоретического разделения и анализа смеси белков методом свободных или подвижных границ. Основным недостатком этого метода являлось выделение тепла при прохождении через жидкость электрического тока, это препятствовало четкому

1

Разбавитель
для образцов хранится
в охлаждаемом отсеке
на борту

2

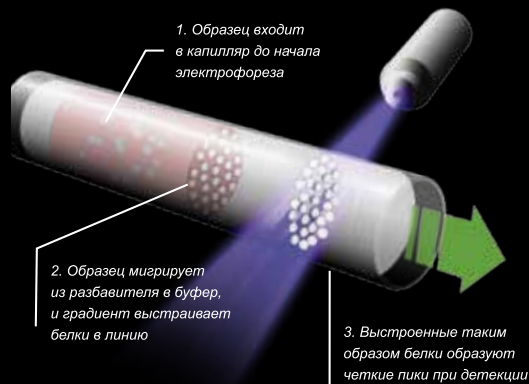
XYZ-пробозабортник
перемещается
по трем осям

3

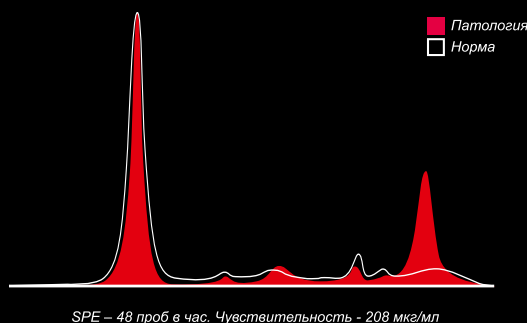
Размещение пробы
оптимизировано
для использования
УФ-детектора

Абсолютное решение

Техническое решение V8 совмещает в себе продуманный дизайн, современную электронику и передовые достижения биохимии, что обуславливает высокую чувствительность, разрешающую способность и точность.



Наборы SPE для электрофореза белков сыворотки от Helena Biosciences обладают оптимальными чувствительностью и разрешением для количественного анализа белковых фракций и диагностики



разделению фракций и приводило к размыванию границ между отдельными зонами. В 1940 году Д. Филпот предложил использовать колонки с градиентом плотности буферных растворов, а в 50-е годы метод был усовершенствован и создан прибор для электрофореза в градиенте плотности.

Однако метод был несовершенен, т.к. после отключения электрического тока образовавшиеся в ходе электрофореза зоны «расплывались». Последующие достижения в электрофорезе связаны со стабилизацией зон в твердой поддерживающей среде. Так, в 1950 году в качестве твердого носителя стали использовать фильтровальную бумагу, в 1955-м было предложено использовать крахмал, а уже в 1957 году Кон предложил использовать в качестве твердого носителя пленки ацетатцеллюлозы, которые до настоящего времени остаются одними из наиболее часто используемых носителей при клинических исследованиях.

Примерно в это же время был разработан метод, в котором в качестве основы использовалась агароза. В 1960 году был разработан метод капиллярного электрофореза и лишь в 1989-м был создан и

внедрен в практику первый анализатор, в основе которого был заложен метод капиллярного электрофореза [3].

Основное значение электрофореза – обнаружение аномалий белкового профиля и, начиная с 60-х годов прошлого столетия, электрофорез белков сыворотки стал популярным скрининговым методом лабораторных исследований. На сегодняшний день известно уже более 150 индивидуальных сывороточных белков, и значительную часть из них можно определить количественно с помощью различных современных иммуноферментных, иммунохемилюминесцентных, нефелометрических и иммунотурбидиметрических методов. Но при всей информативности и доказательности этих анализов пока они, в основном, малодоступны из-за сравнительной дороговизны, а также требуют наличия в лаборатории дорогостоящего оборудования (нефелометр).

Вместе с тем типовые сдвиги белкового состава сыворотки крови можно определить гораздо более доступным электрофоретическим методом, который к тому же позволяет «одним взглядом» оценить общую картину белкового спек-

тра и получить значимую диагностическую информацию [1]. Именно поэтому электрофоретический анализ белков сыворотки и сегодня остается наряду с биохимическим анализом крови популярным скрининговым методом исследования. Например, в США, Японии и некоторых странах Западной Европы сохранились традиции определения белковых фракций сыворотки крови до проведения биохимического анализа крови. Однако чаще всего электрофорез белков назначают после биохимического и общеклинического анализов крови.

НАЗНАЧЕНИЕ

Основные критерии для назначения электрофореза:

- Снижение концентрации общего белка в сыворотке крови менее 60 г/л.
- Увеличение концентрации общего белка в сыворотке крови более 85 г/л.
- Снижение концентрации альбумина в сыворотке крови менее 35 г/л.
- Увеличение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) неясного генеза более 25 мм/ч.

Электрофорез белков помогает выявить заболевания печени и почек, иммунной системы, некоторые злокачественные новообразования (множественная миелома), острые и хронические инфекции, генетические поломки и др. Известен ряд своеобразных электрофоретических «синдромов» – типичных картин электрофореграмм, характерных для некоторых патологических состояний. Среди них можно отметить:

1. Моноклональные гаммапатии – это сборное наименование целого класса заболеваний, при которых происходит патологическая секреция аномальных, измененных по химическому строению, молекулярной массе или иммунологическим свойствам иммуноглобулинов

добные отклонения могут наблюдаться при хронических инфекциях, коллагенозах, аллергии, аутоиммунных процессах и при малигнизации.

4. Тяжелые заболевания печени сопровождаются снижением синтеза альбумина и α-глобулинов, что и отражается на электрофореграммах. При хронических гепатитах и циррозах печени возрастает как относительное, так и абсолютное количество γ-глобулинов (b- и g-фракции могут сливаться из-за накопления IgA), причем превышение γ-глобулинов над альбуминами является весьма неблагоприятным прогностическим признаком.

5. Нефротический синдром сопровождается увеличением фильтрации белков в почках и селективной протеинурией –

ны, альбумин или плазма крови) в ходе лечения больных немедленно отражается на электрофоретической картине, что позволяет следить за динамикой потерь или выведения поступивших белков.

7. Тяжелый иммунодефицит врожденного или приобретенного генеза обычно сопровождается выраженным снижением γ-глобулиновой фракции. При этом желательно провести дополнительное количественное определение IgG, IgA и IgM. [1]

В связи с тем, что клинический электрофорез является «золотым стандартом» для выявления моноклональных гаммапатий, хотелось бы более подробно остановиться именно на диагностике этого заболевания.



одним клоном плазматических клеток или В-лимфоцитов. Эти иммуноглобулины затем нарушают функции тех или иных органов и систем, например, почек, что и приводит к развитию симптомов заболевания.

2. Острое воспаление с активацией системы комплемента и увеличением синтеза острофазных белков (α1-антитрипсина, гаптоглобина, фибриногена и др.). Оно проявляется увеличением доли α1- и α2-глобулинов и может быть подтверждено измерением СОЭ, исследованием концентрации С-реактивного белка, фибриногена (в динамике) и других острофазных белков.

3. Хроническое воспаление с усилением синтеза ряда острофазных белков, а также иммуноглобулинов; проявляется умеренным возрастанием α2- и β-глобулинов, повышением γ-глобулинов и некоторым снижением альбумина. По-

терей с мочой большого количества альбумина и части низкомолекулярных глобулинов (α1-антитрипсина, трансферрина). При этом в печени усиливается синтез более крупных протеинов семейства α2-глобулинов (макроглобулин, апо-В), которые накапливаются в крови и формируют картину со значительным снижением альбумина и повышением α2-глобулинов.

6. Нарушение всасывания или значительная потеря белков возможна как при нефротическом синдроме, так и при массивных ожогах, синдроме Лаэлла, патологии желудочно-кишечного тракта и т.д. В последнем случае снижается абсолютное содержание общего белка и особенно альбумина, а на протеинограмме оказывается уменьшенной доля альбумина при относительно равномерном возрастании всех глобулинов. Введение белковых препаратов (иммуноглобули-

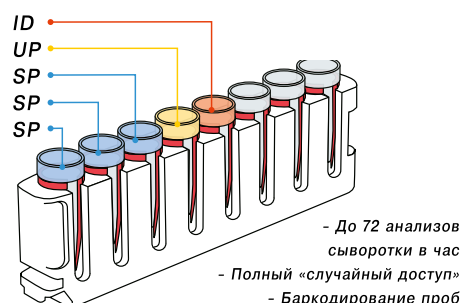
Моноклональные гаммапатии – это группа злокачественных новообразований из клеток В-лимфоцитарного ряда, морфологическим субстратом которых являются клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин (парапротеин). Количество впервые выявленных случаев множественной миеломы в США в 2010 году, по данным Американского Противоракового Общества, составило 20 180. Количество смертей от данного заболевания составило 10 650. Средний возраст мужчин на момент постановки диагноза составил 62 года (75% были старше 70 лет), женщин – 61 год (79% были старше 70 лет). Заболеваемость – 7,8 на 100 тыс. населения [4].

В Великобритании в 2007 году было зарегистрировано 4040 случаев впервые выявленной множественной миеломы. Заболеваемость 6,5 на 100 тыс. населения [5]. В Республике Беларусь (по

данным Белорусского канцер-регистра (БКР) в 2007 году были зарегистрированы 39 003 случая заболеваний с впервые установленным диагнозом, что соответствует регистрации в среднем 106,9 случая заболеваний в день.

В то же время в России в 2007 году по данным Вестника РОНЦ РАМН было зарегистрировано всего лишь 2372 первичных случая множественной миеломы, заболеваемость составила 1,7 на 100 тыс. населения [6].

Столь существенная разница в заболеваемости множественной миеломой в США, странах Европы и России обусловлена отсутствием в нашей стране единого алгоритма в диагностике данного заболевания, скрининговых программ. Объ-



ОСНАЩЕНИЕ

Компания ООО «ЭкоМедС-Волга» производит оснащение медицинских учреждений Татарстана системами капиллярного электрофореза нового поколения V8 компании-производителя Helena Biosciences Europe. Собственная сервисная служба осуществляет монтаж, обучение специалистов ЛПУ, полное техническое сопровождение поставляемого оборудования.

ем диагностических исследований при подозрении на множественную миелому, рекомендуемый Национальным Институтом Рака в США (National Comprehensive Cancer) – наиболее влиятельной онкологической организацией в Америке, – включает следующие диагностические мероприятия:

- Общий анализ крови (с обязательным подсчетом формулы крови).
- Развернутый биохимический анализ крови (разделение белков сыворотки крови на фракции, креатинин, мочевины, электролиты, печеночные ферменты, уровень бета-2-микроглобулина).
- Иммунофиксационный электрофорез (для установления типа парапротеинемии).
- Электрофорез белков мочи и иммунофиксация белков мочи (суточная моча) для диагностики болезни легких цепей.

Следует отметить, что основное значение в данных рекомендациях придается методу электрофореза и иммунофиксации белков сыворотки крови и мочи для выявления моноклонального компонента (парапротеина). Наличие в сыворотке крови или моче парапротеина является наиболее частым и наиболее ранним лабораторным проявлением множественной миеломы. Для его выявления проводят электрофорез белков, а затем – иммунофиксационный электрофорез сыворотки и мочи. При моноклональных гаммапатиях содержание гамма-глобулинов в сыворотке обычно возрастает, и на электрофореграмме в этой зоне обнаруживается острый пик, называемый М-градиентом (от слова «моноклональный»). Величина М-градиента отражает массу опухоли. М-градиент является надежным и достаточно специфичным для массовых обследований опухолевым маркером. Иммунофиксационный электрофорез показан также больным, у которых высокая вероятность множественной миеломы, но обычный электрофорез не выявил никаких дополнительных полос. Легкие цепи (каппа или лямбда) в сыворотке крови выявляются только методом иммунофиксации при условии, что их концентрация превышает 10 норм. Поэтому всегда одновременно с электрофорезом сыворотки крови необходимо выполнять электрофорез белков мочи [7].

С учетом того, что множественная миелома – заболевание, которое в большинстве случаев диагностируется у людей старше 50 лет, а также важности диагностики данного заболевания на ранней субклинической стадии (средняя продолжительность заболевания при I стадии – 62 мес., при III – 29 мес.), в США и ряде стран Европы существуют скрининговые программы для лиц старше 50 лет. Сущность таких программ заключается в ежегодном выполнении обязательного перечня скрининговых лабораторных исследований, в которых электрофорез белков сыворотки крови и мочи включен в один ряд с общим анализом крови, мочи и биохимическими исследованиями.

В ряде случаев М-градиент может наблюдаться у практически здоровых людей. В этих случаях речь идет о моноклональной гаммапатии неясного генеза. Данное состояние встречается намного чаще – у 1% людей старше 50 лет и почти у 10% старше 75 лет. Лечение данное состояние не требует, но требует постоянного наблюдения, так как у таких пациентов существует вероятность заболевания множественной миеломой. Наблюдение должно включать регулярные осмотры с измерением уровня М-градиента (парапротеина) в сыворотке методом электрофореза; при низком риске прогрессирования интервалы

между осмотрами должны составлять от 6 до 12 месяцев.

За последние годы достигнут существенный прогресс в лечении данного заболевания. Пятилетняя безрецидивная выживаемость увеличилась с 24% в 1975 году до 35% в 2003 году [5]. Эти успехи можно объяснить, с одной стороны, разработкой новых, современных режимов полихимиотерапии, в ряде случаев с проведением высокодозной полихимиотерапии с аллотрансплантацией костного мозга, а с другой стороны, адекватной диагностикой и разработкой единых критериев оценки ответа на проводимую терапию, а также мониторингом уровня концентрации парапротеина в сыворотке крови и/или мочи методом электрофореза с целью определения остаточной болезни.

Таким образом, в настоящее время ни у одной из исследовательских групп, занимающихся диагностикой и лечением множественной миеломы, не остается сомнений в чрезвычайной важности проведения анализа разделения белковых фракций сыворотки крови и проведения иммунофиксационного электрофореза как единственного, наиболее точного и доступного метода для диагностики и мониторинга множественной миеломы. *

ЛИТЕРАТУРА

1. Гильманов А. Ж., Салыхова Р. М. Электрофорез сывороточных белков: современные возможности анализа, <http://med.com.ua>
2. Сергеева Н. А. / Электрофорез в современном диагностическом процессе // Клин. лаб. диагн. – 1999. – № 2. – С. 25 – 32.
3. Шевченко О. П., Долгов В. В., Олефиренко Г. А. / Электрофорез в клинической лаборатории. Белки сыворотки крови / Из-во: «Триада», г. Тверь, 2006 г., 160 с.
4. Jemal, A., Siegel, R., Xu, J. et al. (2010) Cancer statistics, 2010. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 60, 277 – 300.
5. Brenner H, Gondos A, Pulte D. Recent major improvement in long-term survival of younger patients with multiple myeloma, Blood. 2008 Mar 1; 111(5):2521-6.
6. Давыдов М. И., Аксель Е. М. / Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ. Том 20, №3 (77), прил. 1, июль – сентябрь 2009 г., 158 с.
7. National Comprehensive Cancer Network/ Clinical Practice Guidelines in Oncology// Multiple Myeloma, version 1.2011, 52 pg.



Гарантия работоспособности, или Как обеспечить бесперебойную работу медицинской техники

Второй год в России реализуется программа модернизации здравоохранения, в рамках которой медучреждения оснащаются современным оборудованием, позволяющим сделать высокотехнологичную медицинскую помощь более доступной. Но любая, даже самая передовая техника требует квалифицированного обслуживания, обеспечивающего безотказную работу медицинских приборов.

Современное медицинское учреждение похоже на конвейер, по которому пациент проходит путь от врача общей практики, диагностов до узких специалистов и специалистов реабилитационного направления. С инженерной точки зрения функционирование каждого из этих этапов обеспечивается целым комплексом медицинской техники, включающим в себя оборудование лабораторий, терапевтических и диагностических отделений, реанимации и хирургического блока, а также ряда вспомогательных служб – стерилизационных, прачечных и пр. Нарушения работы любой из этих составляющих может нарушить функционирование всего лечебного учреждения.

Но комплекс медицинской техники в существующих реалиях наших ЛПУ – это не только современное оборудование, полученное по программе модернизации, но и приборы более солидного возраста, различной степени изношенности и ремон-

топригодности. Доля такого оборудования в медицинских учреждениях, по разным оценкам, составляет до 50%, при этом часто для него уже не поставляются запасные части, нет ремонтной документации.

Для обеспечения корректной работы всего комплекса необходимо иметь контрольно-диагностическое оборудование, испытательную, ремонтную базу, квалифицированных специалистов в области метрологии, механики, радиоэлектроники, обладающих соответствующими разрешающими документами. Такими ресурсами большинство ЛПУ не обладает, так или иначе на чем-то приходится экономить. Но экономия тоже бывает разной. Так, не редки случаи, когда лечебные учреждения, установив дорогостоящее оборудование, минимизируют расходы на техническое обслуживание. Результат такой экономии очевиден – эффективность использования медицинской техники снижается, она начинает работать некорректно и в

итоге раньше срока выходит из строя.

В условиях страховой медицины некачественное оказание услуги вследствие выхода из строя медицинского оборудования может привести к дополнительным финансовым потерям клиники.

По мнению специалистов по поставкам и сервису медицинского оборудования, наиболее рациональным решением представляется передача несвойственных ЛПУ функций специализированным компаниям. Небольшие текущие затраты в настоящем помогают избежать крупных потерь в будущем. Если рассматривать вопросы использования медицинского оборудования в перспективе, то именно это решение позволяет сэкономить на эксплуатационных расходах.

На российском рынке работает достаточное количество компаний, специализирующихся на обслуживании и ремонте медицинской техники. Сориентироваться среди них можно, в частности, по тому, какой перечень услуг они предлагают. Некоторые работают только с одним типом оборудования, кто-то представляет интересы узкого круга брендов. Очевидно, что для руководителя медучреждения наиболее выгодным является сотрудничество с предприятием, готовым взять на себя заботы об обслуживании всего спектра представленной в ЛПУ техники и оборудования – от каталки до компьютерного томографа.

Именно такие услуги предлагает компания «ГАЛС-МТ», руководствующаяся принципом: «Мы снимаем все проблемы обеспечения работоспособности оборудования с руководителя клиники». Организационно предприятие состоит из нескольких производственных участков, специализирующихся на диагностике и ремонте, механической обработке. Компанией создан независимый испытательный центр, в который входят:

1. Лаборатория радиационного контроля, аккредитованная на проведение полного спектра дозиметрических измерений в медицине, контроль эксплуатационных параметров рентген-аппаратуры, метрологический контроль ультразвукового оборудования.

2. Метрологическая лаборатория, аккредитованная на поверку средств измерений медицинского назначения.

3. Методико-консультативный отдел, принимающий участие в разработке профильных методик, консультирующий лаборатории радиационного контроля, представителей ЛПУ по вопросам дозиметрии и радиационной безопасности.

На сегодня компания является единственным членом Российской ассоциации по продаже и ремонту медицинской техники «РАП-МЕД», имеющей статус саморегулируемой организации, что лишний раз подтверждает признание предприятия в профессиональной среде, а также дает ряд гарантий, определенных законом о СРО.

Линейка генераторов сигналов пациента от этого производителя представлена многофункциональными приборами, полностью отвечающими требованиям времени. Они приспособлены для тестирования оборудования, регистрирующего сигналы ЭКГ, инвазивного и неинвазивного кровяного давления, пульсоксиметрические, реографические и прочие виды сигналов, характеризующих процессы жизнедеятельности.

Так, для тестирования дефибрилляторов в ряде ведущих татарстанских медицинских центров компания использует приборы серии Impulse, измеряющие все параметры электрического импульса. Это позволяет определить эффективность использования дефибриллятора с возможностью тестирования с разными нагрузочными сопротивлениями. Анализаторы дефибриллятора Impulse – портативные инструменты, гарантирующие корректную работу и правильные показатели оборудования. Кроме того, Impulse 7000DP включает широкий ряд тестовых нагрузок

енту обезболивающего. Благодаря своей встроенной памяти IDA 4 Plus записывает результаты тестов и составляет простые для чтения результаты тестов в форме графиков на экране анализатора. Прибор имеет высочайшую точность измерения и, что немало важно, прост в эксплуатации, это делает его незаменимым инструментом для проведения периодических проверок.



В составе компании функционирует собственная служба контроля качества. После проведения технических работ отдельная бригада, оснащенная специальными приборами, проводит выборочную проверку оборудования по ключевым параметрам. При этом для проведения основных технических работ допускаются только квалифицированные кадры, которые регулярно проходят обучение, внедряют в свою практику последние достижения инженерной мысли.

В 2011 году компания «ГАЛС-МТ» существенно расширила линейку используемого в работе специализированного оборудования, что позволило еще более оперативно и качественно оказывать услуги по техническому обслуживанию. Предпочтение было отдано приборам для тестирования, поверки и сервисного обслуживания медицинского оборудования одного из мировых лидеров рынка – американской компании Fluke Biomedical.

и алгоритмов измерения для проведения тестирования внешних кардиостимуляторов.

Для тестирования аппаратов искусственной вентиляции легких используется прибор VT MOBILE – компактный портативный анализатор расхода газа общего применения, разработанный для мобильных техников и инженеров. Этот многофункциональный инструмент оценивает работу разнообразных медицинских газовых устройств и измеряет 16 параметров вентилятора. Устройство измеряет диапазон высокого и низкого расхода, объем, давление и концентрацию кислорода.

Анализатор инфузионных устройств IDA 4 Plus работает с множественными независимыми каналами для одновременной проверки до четырех инфузионных насосов. Устройство измеряет мгновенный расход, средний расход, давление окклюзии и анализирует устройства для ввода паци-

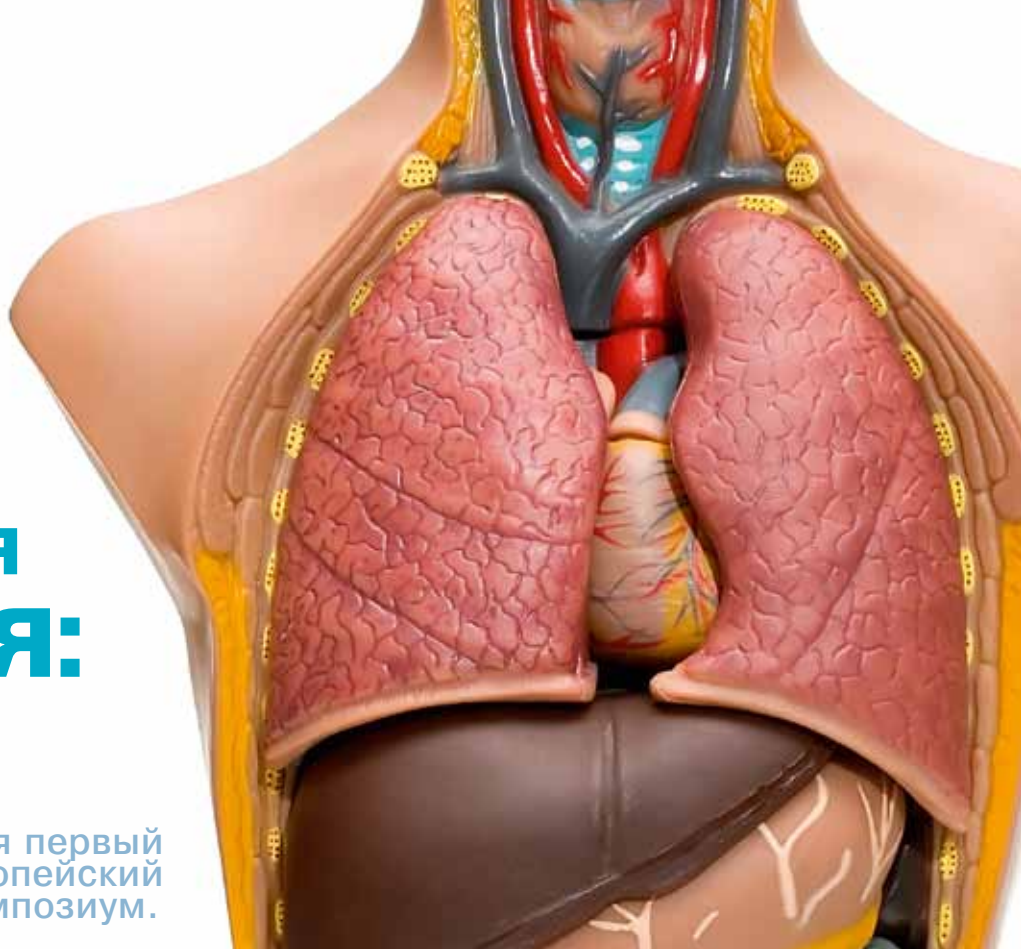
Для анализа электрохирургических приборов компания использует продукцию Fluke Biomedical серии QA-ES II. Она обладает широким диапазоном нагрузок и сопротивления, включая очень низкие нагрузки, что особенно важно при тестировании многих новейших электроножей. Помимо высокой точности показаний ($\pm 2\%$ до 20 мА), устройство позволяет проводить тест автоматического распределения энергии длительностью до 1 минуты, таким образом, проведение технических работ занимает очень мало времени.

Стратегия компании – постоянное развитие, внедрение передовых технологий, которые позволяют выполнять сервисные работы с неизменным профессионализмом. А конечная цель такая же, как и у медицинских учреждений, – обеспечивать стабильно высокое качество оказания медицинской помощи. *

Торакальная хирургия:

мировой опыт

В Казани состоялся первый российско-европейский образовательный симпозиум.



Пожалуй, впервые в казанском Образовательном центре высоких медицинских технологий проходило столь представительное мероприятие. В нем участвовали как российские, так и зарубежные ведущие специалисты в области торакальной хирургии, светила науки и блестящие практики.

Как отметил академик РАМН Михаил Перельман, Казань была выбрана местом проведения симпозиума не случайно. Именно здесь закладывались основы анатомии и гистологии – фундаментальных дисциплин, без которых сегодня невозможно представить развитие многих медицинских специальностей.

«Сегодня хирургия стала совершенно другой, – сказал Михаил Израилевич. – Наряду с открытой хирургией, когда операционное вмешательство осуществляется через большой разрез, появилась, как я ее называю, эндохирургия, когда все манипуляции производятся через проколы. Это революционное событие, которое можно сравнить с открытием наркоза, введением в практику антисептиков. Это новые инструменты и оборудование, которые позволяют совершенно по-новому лечить людей. В то же время нужно менять систему медицинского обучения, новое поколение хирургов должно знать и открытую хирургию, и эндохирургию».

Формат симпозиума был интересен тем, что здесь большое внимание было уделено практической части, которая носила интерактивный характер. В лекционном зале велась прямая трансляция уникальной операции по удалению участка бронха, проводимой командой медиков РКБ МЗ РТ под руководством профессора Владимира

Порханова. Особенно ценно было то, что по ходу дела хирург комментировал происходящее, а у слушателей курса была возможность задавать интересующие вопросы через модератора.



Двухсторонние пересадки дают лучшую выживаемость. Пятилетний показатель для односторонней трансплантации – 60%, для двухсторонней – 85%.

Не менее полезной для специалистов была и теоретическая часть. Одним из наиболее интересных стал доклад профессора торакальной хирургии Страсбургского университета, иностранного члена РАМН Жильбера Массара, посвященный французскому опыту пересадки легких. Приводим наиболее интересные выдержки из его выступления:

«Трансплантация легких в мире начала осуществляться сравнительно недавно. Первая успешная пересадка была проведена в 1983 году в Торонто. В последние 10 лет трансплантация является радикальным методом лечения дыхательной недостаточности, проводимой при экстремальных обстоятельствах.

Во всем мире проводится все больше пересадок легкого, во Франции в 2010 году было выполнено около 250 трансплантаций, в 2011-м – более 300. При этом показатели выживаемости постоянно растут.

Некоторые примеры Страсбурга, которыми мы особенно гордимся, – это четвертая пересадка легких у одного пациента; двухсторонняя пересадка легких и клеток Лангерганса, взятых у одного донора; комбинированная пересадка легких и печени.

В 41% случаев трансплантация легкого выполняется у пациентов, страдающих ХОБЛ, у четверти – с муковисцидозом, у четверти – с фиброзом легких, в последнее время стала проводиться и повторная пересадка при плохой приживаемости.

Если 10 лет назад мы делали больше односторонних пересадок, то в последнее время стали чаще проводить двухсторон-

ние, поскольку они дают гораздо лучшие результаты. В частности, это касается такого показателя, как оперативная смертность, причем и для плановых операций, и для неотложных. Двухсторонние пересадки дают и лучшую выживаемость. Пятилетний показатель для односторонней трансплантации – 60%, для двухсторонней – 85%.

Конечно, экстремальная пересадка – это всегда опасная операция, примерно половина пациентов умирает в послеоперационном периоде. Пятилетняя выживаемость составляет 75%, наилучший прогноз у пациентов с муковисцедозом – почти 90%, худший, с фиброзом легких – около 60%, с ХОБЛ – около 80%.

Вопрос: рассматривать ли возможность пересадки у пожилых пациентов? Наши данные показывают, что у людей старше 55 лет выше ранняя смертность, дальнейшая динамика почти такая же. Пятилетняя выживаемость у пациентов младше 55 лет – 84%, у тех, кто старше, – 65%. Поэтому я считаю, что пересадку, без сомнений, можно проводить пациентам в возрасте до 70 лет.

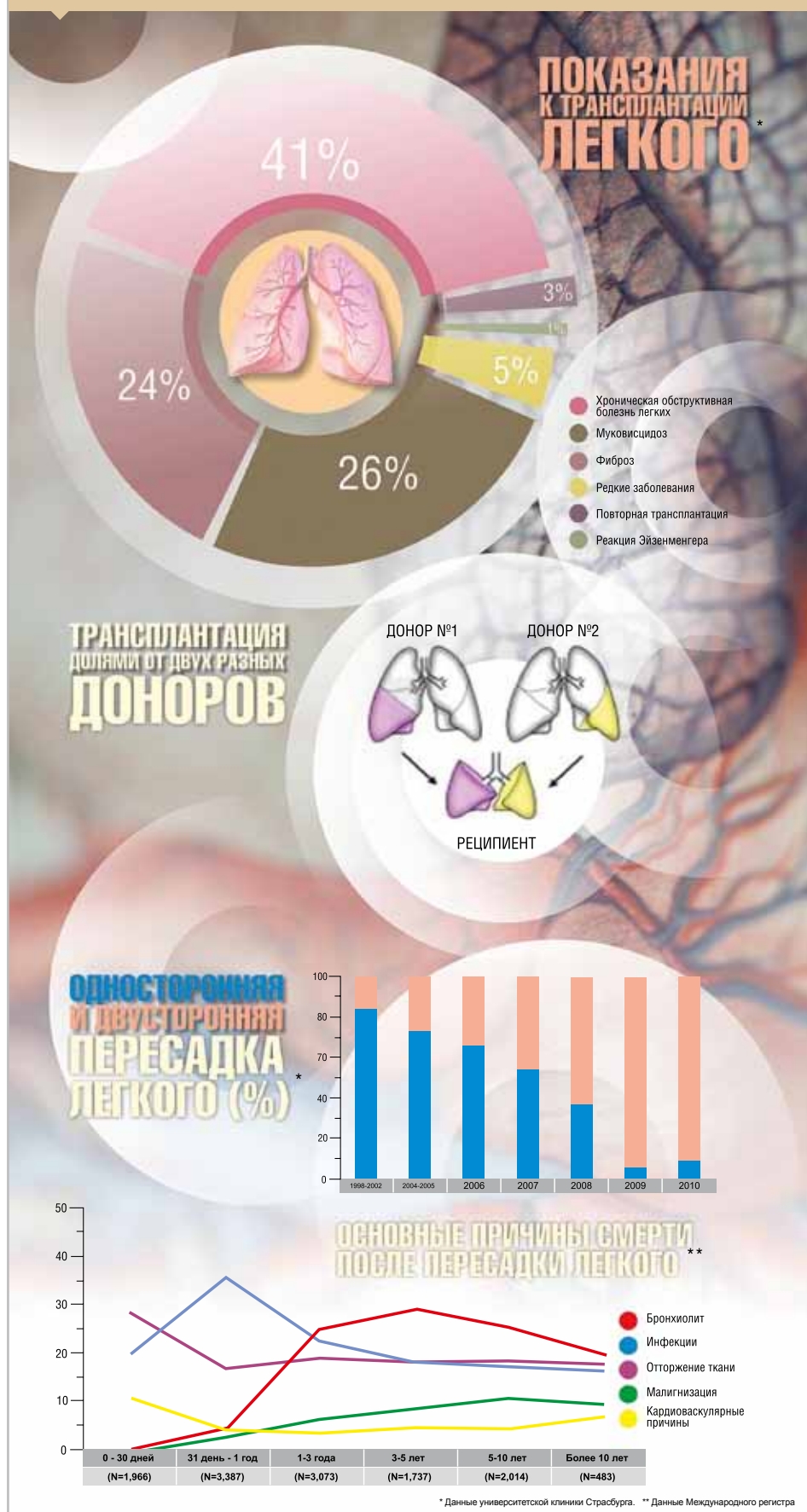
Несколько слов о перспективах и проблемах в области трансплантации легкого. Прежде всего, встают вопросы подготовки донорских органов. Осложняющим фактором является то, что мы не можем сохранить жизнеспособность органа больше 8 часов. Какими могут быть решения этого вопроса? Варианты: увеличить число потенциальных доноров, снизив требования к органам; использование живых доноров; забор легкого после остановки сердца (сегодня можно только после смерти мозга).

Так, в Цюрихе активно использовали донорские легкие по «расширенным» критериям, результат – снижение смертности. В случае с живыми донорами мы имеем совсем другую логику, поскольку нельзя у человека вырезать больше одной доли легкого. Соответственно для пересадки требуются два донора, в нашей стране такое трудновыполнимо. Всего за последние 10 лет было сделано только четыре таких операции. Месячная смертность была чуть выше 10%, годовая выживаемость – 72%.

Отдельный вопрос: если мы имеем дело с «не очень качественным» легким, можем ли осуществлять перфузию ex vivo? Исследования по этому направлению ведутся в Швеции. Здесь девять раз проводилось лечение легких вне донора, выполнено шесть трансплантаций, четыре пациента выжили.

Подводя итог, нужно отметить, что трансплантация легких – это, прежде всего, командная работа. Успешность операции зависит не только от хирурга, выживаемость обеспечивают также иммунологи, анестезиологи и другие специалисты».

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛЕГКОГО



17-я международная специализированная выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



17-19
октября

Казань
2012



www.volgazdravexpo.ru

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ
ЯРМАРКА

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



МЕДИЦИНСКИЕ РЕНТГЕНОВСКИЕ ПЛЕНКИ

ДИАГНОСТИКА С ЗАБОТОЙ О ЗДОРОВЬЕ

Сенситометрические показатели	Синечувствительная	Зеленочувствительная
Чувствительность $S_{0,85} D^{-1}$, не менее	900	2100
Средний градиент, не менее	2,2	2,2
Плотность вуали, Б, не более	0,05	0,03



Качество пленок подтверждается:

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



Владимир ТРИФОНОВ,
заместитель
руководителя Управления
Роспотребнадзора
по Республике Татарстан

Татьяна МАКАРОВА,
начальник отдела
эпидемиологического надзора
Управления Роспотребнадзора
по Республике Татарстан

Альфия ХАКИМУЛЛИНА,
главный специалист
Управления
Роспотребнадзора
по Республике Татарстан

Меры должны быть адекватными

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, могут поражать до 10 - 15% пациентов, находящихся в стационарах, нанося ежегодный ущерб стране в 5 млрд рублей. Поэтому безопасность медицинских манипуляций и профилактика внутрибольничных инфекций являются приоритетными задачами здравоохранения.

МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

В Российской Федерации, по данным государственной статистической отчетности, ежегодно регистрируется более 30 тысяч случаев внутрибольничных инфекций (ВБИ). Но реальное их количество значительно превышает статистические данные и может достигать 2 - 2,5 миллиона человек. Наиболее часто ВБИ регистрируют среди таких групп риска, как новорожденные дети (особенно недоношенные), пациенты с хроническими заболеваниями, пожилые пациенты, больные, подвергающиеся различным инвазивным методам исследования и лечения.

Внутрибольничные инфекции характеризуются многообразием клинических проявлений. При хирургических вмешательствах возможно возникновение послеоперационных инфекций, в том числе поверхностной или глубокой инфекции в области вмешательства, инфекции полости или органа. В акушерских стационарах регистрируются гнойно-септические инфекции новорожденных - от локализованных до генерализованных форм (сепсис, остеомиелит, менингит), а также заболевания родильниц (в том числе эндометрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и др.).

За 2011 год в лечебно-профилактических учреждениях Республики Татарстан было зарегистрировано 275 случаев ВБИ, что составило 0,3 случая на 1000 госпитализированных. Уровень заболеваемости внутрибольничными инфекциями по сравнению с

2010 годом снизился на 25%. Да и в целом за последние годы наметилась тенденция к снижению. В структуре внутрибольничных инфекций наибольшая доля заболеваний выявлена в родовспомогательных учреждениях (198 случаев, 72%), хирургических стационарах (20 случаев, 7,2%) от количества зарегистрированных случаев в амбулаторно-поликлинических учреждениях (39 случаев, 14,2%). В Российской Федерации значительно чаще регистрируются внутрибольничные инфекции в стационарах хирургического профиля (33%).

ПРОФИЛАКТИКА

Учитывая актуальность проблемы, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в 2011 году была утверждена национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Кроме этого, принято Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г.Г. Онищенко №146 от 29.11.2011 года «О профилактике внутрибольничных инфекций», в котором были обозначены основные задачи органов и учреждений здравоохранения и учреждений Роспотребнадзора.

Для предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в ЛПУ проводится комплекс мероприятий. В 2011 году инвестиционная политика Республики Татарстан была направлена на укрепление материально-технической базы

ЧТО ТАКОЕ ВБИ?

К внутрибольничным инфекциям можно отнести любое клинически выраженное заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или обращения за медицинской помощью, вне зависимости от появления симптомов заболевания у пациента во время пребывания в стационаре (медицинском учреждении) или после его выписки. Также к ВБИ относят инфекционные заболевания сотрудников лечебной организации, развившиеся вследствие их инфицирования при исполнении служебных обязанностей.

ПРИЧИНЫ ВБИ

Они могут быть различными. К ним относятся неудовлетворительное санитарно-техническое состояние лечебно-профилактических учреждений, водопроводных и канализационных сетей, перебои в обеспечении холодной и горячей водой, переуплотненность стационара, износ и несвоевременное устранение неисправностей вентиляционных систем, нерегулярная и неэффективная их очистка и дезинфекция, отсутствие фильтров высокой эффективности, функционирование медицинского учреждения при проведении ремонтных работ, недостаточная оснащённость современным оборудованием и инвентарем. Возникновению и распространению инфекций способствуют также недостатки в организации и проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий, нарушения санитарно-противоэпидемического и дезинфекционного режимов.

учреждений здравоохранения, реконструкцию и модернизацию. Начата реализация программы модернизации в соответствии с Постановлением Кабинета Министров РТ от 10 марта 2011 г. №179 «Об утверждении программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы». В целях сохранения и поддержания на должном уровне технического состоя-

ния учреждений здравоохранения в ряде республиканских учреждений был проведён ремонт, в 12 центральных районных больницах отремонтированы приемные отделения с пунктами скорой медицинской помощи. Реализация приоритетного Национального проекта «Здоровье» позволила оснастить ряд медицинских учреждений республики современным дезинфекционным и стерилизационным оборудованием.

ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ МЕРЫ

В целях предупреждения возникновения и распространения внутрибольничных инфекций в лечебных организациях должны своевременно и в полном объеме проводиться профилактические и противоэпидемические мероприятия, предусмотренные СанПиНом 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» и иными актами Российской Федерации.

Для усовершенствования эпидемиологического надзора и оптимизации мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Республики Татарстан необходимо:

- улучшить материально-техническую базу, особенно инфекционных, дерматовенерологических, туберкулезных учреждений, которые размещены в приспособленных зданиях, не имеющих необходимого набора помещений;
- оснастить медицинские учреждения эффективными системами вентиляции, особенно помещения «с особым режимом работы» (операционные, хирургические отделения, родильные блоки), обеспечить в ходе эксплуатации вентиляционных систем эффективность их работы, кратность

воздухообмена, своевременный ремонт, очистку и дезинфекцию воздуховодов, смену фильтров;

- внедрить эпидемиологические и экологически безопасные технологии утилизации медицинских отходов;
- оснастить лечебно-профилактические организации централизованными стерилизационными отделениями;
- обновить отработавшее свой ресурс стерилизационное оборудование и оснастить медицинские учреждения высоконадежными стерилизаторами, дезинфекционными камерами нового поколения с автоматическим режимом работы и параметрами контроля;
- обеспечить лечебно-профилактические учреждения высокоэффективными, экологически безопасными средствами дезинфекции и стерилизации;
- улучшить материально-техническую базу эндоскопических подразделений, оснастить эндоскопические службы автоматическими системами для обработки эндоскопов, моечно-дезинфицирующими машинами;
- обеспечить мониторинг заболеваемости внутрибольничными инфекциями;
- провести микробиологический мониторинг за возбудителями ВБИ, определить и изучить биологические свойства микроорганизмов, выделенных от больных, умерших, медицинского персонала и с отдельных объектов окружающей среды.

РОСПОТРЕБНАДЗОР ПРЕДУПРЕЖДАЕТ...

В соответствии с Федеральным законом от 26.12.2008 г. №294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» специалисты Роспотребнадзора проводят плановые и внеплановые проверки соблюдения лечебно-профилактическими учреждениями санитарного законодательства, в том числе по профилактике внутрибольничных инфекций. При выявлении нарушений к ответственным лицам применяются меры административного воздействия.

За нарушения законодательства, выявленные в лечебно-профилактических учреждениях при проведении надзорных мероприятий, в 2011 г. специалистами Управления Роспотребнадзора по Республике Татарстан было составлено 1130 протоколов об административном правонарушении, сумма наложенных административных штрафов составила более 1 млн рублей.



УФ системы на основе амальгамных ламп

Принципиально новые качества и возможности

Вопрос обеспечения гигиенической чистоты воздуха и поверхностей в медицинских учреждениях привлекает все большее внимание. Это связано, не в последнюю очередь, с успехами современной медицины в лечении и профилактике ранее считавшихся неизлечимыми заболеваний. Несмотря на это, вероятность вторичного инфицирования как ВБИ, так и внешней инфекцией (воздух, посетители и т.п.) сохраняется. Другая проблема - заболеваемость медицинского персонала, вызванная микробиологическим загрязнением воздуха и поверхностей (в том числе и ВБИ), одним из решений которой является улучшение микробиологической чистоты лечебного учреждения.

Одна из наиболее перспективных технологий обеззараживания воздуха, принятых в мировой и отечественной практике, - обеззараживание воздуха и поверхностей при помощи ультрафиолетового (УФ) излучения. Основными преимуществами данного метода обеззараживания являются высокая эффективность по всем видам микроорганизмов, возможность постоянного применения в условиях действующих объектов, отсутствие химических реагентов и иных расходных материалов, простота интегрирования в системы автоматизированного управления процессами. УФ излучение способно проникать сквозь биопленку, которую образуют бактерии на различных поверхностях (металл, пластик, дерево, резина), в отличие от многих химических дезинфектантов.

Компанией «ЛИТ» были разработаны и широко внедряются новые, современные, экологичные и компактные системы

обеззараживания воздуха ультрафиолетовым излучением практически любой производительности. Для таких систем компания «ЛИТ» в качестве источников УФ излучения использует специально

разработанные высокоэффективные амальгамные лампы. Эти лампы отличаются большим коэффициентом полезного действия (выход УФ излучения на длине волны 254 нм превышает 35% от потребляемой электрической энергии) и длительным сроком службы (12 000 - 16 000 часов непрерывного горения). Одной из важнейших особенностей этих ламп является их полная безопасность в отношении ртути. При разрушении колбы лампы не происходит выделения паров ртути в окружающую среду (и отсутствует необходимость демеркуризации).

Это позволило компании «ЛИТ» создать целую серию нового УФ оборудования для обеззараживания воздуха и поверхностей - более компактную, мощную, эффективную и экологически безопасную.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ



Неоспоримым достоинством облучателей «СВЕТОЛИТ» можно признать высокий коэффициент использования бактерицидного потока. Это объясняется тем, что у облучателей «СВЕТОЛИТ» нет экранирующих элементов и лампа светит одинаково во все стороны, в отличие от традиционных конструкций многоламповых облучателей.

«СВЕТОЛИТ-50»



«СВЕТОЛИТ-90»



ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕНОСНЫЕ ОБЛУЧАТЕЛИ СЕРИИ «СВЕТОЛИТ»

Открытые переносные облучатели серии «СВЕТОЛИТ» предназначены для обеззараживания воздуха и поверхностей УФ излучением. Корпус облучателя выполнен из высококачественной нержавеющей стали.

В результате высокой скорости обработки переносные облучатели серии «СВЕТОЛИТ» обеспечивают эффективное обеззараживание в помещениях за максимально короткое время.

Облучатели серии «СВЕТОЛИТ» являются уникальными приборами большой производительности с коротким временем обработки, при бактерицидной эффективности 99,9% по SA. Конструктивные особенности прибора дают возможность широкого применения в медицине.

Данные, характеризующие эффективность работы облучателей, представлены в таблице №1.

СЕРИЯ «СВЕТОЛИТ»

Таблица №1.

Объем (площадь) помещения, м³ (м²)	Время работы установки (мин.) для достижения бактерицидной эффективности по SA			
	«СВЕТОЛИТ-50»		«СВЕТОЛИТ-90»	
	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
50 (20)	5	8	3	4
100 (40)	10	16	6	9
150 (60)	16	24	9	13
200 (80)	21	31	12	17
250 (100)	26	39	14	22
300 (120)	31	47	17	26

Таблица №2. Технические характеристики

Наименование	Ед. измерения	«СВЕТОЛИТ-50»	«СВЕТОЛИТ-90»
Производительность*, не менее	м³/час (м²/час)	400 (500)	700 (900)
Потребляемая мощность	Вт	170	300
УФ облученность на расстоянии 1 м	Вт/м²	4	7
Суммарный бактерицидный поток	Вт	50	90
Масса	кг	3,2	4,3
Габаритные размеры (ДхВхШ)	мм	279х275х184	270х550х184

* Производительность при бактерицидной эффективности - 99,9% по Staphylococcus Aureus

«СВЕТОЛИТ АЭРО»
(в режиме переносного рециркулятора)



«СВЕТОЛИТ АЭРО»
(в режиме открытого переносного облучателя)

РЕЦИРКУЛЯТОР-ОБЛУЧАТЕЛЬ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПЕРЕНОСНОЙ СЕРИИ «СВЕТОЛИТ АЭРО»

Отличительной особенностью переносного рециркулятора-облучателя серии «СВЕТОЛИТ АЭРО» является возможность его использования как в качестве рециркулятора для обеззараживания воздуха помещений в присутствии людей, так и переносного открытого облучателя для эффективного обеззараживания воздуха и поверхностей помещений различных объемов.

Универсальность данного рециркулятора-облучателя позволяет использовать его во всех помещениях различных категорий и различных объемов для достижения высокой степени обеззараживания с бактерицидной эффективностью до 99,9% по SA за максимально короткое время. Во время работы прибора в режиме открытого переносного облучателя встроенный вентилятор увеличивает эффективность обеззараживания воздуха за счет перемешивания. Производительность по воздуху при бактерицидной эффективности - 99,9% по SA 200 м³/час (режим закрытого) и 400 м³/час (режим открытого). Наличие дистанционного пульта управления позволяет не только задать определенное время обработки помещения, но и служит элементом безопасности при включении и выключении оборудования.

СЕРИЯ «СВЕТОЛИТ АЭРО»

Таблица №3. Технические характеристики

Наименование	Ед. изм.	Значение
Производительность*, не менее:		
в режиме рециркулятора	м³/час	200
в режиме открытого облучателя	м³/час (м²/час)	400 (500)
Потребляемая мощность, не более	Вт	210
Напряжение питания	В	220
Габаритные размеры (ДхВхШ)		
в режиме рециркулятора	мм	338х590х332
в режиме открытого облучателя	мм	338х532х332

* Производительность при бактерицидной эффективности - 99,9% по Staphylococcus Aureus

Компания «ЛИТ» предлагает широкую гамму современного профессионального УФ оборудования для решения многофункциональных задач по обеззараживанию воздуха и поверхностей. Все оборудование, выпускаемое компанией, выполнено из материалов, устойчивых к длительному воздействию УФ излучения. Корпус установок изготовлен из нержавеющей стали, вандалозащищен и устойчив к обработке любыми моющими средствами и дезинфектантами. Более подробную информацию по оборудованию Вы можете узнать на сайте компании либо связаться с нашими специалистами. *



«Альфа» - уникальная отечественная разработка

Ультрафиолетовая установка с импульсными ксеноновыми лампами для экстренной и плановой дезинфекции воздуха помещений от всех видов микрофлоры - бактерий, вирусов, микобактерий, спор и грибов - это уникальная разработка специалистов Научно-производственного предприятия «Мелитта», МВТУ им. Н. Баумана, института медико-биологических проблем РАН, НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора. В 2010 году она была отмечена премией Правительства Российской Федерации в области науки и техники.

Существовавшие до настоящего времени методы и такое распространенное оборудование, как ртутные лампы, уже не могли эффективно воздействовать на широкий спектр микроорганизмов, более того, они требовали значительного времени на обработку помещений. Созданная российскими учеными, работающими в области космической медицины и практического здравоохранения, новая плазменно-оптическая технология очистки и обеззараживания воздуха на основе импульсно-ксенонового излучения получила воплощение в установках серии «Альфа». Они генерируют излучение широкого спектра, не содержат ртути и обладают уникальными бактерицидными свойствами. Теперь достаточно включить установку на несколько минут и с эффективностью 99,9% провести обработку помещений. Поэтому их так охотно используют в операционных, родильных залах (перед началом родов), перевязочных, боксах баклабораторий, тубдиспансерах,

стоматологических кабинетах, палатах инфекционных отделений, эндоскопических отделениях и в других медицинских помещениях. На сегодня более 850 установок серии «Альфа» работают не только в России, но и в США, Израиле, ЮАР.

Эффективность такой технологии и более чем восьмилетняя практика ее использования в различных областях медицины сделали установки серии «Альфа» незаменимыми в комплексе мер, направленных на снижение уровня внутрибольничных инфекций. Они работают при отрицательных температурах, могут применяться в самых неблагоприятных условиях работы - ограниченное время, особенности вентиляции и кондиционирования. Высокий статус такая технология получила в туберкулезных стационарах диспансеров - установки «Альфа» вошли в стандарт их оснащения.

Безусловно, спектр применения установок «Альфа», использующих плазменно-ксеноновую технологию, гораздо шире. Но применение данного оборудования, в первую очередь, окажет серьезную помощь в повышении качества медицинского обслуживания, в том числе и жителей Республики Татарстан. Его официальный дистрибьютор - Торговая компания «Дельрус-Дез».*



ХАРАКТЕРИСТИКИ УСТАНОВКИ «АЛЬФА»

Показатель	«Альфа 1»	«Альфа 5»
Спектр излучения (сплошной)	200 - 700 нм	
Пиковая мощность излучения лампы	10 МВт	1 МВт
Уровень бактерицидной эффективности при обеззараживании воздуха	не ниже 99,9%	
Питание от однофазной электросети переменного тока	220±15% В, частотой 50/60 Гц	
Габариты (мм)	930х500х400	425х385х200
Вес	50 кг	11 кг
Производительность (при бактерицидной эффективности 99%)	5000 м³/час	500 м³/час
Объем помещения	300 м³	75 м³

ВСЕ ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ И СТЕРИЛИЗАЦИИ



мини-цены
на ЦСО

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



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



Лечит больного, а не болезнь

Гомеопатия рассматривает организм как неразрывное целое

Может ли гомеопатия быть полезной современному врачу? Насколько верно противопоставление классической медицины и гомеопатии, что это за метод? Об этом рассказывает председатель татарстанского отделения Российской гомеопатического общества, профессор, д.м.н. Ольга БУЛАШОВА.

В настоящее время бурного развития новых технологий наука поднимается на новую высоту, предъявляя серьезные требования как к вновь появляющимся методам лечения и лекарственным препаратам, так и к давно существующим. Это в полной мере относится к гомеопатическому методу лечения, число сторонников которого постоянно растет. Все больший ассортимент гомеопатических препаратов предлагается для широкого использования через аптечную сеть. Тем не менее мнения врачей о современной гомеопатии сильно различаются. Одни врачи идентифицируют гомеопатическое лечение с эффектом плацебо, другие – с фитотерапией.

Гомеопатия – это не лечение травами. Для приготовления гомеопатических препаратов используется различное природное сырье: минералы, металлы, материалы животного происхождения и, конечно, травы. Но это не отвары и не настойки, с которыми часто путают гомеопатию. Существует определенная часть специалистов – противников гомеопатии. В то же время сторонники гомеопатического метода лечения не стоят на месте, находя все новые аргументы в его пользу. Необходимо учитывать и тот факт, что сегодня ассортимент альтернативных медицинских методик для разочарованных пациентов классической медицины значительно расширился.

Споры вокруг гомеопатии объяснимы. Гомеопатия, с одной стороны, является вполне экспериментальным методом (ее главные принципы открыты С. Ганеманом в результате эксперимента, наблюдений и проверок) и в этом равняется на точные науки. С другой стороны, она стремится проникнуть в область, которая ускользает от эксперимента, в глубины субъективного мира личности, недоступного пока чисто научному подходу. Этим она отличается от других областей медицины.

В России медицинский статус гомеопатии совершенно легален. Гомеопатический метод зарегистрирован приказом №335 Министерства здравоохранения РФ от 29 ноября 1995 года «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении». Для того чтобы врач мог использовать метод, он должен предоставить свой диплом и получить лицензию. К сожалению, в России у гомеопатии нет своей



В Германии, например, существует известная фирма по производству гомеопатических препаратов, где занимаются серьезными разработками, действуют целые научно-исследовательские институты.

базы, четкой системы, своих больниц, федеральной программы, финансирования, как это есть, например, в Германии. Поэтому у нас врачи-гомеопаты оканчивают курсы специализации при Высших образовательных медицинских учреждениях, имея свой отрицательный и положительный опыт, который пока невозможно обобщить и проанализировать.

Поскольку единых российских стандартов лечения нет, обращаются к западному опыту. А он весьма разнообразен и, прежде всего, в своей мировоззренческой основе. В Индии гомеопатия основана на своих традиционных методиках, и это далеко не всегда то, что может подойти европейцу. В Китае традиционная медицина основана на концепции дуализма, принципах инь - янь. В Германии, например, существует известная фирма по производству гомеопатических препаратов, где занимаются серьезными разработками, действуют целые научно-исследовательские институты. Но у них свои особенности. Например, известный метод Фолля соединяет несколько традиций: традиционную тибетскую медицину, оккультные учения, гомеопатию и классическую медицину. Получается, что успех метода зависит от личности врача. Но так происходит не только в гомеопатии. Точно так же можно взять любой предмет или метод, ввести его в свой контекст и скомпрометировать.

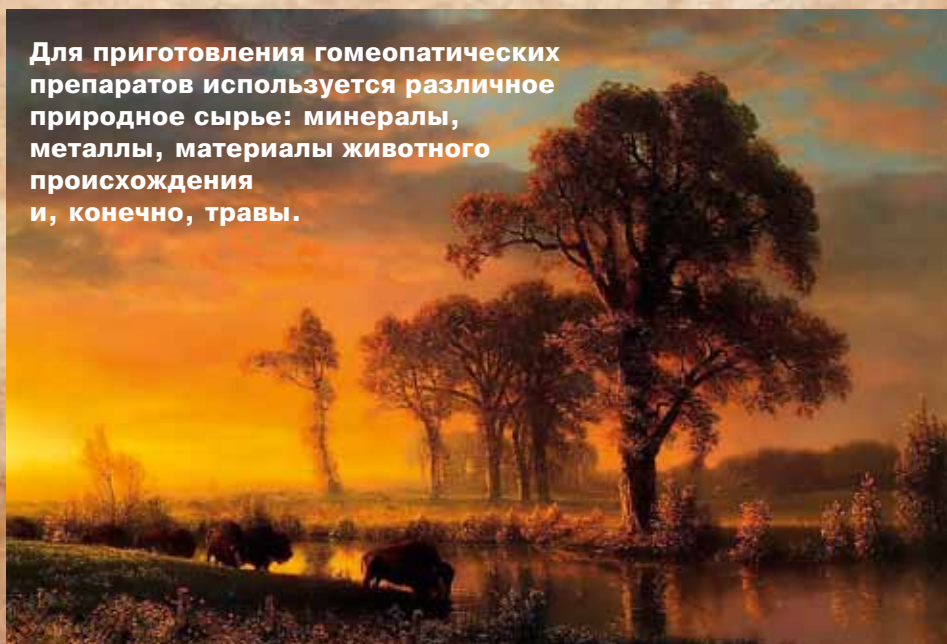
Путь становления гомеопатии в России проходил очень сложно. Были периоды подъема популярности этого метода, были и времена гонений, запрета. В Казани учение имело широкое распространение благодаря трудам доктора Арнгольда (Arnhold), который в XIX веке перевел на русский язык книгу доктора Франца о гомеопатии. Сейчас развитие всех натуро-

патических методов, к которым относится и гомеопатия, становится очень актуальным. Это обусловлено ростом количества хронических заболеваний, так называемых цивилизационных болезней, частыми побочными действиями химических препаратов, которые по тяжести могут превосходить исходное заболевание.

И это происходит несмотря на все достижения медицины и современные научные разработки по лечению многих заболеваний. Согласно приказу МЗ РФ №335 врач-гомеопат имеет право использовать гомеопатический метод в пределах своей специальности. Здесь есть рациональное зерно, так как, например, педиатр лучше разбирается в патологии детского возраста, чем терапевт. Но подход к лечению и методика выбора препарата при лечении всех больных одинаковы.

Начало гомеопатии положила вышедшая в 1810 г. в Германии книга Самуэля Ганемана «Органон врачебного искусства», в которой автор изложил принципы и законы новой науки о сущности болезни. Гомеопатия (от греч. *homeo* - подобный и *pathos* - страдание) - это система лечения малыми, часто принимаемыми дозами лекарств, вызывающих в больших дозах у здоровых людей явления, сходные с симптомами самой болезни. Самуэль Ганеман, будучи хорошо известен современникам как выдающийся врач и автор многих научных публикаций, изучая свойства влияния хинного дерева на организм человека, обнаружил, что его отвар вызывает симптомы, сходные с симптомами малярии, что и натолкнуло его на мысль о том, что подобное лечится подобным. Принцип подобия стал «краеугольным камнем» теории, основным методом выбора лекарств. Согласно С. Ганеману для лечения любого нарушения в организме следует выбрать такое вещество, которое само способно вызвать

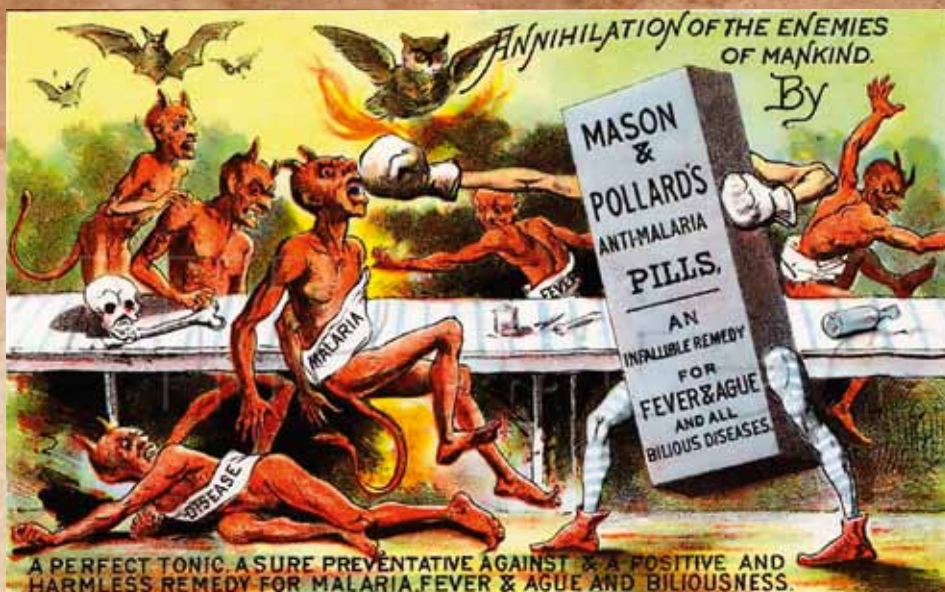
Для приготовления гомеопатических препаратов используется различное природное сырье: минералы, металлы, материалы животного происхождения и, конечно, травы.



точно такую же картину нарушений. Например, укус пчелы вызывает отек, а гомеопатический препарат, приготовленный из пчелы, используется при лечении этого симптома. Это первый принцип, который лег в основу гомеопатии, оказавшейся в оппозиции к классической медицине (аллопатии), базирующейся на принципах применения тех лекарств, которые направлены против симптомов, сопровождающих болезненное состояние. Гомеопатию также можно рассматривать как метод «двух подобий», где первое «подобие» наблюдается между лекарством и больным, а второе – между лекарственным средством и болезнью. Успех лечения отмечается лишь в том случае, когда реализуются оба эти «подобия».

Другим положением, выдвинутым С. Ганеманом, явилось то, что сила действия лекарства увеличивается по мере уменьшения его дозы (потенцирования), которое достигается большими разведениями, каждое последующее разведение в 100 раз уменьшает содержание первоначального вещества. Дозы гомеопатических препаратов могут быть различны. Они называются «разведениями» и бывают десятичными или сотенными. Гомеопатические лекарства выпускают в виде настоек, пилюль, глобул или крупинок, смеси сильно разведенных ядовитых лекарственных веществ с нейтральным растворителем. Кроме того, широкое применение гомеопатические средства нашли и в качестве мазей, свечей и растираний (оподель-доков). Для приготовления настоек, как правило, используют экстракты исходного лекарственного вещества, приготовленного большей частью на спирту. Крупинок приготавливают из сахара, который затем пропитывается лекарственным веществом.

Раньше в нашей стране гомеопатия была запрещена вместе с генетикой и кибернетикой, и традиционная медицина отрицала ее достижения. Сейчас ситуация изменилась. Гомеопатия стала полноправ-



Самуэль Ганеман, будучи хорошо известен современникам как выдающийся врач и автор многих научных публикаций, изучая свойства влияния хинного дерева на организм человека, обнаружил, что его отвар вызывает симптомы, сходные с симптомами малярии, что и натолкнуло его на мысль о том, что подобное лечится подобным. Принцип подобия стал «краеугольным камнем» теории, основным методом выбора лекарств.

ным разделом медицины, ее использование разрешено официальным приказом Министерства здравоохранения, курсы гомеопатии преподают в медицинских институтах, институте повышения квалификации врачей. Гомеопатия – более тонкий и индивидуальный метод лечения, чем аллопатия, и подбор лекарства, являющегося конституциональным для данного больного, требует высочайшей квалификации врача, однако хороших специалистов,

владеющих этими методами лечения, мало.

Большое распространение приобрело в последние годы комплексное применение гомеопатических лекарств, ориентированное на соблюдение принципа подобия и основанное, как правило, на использовании органотропного или дренажного действия. Много врачей, назначающих сборы из препаратов, – «комплексоны» или «композицы». Этот метод менее индивидуальный, но тоже действенный. Наконец, в аптеках без рецепта продают готовые гомеопатические сборы – от болезней горла, простуды, болей, снимающих тягу к спиртному и многие другие. Такие лекарства содержат в своем составе много препаратов в разных разведениях, но бывают часто недостаточно эффективны для конкретного больного.

Получили свое развитие и методы введения гомеопатических препаратов в организм человека. Подкожные инъекции были самыми первыми видами парентерального введения гомеопатического лекарства, описанными в научной литературе. В последующие годы к ним добавились внутримышечные, внутрикожные, внутрисуставные и околосуставные. В дальнейшем, по мере совершенствования методик и самих препаратов, в частности, появления комплексных антигемотоксических ампулированных средств, значительно рас-



ширился лечебный арсенал врача. Были созданы новые виды, как чрезвычайно эффективный синтез рефлексотерапии и гомеопатии, такие как гомеосиниатрия, невральная терапия и биопунктура. При указанных техниках используется воздействие гомеопатических препаратов, вводимых в точку акупунктуры или триггерную точку. Подобная техника преимущественно применяется при различных травмах, болевых синдромах опорно-двигательного аппарата и головной боли, функциональных расстройствах нервной системы, а также при некоторых острых и хронических воспалительных процессах. Введение гомеопатических препаратов в триггерные или акупунктурные точки чрезвычайно эффективно. Двойное действие – рефлексотерапевтическое и фармакологическое – объясняет быстрый и стойкий терапевтический эффект применения указанных методов. Внутривенное введение гомеопатических препаратов обычно применяется при острых состояниях, лихорадочных инфекциях, сепсисе, коллапсе, а также для элиминации (выведения) токсинов из организма. Во многих случаях отмечается резкое улучшение состояния больного сразу же после инъекции. Внутримышечные инъекции гомеопатических средств типичны при ревматических заболеваниях и хронических патологиях. При внутрикожном введении в кожу появляется папула, содержащая 0,1 – 0,2 мл гомеопатического лекарственного средства. Эта техника часто применяется для гомеопатической десенсибилизации в сочетании с невральной терапией и гомеомезотерапией.

Современная официальная медицина узкоспециализированная: кардиолог лечит сердце, гастроэнтеролог – желудок, уролог – почки и т. д. Гомеопатия лечит больного, а не болезнь, и рассматривает организм как неразрывное целое со всеми его медицинскими и психологическими особенностями. Терапевтический принцип индивидуализации известен в России давно благодаря трудам выдающегося терапевта М. Я. Мудрова – основоположника анамнестического метода исследования больного. В последнее время он позиционируется как персонифицированная терапия. Гомеопатия свободна от готовых прописей. Настоящий гомеопат никогда не назначит лекарство, только исходя из названия болезни. Лекарство подбирается на основе симптомов, их усиливающих или ослабляющих факторов, конституции и статуса больного. То есть особое внимание уделяется особенностям адаптации организма человека к условиям воздействия внешних и внутренних факторов. Правильно подобрать препараты и назначить индивидуальную схему приема для больного – в этом искусство и талант врача-гомеопата.

В гомеопатии нет и не может быть эффективных универсальных готовых прописей. Однако любой метод имеет свои

ограничения. Границы применения гомеопатии существуют и определяются многими факторами. При остром аппендиците, когда дорога каждая минута, безусловно, нужно не записываться на прием к гомеопату, а вызывать «скорую помощь».

Часто врачей-гомеопатов обвиняют в том, что они лечат, не зная причины. Отчасти это верно, но, с другой стороны, если искать причину, например, болей или воспаления в отдельно взятом органе, легко спутать причину со следствием, что часто и происходит. Парадоксом гомеопатии признается отсутствие ориентации на четко установленный диагноз. Но специалисты знают, что классификации заболеваний подвержены изменениям в зависимости от доминирующей в каждом периоде времени научной гипотезы происхождения болезни.

В классической медицине синдромный подход к диагностике получает все большее распространение. В ряде случаев

природные лекарства, которые назначают индивидуально. Более того, самые современные научные исследования только подтверждают постулаты гомеопатии. «Три вещи, – пишет Гиппократ, – сочетаются в нашем искусстве: болезнь, больной и врач». Гомеопатия не в силах исцелить от онкозаболеваний, не избавит от аппендицита, не остановит пневмонию, рассеянный склероз, ревматоидный артрит и другие «системные» заболевания, она не заменит хирургические методы лечения (в тех случаях, когда они необходимы). Но во всех этих ситуациях она может быть прекрасным дополнением к существующим методам лечения, устраняя отдельные симптомы, стабилизируя острые состояния, уменьшая количество приступов и выводя болезнь в ремиссию.

Истинность того или иного учения проверяется временем. В 1845 г., когда французского министра Ф. Гизо медицин-



диагноз, по формальным признакам, позволяет отказаться от данного пациента и отправить его «к другим специалистам», в «другое лечебное учреждение». Очень часто такой диагноз бывает как «приговор» и обжалованию не подлежит. Более того, перестраховка врача (постановка более «серьезного» диагноза, чем того требуют истинные обстоятельства болезни) приводит к назначению избыточной фармакологической терапии, что стало большой проблемой современной медицины.

Традиционная медицина, в том числе гомеопатический метод, имеет четкие законы и правила, строго определенные

ский совет попросил принять меры против гомеопатии, он ответил: «Если гомеопатия – химера или бесполезный метод, она исчезнет сама. Если же, напротив, она представляет собой прогресс, она будет распространяться, что бы не предприняли для ее остановки». По-видимому, со временем идеи С. Ганемана не потеряли свою актуальность и сохранили интерес со стороны медицинской общественности в различных странах мира: в Германии 25% врачей используют данный метод, в Англии – 45%. Очевидно, что в ближайшее время то же самое произойдет и в России.



Николай РЕШЕТНИКОВ,
директор центра традиционной
китайской медицины, к. м. н.



Сделано в Китае

Китай – удивительная страна. Он сумел сохранить свой тысячелетний опыт во многих областях жизни и гармонично сочетает его с достижениями прогресса.

Наглядный тому пример – система здравоохранения Поднебесной, в которой искусство традиционного врачевания передается из поколения в поколение и приумножается, дополняется достижениями западной медицины.

О традиционной китайской медицине каждый из медиков что-то слышал и, возможно, даже использовал в своей практике. Например, рефлексотерапия сегодня успешно используется как элемент восстановительного лечения во многих российских медучреждениях. Для кого-то китайские оздоровительные практики ассоциируются с иглоукалыванием, для кого-то – с загадочным словом «цигун» (а кто-то возразит, что цигун – это боевое искусство). И каждый по-своему будет прав.

Традиционная китайская медицина – это часть восточной философии, китайской ментальности, образа жизни. Тот же цигун – это духовная и физическая, лечебная и боевая практика. Само слово произошло от китайских «Ци» – всепроникающей силы, энергии, породившей все сущее, и два противоположных начала – «Инь» и «Янь», и «Гун» – осознанной работы с «Ци».

Китайская медицина исходит из посыла, что человеческий организм – это неотъемлемая часть мировой энергии. Поэтому обяза-



тельным условием выздоровления является не только следование предписаниям врача, но и корректировка образа жизни пациента, его целей, характера питания и пр.

Основное в человеке – это движение энергии, которое происходит по каналам, называемым меридианами. Каждый из энергетических каналов отвечает за ту или иную систему организма либо орган. На меридианах располагаются биологически активные точки, которые служат для связи организма с окружающей средой. Нарушение баланса внутри организма и его взаимосвязей с внешней средой приводит к развитию заболеваний. Нормализация взаимодействия энергии в организме, восстановление ее баланса приводит к нормализации физиологических функций. Конечно, все эти принципы представлены в крайне упрощенном виде. Чтобы до конца понять суть традиционных восточных учений, нужно посвятить им не один год, а чтобы научиться их использовать, может не хватить и целой жизни.

Принципиально иное понимание причинно-следственных связей в развитии болезни становится основой для отличного от общепринятого в европейской медицине понимания причин и развития заболеваний, их классификации, диагностики и лечения. Так, европеец вряд ли поймет, что значит «нарушения движения энергии в меридиане сердца». Оно может означать патологические изменения не только со стороны сердца, но и со стороны сосудов, отклонения в минеральном обмене и даже в работе щитовидной железы. Такие «трудности перевода» создают дополнительную сложность в применении достижений традиционной медицины в западной и российской практике (при этом сами китайцы друг друга прекрасно понимают!).

Отдельно стоит остановиться на том, как врачи традиционной медицины Поднебесной проводят диагностику. Основным методом является исследование пульса. Причем, если в европейской медицине рассматривается 7 - 8 его характеристик - ритмичность, частота и др., то в китайской, по разным оценкам, их от 90 до 120. Выучить по учебнику такое практически невозможно, этот навык передается от учителя к ученику в процессе многих лет постоянных тренировок.

Помимо этого, используется иридодиагностика - по радужке глаза, хиромантия - по линиям руки, большое внимание уделяется осмотру языка. Жалобы пациента в каком-то смысле носят вторичную роль, человек может вообще ничего не говорить врачу, но он все равно достаточно точно поставит диагноз. Чтобы стать таким искусным диагностом и врачом-терапевтом, необходимо долго практиковаться, право на самостоятельный прием специалист получает годам к 40. А может и не получить никогда.

Принципиальным отличием традиционной китайской медицины от других восточных практик - тибетской, вьетнамской, тайской - является то, что она обладает государственным статусом. По сути, в Поднебесной функционируют две системы здравоохранения, которые развиваются параллельно, имея, в то же время, общие точки соприкосновения, успешно взаимодействуя и дополняя друг друга. Есть европейская медицина - со своими поликлиниками, больницами, учебными учреждениями, научно-исследовательскими институтами, академиями. У традиционной медицины также есть свои медучреждения, учебные и научно-исследовательские институты. Академики традиционной китайской

медицины избираются академиками Академии медицинских наук Китая.

В обычной китайской больнице врачи традиционной медицины могут как самостоятельно вести прием пациентов, так и с другими специалистами, например, кардиологами, хирургами и др. То же касается и аптечной сети - одни аптеки специализируются только на традиционных средствах,



другие - на препаратах для лечения по западной модели, третьи - смешанные.

Китай - одна из тех редких стран, которые смогли пронести через тысячелетия знания секретов человеческого организма, постоянно приумножая их. Веками ученые мужи Поднебесной копили этот опыт, экспериментируя, действуя зачастую методом «научного тыка» (для иглотерапии, в частности, это выражение подходит не только в переносном, но и в прямом смысле). При этом представители традиционной медицины сегодня четко представляют границы своей компетенции. Если они сталкиваются с онкологией, инфекционными заболеваниями, острой хирургической патологией, то отправляют своего пациента к специалисту, работающему по западной модели.

Одно дополняет другое - и в этом плане опыт Поднебесной уникален. Так, во время

эпидемии атипичной пневмонии, которая в Китае приняла угрожающие формы, европейские препараты работали плохо или не работали вообще. А вот традиционные китайские средства показали хорошую эффективность. В течение кратчайших сроков в нескольких институтах традиционной медицины были созданы вирусологические лаборатории, оснащенные современным оборудованием ведущих стран мира, подготовлены квалифицированные специалисты и начаты соответствующие исследования. То есть они начали изучать, как работают традиционные китайские средства с позиций западной науки!

К решению вопросов лекарственного обеспечения в Поднебесной относятся очень серьезно. В 90-х годах здесь были разработаны и утверждены государственные стандарты и нормативы для лекарственных средств, сборов. Используется специальное оборудование, которое позволяет контролировать качество исходного сырья, на выходе также проверяются безопасность его использования и биологическая активность. Одновременно ведутся разработки по получению активных веществ из самого разнообразного растительного и животного материала.

Несмотря на то, что Китай является одним из мировых лидеров по уровню ВВП, страну и ее граждан нельзя назвать богатыми. Лишь несколько лет назад здесь начали платить пенсию работникам сельхозкооперативов, а медицинская

страховка покрывает в лучшем случае 70% от затрат на лечение, остальное пациент должен доплатить из собственного кошелька. Это становится одним из факторов развития традиционной медицины, которая обходится без дорогостоящей диагностики и позволяет лечить ряд заболеваний.

С другой стороны, чтобы добиться эффекта от традиционных методов, человек должен соблюдать ряд требований, заниматься собой. Стремительная урбанизация Поднебесной, к сожалению, отражается и на менталитете ее жителей, для некоторых из них становится проще выпить таблетку аспирина, нежели постоянно вести «правильный» образ жизни. Тем не менее китайцы сегодня остаются одной из самых здоровых наций мира, служа наглядным примером для подражания.

Коллеги, друзья всегда отмечали его удивительную способность все вокруг себя преобразовать.

За что бы ни брался, все у него получалось, доводил до конца, рядом с ним каждый чувствовал себя уверенно. С легкой руки Ирека Гасымовича Ишкинеева, талантливого хирурга, организатора здравоохранения, молодые специалисты

получали путевку в жизнь и становились настоящими врачами.

Под его непосредственным руководством в республике создавались новые медицинские объекты, например, Нурлатская ЦРБ, Больница скорой медицинской помощи Набережных Челнов, которую он сумел вывести в число лучших в стране.

Он и сегодня, в свои 82 года, остается таким же деятельным, оптимистично настроенным человеком.

И добрых дел не перечесть

СО СТУДЕНЧЕСКОЙ СКАМЬИ - В РАЙЗДРАВОТДЕЛ

Организаторский талант Ирека Ишкинеева разглядели еще в годы учебы в Казанском государственном медицинском институте. Сразу после выпуска в 1954 году приказом Минздрава ТАССР его назначили заведующим райздравотделом Тельманского района с центром

в селе Мамыково. Это во многом предопределило его дальнейшую судьбу как организатора здравоохранения, хотя сам Ирек Ишкинеев мечтал стать хирургом. И добился-таки своего - в 1956 году прошел полугодовую специализацию по хирургии и получил вместе с молодой женой Фавзией, тоже врачом, назначение в Таканышский район.

- По сей день помню свою первую операцию в сельской больнице, когда привезли молодую женщину с остановкой сердца, - рассказывает Ирек Гасымович. - Раздумывать было некогда, пришлось принимать единственно верное решение, и пациентка осталась жива. Состояться мне как хирургу помогла талантливая военврач Вера Григорьевна Дьячкова. В то

время современных аппаратов не было, очень многое решали профессионализм, интуиция и, конечно, послеоперационное выхаживание больных – это тоже требует терпения, внимания, квалификации. В моей хирургической практике было семь пациентов с ножевыми ранениями в сердце – всех выходили.

ЭКЗАМЕН НА ЗРЕЛОСТЬ

Две составляющие таланта Ишкинеева проявились и в июле 1961 года, когда его назначили главным врачом Нурлат-Октябрьского района, и где он продолжал оперировать. Уже первый день работы стал для молодого руководителя экзаменом на зрелость, находчивость: больница осталась без дров. Ни обед приготовить, ни постирать, ни воду вскипятить. Ишкинеев дал команду разобрать забор, а сам отправился в лесничество за помощью. На другой день к больнице подъехала машина, груженная дровами.

Хозяйство новому главврачу досталось запущенное. В ЦРБ Нурлат-Октябрьского района тогда были стационар на 75 коек и поликлиника в деревянном здании. Участковые больницы Старых Челнов и Старого Альметьево размещались в деревянных финских домиках. В Чулпановской больнице кирпичным было лишь здание, построенное в 1914 году на средства английского Красного Креста. Ишкинеев загорелся идеей все в корне изменить, создать надлежащие условия для лечения больных и работы медперсонала. Инвесторов тогда не было, но в «Медицинской газете» прочитал об опыте межхозяйственного строительства объектов здравоохранения на Украине. С этой идеей пошел к первому секретарю райкома партии Габбасу Киямовичу Гиматдинову. Хотя разрешалось объединять только однородные предприятия (к примеру, колхозы), тот взял на себя ответственность и создал межхозяйственный совет: колхозы совместно с нефтяниками взяли шефство над Нурлатской больницей. В результате был построен двухэтажный лечебный корпус на 120 коек, где и по сей день размещаются два хирургических отделения, отделение терапии и глазной стационар, реанимационное отделение, поликлиника на 400 посещений в день. Построили также 36-квартирный жилой дом для медработников. Одновременно с материальной частью рос и укреплялся в практических делах коллектив ЦРБ. Вот как вспоминает о тех временах Захерия Шабаетов, заслуженный врач РФ, ставший главным врачом Нурлатской ЦРБ после Ишкинеева:

– В августе 1966 года мы с женой, молодые дипломированные врачи, впервые переступили порог ЦРБ. Ирек Гасымович нас встретил приветливо, быстро сумел расположить к себе и предложил работу в Мамынской участковой больницы. А через два месяца Ирек Гасымович уже



Построенная под его руководством БСМП стала в то время лучшим медицинским учреждением России.

назначил меня главным врачом. Он не умел работать вполсилы, всех нас зажигал своими идеями, мыслил масштабно, практично, как настоящий организатор. Я получил от него бесценный опыт лечебно-профилактической, административной и хозяйственной работы. Да и в неформальной обстановке он всегда был в эпицентре.

В 1973 году Нурлатская ЦРБ была признана лучшей в Татарстане, и на ее базе проводился семинар для врачей-организаторов. Вскоре после этого Ирек Гасымович Ишкинеев получил новое назначение – в Набережные Челны, где в то время шла грандиозная стройка, и необходимо было построить, запустить такую махину, как Больницу скорой медицинской помощи, аналогов которой в республике не было.

МЕСТО РАБОТЫ ГЛАВВРАЧА – ШТАБ СТРОЙКИ

Первое, что сделал Ишкинеев, приехав в Автоград, – купил резиновые сапоги, без которых на огромной стройке делать было нечего. Каждое утро главврача БСМП начиналось с шумных планерок строителей «Камгэсэнергостроя». Проблем хватало, устаревший к тому времени проект, по которому возводились большой медицинский городок и станция

скорой помощи, разрабатывался еще в 1970 году, поэтому многое приходилось менять буквально на ходу. Прирожденный дипломат, Ишкинеев находил понимание во всех инстанциях и кабинетах, и всегда оказывали ему поддержку первый секретарь горкома партии Раис Киямович Беляев и легендарный директор «Камгэса» Евгений Никанорович Батенчук. К примеру, первоначально заложенную в проект метлахскую плитку на полы из-за недолговечности поменяли на брекцию – отшлифованные осколки мрамора, склеенные спецклеем. Внутреннюю телефонную сеть со 100 номеров увеличили до 1000. Для оснащения БСМП было заказано новейшее оборудование из Чехословакии, Венгрии, Германии. А заранее закупленную аппаратуру со складов передали в участковые больницы.

Пока шла стройка, неутомимый, энергичный Ишкинеев загрузил себя еще одной заботой – под его руководством в поселке ЗЯБ здания общежитий 16/1, 16/2, 16/3, 16/4 были переоборудованы под горбольницу №4. Здесь расположились и вели прием пациентов инфекционное, детское, глазное отделения, функционировали роддом, женская консультация, рентген-кабинет, детская поликлиника. В 1979 году ввели в эксплуатацию 3-этажный блок БСМП. Были открыты хирургическое, терапевтическое, операционное, реанимационное, гинекологическое отделения, отделение искусственной почки. Через год ввели в строй 12-этажное здание больницы на 1000 коек.

– По тем временам таких больниц, как наша, было всего две – в Белоруссии и Эстонии, – рассказывает Ирек Гасымович. – Я посетил обе, осмотрел все и постарался сделать лучше. В частности, саму больницу, «Скорую помощь» и гараж мы разместили в одном месте, соединив переходами. А оборудование у нас было самым современным.

Но в строящемся городе больница испытывала острейший дефицит квалифицированных кадров. Ишкинеев вновь нашел нестандартное решение: дал объявление в «Медицинскую газету», и в Автоград стали приезжать опытные врачи, кандидаты наук, которые сразу же обеспечивались квартирами. Как и в Нурлате, Ирек Гасымович внимательно присматривался к способным, энергичным людям, продвигал их, сформировал целую когорту замечательных врачей, появилось даже понятие «ишкинеевской школы». Чтобы обеспечить персонал больницы жильем, Ишкинеев решил построить дом, благо, места возле БСМП было предостаточно. В декабре 1987 года, в жгучий мороз, поехал в Совмин ТАССР, зная, что ежегодно выделяемые средства на строительство жилья осваивались не до конца. Деньги выделили. С молчаливого согласия руководства

отчитались за них декабром, а по весне построили 9-этажный дом, потом еще один. До сих пор эти дома называют «ишкинеевским поселком». Нынешний главный врач БСМП Ильдар Индусович Хайруллин рассказывает:

– Ирека Гасымовича знаю давно. Мои родители, тоже медики, дружили с ним и Фавзией Нуреевой. Это интеллигентный, эрудированный человек, душа любой компании. Построенная под его руководством БСМП стала в то время лучшим медицинским учреждением России. Более того, заложенная здесь поистине уникальная концепция многопрофильного обслуживания пациентов успешно действует не только сегодня, но и будет актуальна завтра. К нам до

ПОКОЙ И НЕ СНИТСЯ

На заслуженный отдых Ирек Гасымович Ишкинеев вышел в 1989 году, но его деятельная натура не успокоилась. Семья Ишкинеевых – потомственные пчеловоды, «ишкинеевский мед» известен издавна. Ирек Гасымович продолжил семейную традицию держать пасеку. С медициной связал жизнь лишь один сын Фарид, остальные два пошли своим путем: Ильдар, получив образование в Москве, стал металловедом, Иршат – инженер, закончил КАИ.

Будучи потомком просвещенных мулл, Ирек Гасымович в 1992 году взялся за строительство мечети в поселке Сидоровка. Она была воздвигнута в рекордно короткие сроки – 10 месяцев – благода-



сих пор приезжают за опытом не только медики, но и строители. Сегодня на базе БСМП нам удалось создать один из лучших в республике и России Центр высоких медицинских технологий. Приятно, что Ирек Гасымович бывает у нас. Мне доставляет огромное удовольствие общаться с ним и как с врачом-хирургом по призванию, и как с организатором, преодолевшим немало трудностей. Мне есть чему у него учиться.

– В общении с людьми вряд ли найдешь человека, похожего на Ирека Гасымовича, – отмечает Дания Ахметовна Галлямова, заведующая терапевтическим отделением БСМП. – Столько в нем обаяния, теплоты, доброты и искрометного юмора. С ним всегда интересно. Поэтому нет ничего удивительного в том, что ему удалось из очень разных по характеру людей создать дружный, сплоченный коллектив больницы. Не знаю, что такого особенного углядел во мне Ирек Гасымович, но после года работы в больнице он назначил меня старшим ординатором, а потом – заведующей отделением. До сих пор помню, как он требовал от нас самого внимательного отношения к пациентам. Он не уставал повторять, что даже у хорошего доктора больницы может умереть, но его родные будут благодарны за его усилия.

ря безвозмездной поддержке простых горожан, руководителей предприятий. И в строительстве культового здания Ишкинеев проявил хозяйскую жилку: здесь есть и своя котельная, и жилье для имама. Еще раз удивил Ирек Гасымович своих родных и друзей, совершив хадж в Мекку. Но проблемы здравоохранения волнуют его по-прежнему.

– Я не могу согласиться с тем, что ликвидировали участковые больницы, – говорит он. – Да, дороги стали лучше, но осенью и особенно зимой добраться до ЦРБ не всегда возможно. Да и сами медики Нурлатской ЦРБ зачастую не могут добраться, например, до Кульбаево-Мараса, Черепатырево, Амзи. Во многих отдаленных селах позакрывали фельдшерские пункты, а ведь и там живут люди. Профессионализм медиков стал низок. Разрушить то, что служило людям, легко – восстанавливать трудно.

За свою долгую жизнь Иреку Гасымовичу Ишкинееву удалось многое сделать, и люди помнят об этом. Трогательный случай как-то произошел в трамвае: к Иреку Гасымовичу подседа молодая женщина: «Извините, вы доктор Ишкинеев? Вряд ли вы меня узнаете, но я та самая девочка, которой вы пришили язык. Вы совершили чудо, спасибо вам!»



У участника Великой Отечественной войны, бывшего заведующего кафедрой хирургии КГМУ Владимира Гавриловича Морозова есть короткое поэтическое посвящение Иреку Гасымовичу Ишкинееву, о котором до сих пор слагают легенды:

Прожито нами лет немало,
И добрых дел – не перечсть.
Пусть время молодость умчало –
В пороховницах порох есть.
Живи и здравствуй долго-долго,
Болезням всем давай отпор.
Пусть будет жизнь длинна как Волга,
А сердце бьется как мотор!

Давние друзья, коллеги так до сих пор и не поняли, каким же талантом, даром его больше одарила природа - врачебным или музыкальным, чего в нем больше - врача или музыканта. Они настолько тесно переплелись, что трудно представить его в какой-то одной ипостаси.

С песней по жизни

С одной стороны, Владимир Муравьев – известный в республике эндоскопист, стоявший у истоков создания такой медицинской службы в Татарстане, заслуженный врач ТАССР и РФ, обладатель достойных его заслуг наград и регалий. А с другой – не менее известный бард, исполнитель авторских песен, умеющий затронуть сокровенные струны человеческой души, многократный победитель Грушинского фестиваля.

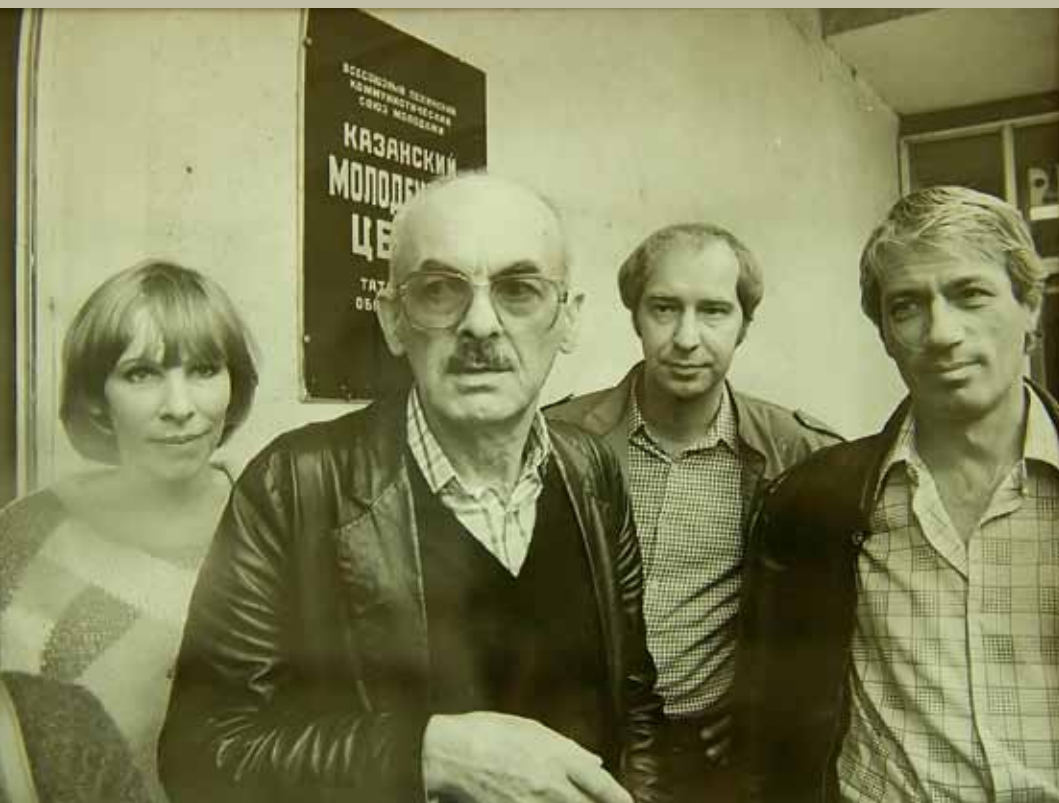
С авторской песней Владимир Муравьев впервые познакомился еще в школьном возрасте, когда родители подарили ему катушечный магнитофон «Комета», и он стал записывать понравившиеся песни. Мама вообще при-

«Впоследствии меня не раз приглашали на юбилейные концерты, и мне было очень приятно выступать на одной сцене вместе с такими великими казанцами, как, например, Рустем Яхин, Ирина Бочкова. Только играл я не на фортепьяно – меня всегда просили брать с собой гитару. Так и остался музыкантом-недоучкой».

Будучи студентом медицинского института, Владимир Муравьев продолжил заниматься музыкой в качестве вокалиста в студенческом эстрадном ансамбле. Довелось выступать и перед первым космонавтом Юрием Гагариным на фестивале дружбы советской и японской молодежи, который состоялся

в 1967 году в лагере «Волга». В том же году друг Владимира Муравьева будущий детский хирург Ильдус Гирфанов научил его азам игры на гитаре. Тогда же дуэт Муравьев – Гирфанов впервые выступил на фестивале студенческой песни в Смоленске и был отмечен жюри, но высших наград не получил. Через три месяца уже на фестивале в Минске они впервые победили, затем брали первые места в Рязани, Иваново...

Конец 60-х годов стал временем бурного развития самодельной песни, она постепенно перемещалась из узкого круга институтских посиделок, капустников на большие концертные площадки, туристические слеты, которые



визвала своему сыну с детства любовь к поэзии, а музыкальная школа помогла развить врожденные способности – зерно, что называется, упало на благодатную почву, правда, учиться нотной грамоте и премудростям сольфеджио пришлось не семь, а целых десять лет. Дважды оставался на второй год из-за... футбола. Школьник Муравьев стоял в воротах клуба «Динамо», и команда эта, между прочим, была тогда чемпионом Казани. А вот документ об окончании музыкальной школы он так и не получил – сломал палец на тренировке за три месяца до выпускного экзамена.

О своей музыкальной школе Владимир Юрьевич вспоминает с улыбкой:



превращались в бардовские фестивали, проводившиеся по всей стране. С легкой руки Владимира Высоцкого закрепилось и такое понятие, как автор-исполнитель, то есть поэт, музыкант. И неважно, что мелодия порой строилась всего на трех аккордах, такие песни находили дорогу к сердцам очень многих. И сегодня у этого жанра – много поклонников.

Настоящей «Меккой» авторской песни стал Грушинский фестиваль. Казанский дуэт впервые приехал на него в 1970 году и сразу занял два первых места в номинациях «Лучший исполнитель» (Муравьев) и «Лучший ансамбль» (Муравьев – Гирфанов). Впоследствии Владимир Юрьевич несколько лет приезжал на

этот фестиваль, выступая в дуэте и сольно, став восьмикратным лауреатом «Грушинки». Пока однажды Александр Дулов (автор знаменитой песни про хромого короля) не сказал: «Все, хватит Муравьеву зарабатывать призы, давайте посадим его в жюри». С тех пор казанский бард стал почетным гостем фестиваля.

Выступая на фестивалях авторской песни, Владимир Муравьев участвовал в концертах и по линии комсомола. Куда только не забрасывали татарстанский творческий «десант»! В 1975 году выступали на мероприятиях по случаю пуска атомного ледокола «Арктика» на самой северной точке Земли; на советско-



В словосочетании «автор-исполнитель» ключевым словом для Владимира Муравьева является «исполнитель». В этом качестве его знают и любят поклонники авторской песни по всей России как барда, который поет песни Юрия Визбора, Булата Окуджавы, Александра Дольского как никто другой.



китайской границе сразу по окончании «Даманского конфликта», чтобы поддержать моральный дух наших пограничников; на Всемирном фестивале молодежи в Берлине. «Я закончил вести список мест, где мне довелось выступать, примерно лет 10 назад, – поделился своими воспоминаниями Владимир Муравьев. – На тот момент в нем оказалось 362 города».

Авторская песня объединяет всех, независимо от популярности, статуса, возраста. «Раньше такие люди, как Окуджава, Визбор, Никитин, Клячкин, Егоров, Дольский, Хочинский и другие, были для меня как боги, – рассказывает Владимир Юрьевич. – Я не мог и мечтать, что со многими из них буду

выступать на одной сцене, общаться и просто дружить».

Характерная история: в прошлом году Дмитрию Сухареву – соавтору знаменитой песни про Брич-мулла – исполнилось 82 года. В день рождения Владимир Муравьев позвонил ему и сказал: «Дмитрий Антонович, разрешите вас поздравить». Ответ академика, доктора медицинских наук был незамедлителен: «Какой я тебе Дмитрий Антонович, я Митя!»

Сегодня Владимир Муравьев – желанный гость на памятных вечерах, юбилеях, бардовских фестивалях. При этом «свое» Владимир Юрьевич, как правило, не поет, говорит: «Не написал еще такой песни, которую мог бы исполнить для

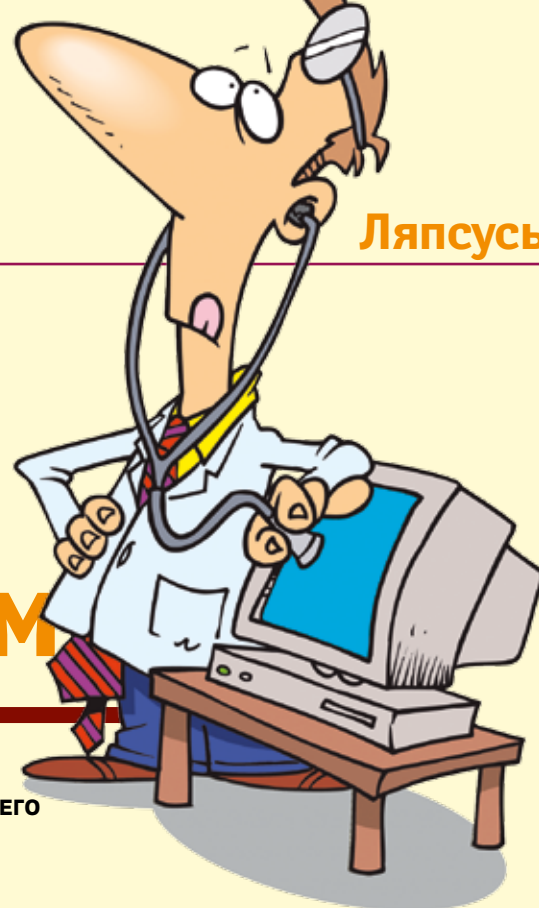
приличной публики». Верится в это с трудом, учитывая огромный жизненный опыт этого человека и безусловный талант, но это, как говорится, его дело.

В словосочетании «автор-исполнитель» ключевым словом для Владимира Муравьева является «исполнитель». В этом качестве его знают и любят поклонники авторской песни по всей России как барда, который поет песни Юрия Визбора, Булата Окуджавы, Александра Дольского как никто другой. Именно в его исполнении страна впервые услышала «Солнышко лесное» раньше, чем это сделал сам автор. Коллеги по «песенному цеху» и сегодня доверяют Владимиру Муравьеву самое дорогое – свои песни.



Из «Антологии медицинского ляпсуса».
Автор-составитель – доктор медицинских наук,
профессор Саид КСЕМБАЕВ

Смешное о серьезном



СТУДЕНЧЕСКИЕ (из ответов)

- В кишечнике человека живут гельминты вместе со своими яйцами.
- Что делать, если вам на руку попала кровь гепатитного больного? - Обработать этот участок рентгеновскими лучами!
- Зачаток постоянно-го зуба дробит корни молочного, и он выпадает.
- Разрезы на лице бывают внеротовые и вротовые (правильно - интравротовые).
- Кто открыл рентгеновские лучи? - Чарли Чаплин! (повторила от волнения студентка шутливую подсказку сидевшего неподалеку от нее студента, сдавая госэкзамен по терапии).
- Основные принципы лечения - обязательное ношение с собой препаратов, купирующих стенокардию.
- Аномалии формы зубов: штопорообразные, шпорообразные, шарообразные (правильно - шиповидные и уродливые зубы).
- Очень интересен ход мысли студента при ответе на вопрос экзаменатора: «Чем будете проводить сепаровку краев раны?» Студент: «Сепаратором!» (правильно - скальпелем).
- Экзаменатор (зав. кафедрой): «Назовите основоположников челюстно-лицевой хирургии в России». Студент после нескольких неправильных ответов не мог придумать ничего лучшего, как сказать: «Вы!»



ВРАЧЕБНЫЕ, СРЕДНЕГО И МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА (из историй болезней и амбулаторных карт)

- Больной обратился к ЛОР-врачу, который не стал смотреть, сказав, что раз рот не открывается, то и смотреть нечего.
- Аллергологический анамнез: капли дождя, падавшие с деревьев, вызывали отек и гиперемию лица.
- Язык большой, сухой и весь в отпечатках пальцев.
- Больной в коме - ночь проспал спокойно.
- Реанимационные мероприятия без эффекта - очнулся сам.
- Несмотря на проводимую терапию, у больного появились трупные пятна.
- Диагноз: ушиб правой почки о самосвал.
- По словам соседей по палате, газы отходят хорошо.
- В графе «внешний осмотр» карты стоматологического больного - беременность 32 недели.
- Предварительный диагноз: ОРЗ. Заключение: ожог левой лопатки.
- Рожать категорически отказалась, мотивируя это слабым здоровьем мужа.
- Головная боль проходит и в выходные дни, и в каникулы, если смотрит телевизор.

ДИАЛОГИ

- Пациент: «Доктор, я вычитал, что шейку матки можно вылечить прополисом». Врач: «Но у вас же ее нет!» Пациент: «Какая разница! Зато есть шейка зуба, может, туда приложить прополис?»
- Пожилая пациентка принесла баночку с мочой на анализ. Лаборантка: «Поставьте в коридоре на полку». Больная: «А ее не украдут?»
- Пациент: «У меня закуска не тот». Врач: «Не закуска, а прикус». Пациент: «Все равно не тот!»
- На приеме в поликлинике МВД врач спрашивает заикающегося пациента, милиционера: «Вы откуда?» Тот отвечает: «Из Г...И...Б...Д...Д». «Ваша фамилия?» - «Г...И...Б...Д...ДУЛЛИН».

РАЗНОЕ

- В неотложке нетрезвый пациент: «Доктор, не зашивайте меня. Я все равно повешусь!»
- Врач-стоматолог (женщина) во время удаления зуба попросила пациента положить голову на грудь, т.е. привести подбородок к груди для удобства манипуляций. Пациент удивленно посмотрел на нее и положил свою голову на ее пышную грудь.
- Другая пациентка написала жалобу на хирурга-стоматолога: «Я целых 15 минут сидела в кресле, а он все это время стирал в тазу какую-то тряпочку» (обработывал антисептическим раствором).

21-я Международная
специализированная
выставка

**XIII Международный
медицинский форум**

**10-12 апреля
2012 ГОДА**

МЕДИЦИНА+



НАШ АДРЕС:

Россия, г. Нижний Новгород,
Всероссийское ЗАО «Нижегородская ярмарка»
ул. Совнаркомовская, 13, офис 225.

Директор форума - Антонова Лидия Ивановна.

(831) 277-55-83.

Факс: (831) 277-51-93.

E-mail: Lia@yarmarka.ru, <http://www.yarmarka.ru>



Журнал издается при поддержке
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

Главный редактор
Е. Н. СТЕПАНОВА
E. N. Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

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

Коммерческий отдел
reclama@healthynation.ru

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

Учредитель и издатель - рекламное
агентство «Красная строка»



Свидетельство о регистрации -
ПИ № ТУ 16-00375.

АДРЕС РЕДАКЦИИ,
УЧРЕДИТЕЛЯ И ИЗДАТЕЛЯ:
420126, РТ, г. Казань, пр. Амирхана, 146.
Тел. редакции:
+7 987 290 12 21
+7 987 290 50 38
www.healthynation.ru

За содержание рекламных материалов
и объявлений редакция ответствен-
ности не несет.

Материалы не рецензируются
и не возвращаются.
Любое использование материалов
журнала допускается только
с письменного разрешения
редакции. Она оставляет
за собой право вносить изменения
в предоставляемые материалы
в случаях их несоответствия
техническим требованиям
и некорректной смысловой нагрузки.

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

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа И-762.

Тираж 3000 экз.

Подписано в печать 29.02.2012.

Отпечатано в типографии

КПКПС, г. Казань, пр. Ямашева,

д. 36, корпус 2.

Распространяется бесплатно.



INDEX КОМПАНИЙ

KARL STORZ GmbH & Co. KG
115114, г. Москва,
Дербеневская наб., д. 7, стр. 4.
Тел.: (495) 983 0240.
Факс: (495) 983 0241.
e-mail: info@karlstorz.ru
www.karlstorz.com

ЗАО «ЗМ Россия»
121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, стр. 3
(бизнес-парк «Крылатские холмы»)
Тел.: (495) 784-74-74.
Факс: (495) 784-74-75.
www.3MRussia.ru/Medical

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

ЗАО «ГАЛС-МТ»
420087, г. Казань, ул. Родина, д. 7.
Тел./факс: (843) 275-83-15.
e-mail: galsmt@list.ru
www.galsmt.ru

ООО «Глазная хирургия Расческов»
420061, г. Казань, ул. Патриса Лумумбы, д. 28а.
Тел./факс: (843) 295-03-03,
204-03-03 (регистрация), 295-14-25.
e-mail: raskovclinic@mail.ru
www.raschekoff.com
**Межрайонный центр глазной хирургии -
филиал клиники «Глазная хирургия
Расческов»**
422050, Республика Татарстан, Сабинский
район, Шемордан, ул. Фрунзе, д. 66.
Тел./факс: (84362) 3-24-80.
e-mail: mcghrt@yandex.ru

ООО Торговая компания «Дельрус-Дез»
420061, г. Казань, ул. Сеченова, д. 17.
Тел.: (843) 273-78-83, 273-78-93.
Факс: (843) 273-15-17.
e-mail: cdd.delrus@mail.ru
www.дельрус-дез.рф

**ОАО «Производственное объединение
«Завод имени Серго»**
422546, Республика Татарстан,
г. Зеленодольск, ул. Привокзальная, д. 4.
Тел.: (84371) 576-36, 536-64, 539-62.
Факс: (84371) 580-18.
e-mail: medic@pozis.ru
www.pozis.ru

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

ООО «КОРЛ»
420059, г. Казань, ул. Даурская, д. 12, а/я 35.
Тел.: (843) 277-88-47, 277-88-57.
e-mail: korl-kazan@mail.ru
www.korl.ru

ООО ТД «ЛИТ»
107076, г. Москва,
ул. Краснобогатырская, д. 44, стр. 1.
Тел.: (495) 733-95-26, 733-95-42.
Факс: (495) 963-07-35.
e-mail: air@npo.lit.ru
www.npo.lit.ru

ООО «Пауль Хартманн»
115114, Россия, г. Москва,
ул. Кожевническая, д. 7/1.
Тел.: (495) 796 99 61.
Факс: (495) 796 99 60.
Телефон горячей линии:
8 800 505 12 12 (бесплатные звонки из любого
региона Российской Федерации).
e-mail: Ru-Mos-hartmann@hartmann.info
www.paulhartmann.ru

**Сеть клиник «Стоматологическая
поликлиника №9 города Казани»**
г. Казань, ул. Гагарина, д. 20а.
Тел.: (843) 510-40-00.
г. Казань, ул. Чистопольская, д. 43.
Тел.: (843) 523-44-88.
г. Казань, ул. Магистральная, д. 83.
Тел.: (843) 278-81-81.
г. Казань, ул. Ломжинская, д. 13.
Тел.: (843) 275-75-75,
www.stomat9.ru

Группа компаний «Тасма»
420095, г. Казань,
ул. Восстания, д. 100.
Тел./факс: +7 (843) 560-53-82,
560-67-76.
marketing@tasma.ru
tasmamed.ru
tasmamed.рф

ООО «Хироу Рус»
121352, г. Москва,
Кузцовский проспект, д. 36, стр. 3,
подъезд 5, офис 216.
Тел./факс: (495) 988-84-82.
e-mail: info@herorus.ru
www.semper-info.ru

ООО «ЭкоМедС-Волга»
420039, г. Казань,
ул. Декабристов, д. 205.
Тел.: (843) 555-70-20, 555-68-00,
555-83-55.
e-mail: info@ecomedsvolga.ru
www.ecomedsvolga.ru



Компактность, мобильность, универсальность – Эндоскопия с TELE PACK X



STORZ
KARL STORZ – ENDOSKOPE
THE DIAMOND STANDARD

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО KARL STORZ GmbH & Co. KG
Россия, 115114, Москва, Дербеневская наб. д. 7, стр. 4. Тел.: +7 495 983 02 40. Факс: +7 495 983 02 41. E-mail: info@karlstorz.ru,
ООО KARL STORZ – Endoskopy WOSTOK. E-mail: kste-wostok@karlstorz.ru, www.karlstorz.ru
KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstrasse 8, D-78532 Tuttlingen/Germany, Phone: +49 (0)7461 708-0, Fax: +49 (0)7461 708-105, E-Mail: info@karlstorz.de
www.karlstorz.com

Начните с «Красной строки»!

Реклама.



Доверяй увиденному...

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

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

Фирменный стиль: от логотипа –
до brand-бука

Наружная реклама: баннеры, вывески,
стендеры

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

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

Презентации: дизайн-макеты,
pre-press