

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

МЕДИЦИНА И СПОРТ

Трехуровневая система медицинского обеспечения массового спорта

14

УНИВЕРСИАДА

Как здравоохранение Казани готовилось к студенческим Играм

21

СТОМАТОЛОГИЯ

Профилактика как путь снижения стоматологической заболеваемости

36

ОБРАЗОВАНИЕ

Точка роста медицинской науки – ее «биологизация»

48

ПАМЯТЬ

Первопроходец страховой медицины

62

МЕДИЦИНА СПОРТИВНЫХ ПОБЕД



«АК ЧЭЧЭКЛЭР»

ОПРЕДЕЛЕНЫ ОСНОВНЫЕ
НОМИНАНТЫ ПРЕМИИ

СТР. 4

Три уровня медицинского обеспечения спорта [14] • Спорт на грани [18] • Здравоохранение Казани – фокус на Универсиаду [21] • Новые технологии в спортивном отборе [24] • Биологический паспорт спортсмена [28] • Врачи Универсиады готовы к победам [32] • Применение комплекса «Варикард 2.51» [34] • Реабилитация и восстановление при спортивных травмах [35] • Стоматология Татарстана: инновационные технологии и профилактика [36] • Вернуть вкус к жизни и белоснежную улыбку [38] • Инфаркт миокарда: цепочка выживания [42] • Сверяясь с мировыми стандартами [44] • Аритмию – к ответу [46] Точки роста биомедицинской науки [48] • Служба крови Татарстана: в ногу со временем [52] • Вирусинактивированная плазма для переливания [54] • Немецкое качество – в медицине [58] • В штатном режиме. Ключевые вопросы обслуживания медицинского оборудования [60] • Абуладзе: известный и неизвестный [62]

Healthy Nation

**Здоровая нация –
сильное государство**



года вместе с вами!



Медицинский
информационно-
аналитический журнал

www.HealthyNation.ru



Айрат ФАРРАХОВ,
министр здравоохранения
Республики Татарстан

Дорогие коллеги!

От всей души поздравляю вас с нашим профессиональным праздником — Днем медицинского работника! Во все времена благородный труд медиков ассоциировался с милосердием, гуманизмом, надеждой на выздоровление. Санитарки и фельдшера, медицинские сестры и фармацевты, врачи, педагоги, готовящие кадры для нужд здравоохранения, руководители и другие специалисты, работающие в отрасли, — каждый вносит свой вклад в общее дело, заботясь о здоровье нации. Это нелегкий труд, требующий полной отдачи душевных сил, сострадания, постоянного совершенствования своих навыков, умений и знаний.

В свете постоянного развития медицинской науки, масштабного обновления материально-технической базы системы здравоохранения врач сегодня должен не просто владеть методиками, обладать определенным базисом, но и быть готовым перенимать передовой опыт, внедрять новейшие технологии диагностики и лечения.

Три года назад при поддержке Министерства здравоохранения Республики Татарстан начал издаваться журнал *Healthy Nation* / «Здоровье нации». За это время *Healthy Nation* приобрел репутацию авторитетного медицинского издания, аккумулирующего экспертные мнения ведущих специалистов как российского, так и международного уровня, отражающего достижения и актуальные вопросы в сфере здравоохранения Республики Татарстан и других регионов Российской Федерации. Журнал стал информационной площадкой для обмена передовым опытом медицинских работников всех уровней — от среднего медперсонала до руководящего звена.

Мы живем в век информационных технологий, и СМИ дают возможность медицинским работникам быть в курсе последних тенденций в профессиональной сфере. Желаю вам никогда не останавливаться на достигнутом, чтобы во всех начинаниях вам сопутствовал успех. Ну и, конечно же, крепкого здоровья, семейного благополучия, гармонии в жизни!

С праздником!



Ак чэчэкляр

лучшие из лучших

Конкурс «Врач года – Ак чэчэкляр» призван поддерживать престиж профессии врача, выявлять лучших представителей медицинского сообщества Республики Татарстан. Из года в год ширится его общественный резонанс, а каждая церемония вручения премии превращается в настоящий праздник для медицинских работников. В этом году конкурс проводится уже в шестой раз. Все претенденты выдвинуты общим собранием коллективов медицинских учреждений, из их числа рабочей группой Минздрава РТ были определены основные номинанты. На сайте ведомства велось голосование за того или иного конкурсанта, мнение интернет-пользователей обязательно будет учтено при определении победителей. Это ответственная и сложнейшая задача традиционно ложится на плечи Общественного совета при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан. Кто станет врачом года? Чья операция заслуживает определения «уникальный случай»? В каком из городов, районов республики живет и работает лучший медицинский работник, врач первичного звена? Ответы на эти вопросы будут даны уже очень скоро. До встречи на премии «Врач года – Ак чэчэкляр»!



Номинанты премии «Врач года - Ак чэйжклар - 2013» «Врач года»



ТАЗИЕВ
Рафкат Мингазович

врач-онколог ГАУЗ
«Республиканский
клинический онкологический
диспансер»



КОРНИЛОВА
Гульзада Махмутовна

заведующая отделением
ГАУЗ «Республиканский дом
ребенка»



КАЗАКОВА
Галина Аркадьевна

врач сурдолог-
оториноларинголог
ГБУЗ «Центр реабилитации
слуха» г. Н. Челны

«Лучший врач первичного звена»



ОХОТИНА
Рамзия Ханифовна

участковый врач-педиатр
ГАУЗ «Альметьевская детская
городская больница
с перинатальным центром»



КАТЕЕВ
Анвар Мугамбарович

врач общей практики
ГАУЗ «Базарно-Матакская ЦРБ»



МАКЛАШЕВА
Елизавета Филипповна

участковый врач-терапевт
ГАУЗ «Городская поликлиника
№ 18» г. Казани

«Уникальный случай»



Группа врачей ГАУЗ
«Республиканская клиническая
больница МЗ РТ»



Группа врачей ГАУЗ
«Детская республиканская
клиническая больница МЗ РТ»



Группа врачей ГАУЗ
«Межрегиональный клинко-
диагностический центр»

«Медицинский работник года»



МАЗИЛОВА
Любовь Ивановна

медицинская сестра
физиотерапевтического
кабинета отделения
вспомогательного лечения ГАУЗ
«Мамадышская ЦРБ»



ЛЕХ
Ирина Григорьевна

медицинская сестра отделения
организации медицинской
помощи детям в образовательных
учреждениях ГАУЗ «Детская
городская поликлиника № 4
им. Ф.Г. Ахмеровой» г. Н. Челны



ШАМСУТДИНОВ
Илмир Габдулхакович

заведующий Нижнеалькеевским
фельдшерско-акушерским
пунктом ГАУЗ «Базарно-
Матакская ЦРБ»

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

14	Три уровня медицинского обеспечения спорта
18	Спорт на грани
21	Здравоохранение Казани – фокус на Универсиаду
24	Новые технологии в спортивном отборе
28	Биологический паспорт спортсмена
32	Врачи Универсиады готовы к победам
34	Применение комплекса «Варикард 2.51»
35	Реабилитация и восстановление при спортивных травмах
36	Стоматология Татарстана: инновационные технологии и профилактика
38	Вернуть вкус к жизни и белоснежную улыбку
42	Инфаркт миокарда: цепочка выживания
44	Сверяясь с мировыми стандартами
46	Аритмию – к ответу
48	Точки роста биомедицинской науки
52	Служба крови Татарстана: в ногу со временем
54	Вирусинактивированная плазма для переливания
58	Немецкое качество – в медицине
60	В штатном режиме. Ключевые вопросы обслуживания медицинского оборудования
62	Абуладзе: известный и неизвестный

ЗДОРОВЪЕ НАЦИИ





Республика Чувашия



Ульяновская область

Рост зарплат – в рамках «дорожных карт»

Вице-премьер Правительства Чувашии – глава Минздравсоцразвития Алла Самойлова приняла участие в брифинге руководителей органов власти, посвященном реализации Указов Президента России от 7 мая 2012 г. «В настоящее время достигнуты целевые показатели повышения заработной платы врачам и средним медицинским работникам», – сказала министр.

- Рост заработной платы врачей по отношению к 2012 году составил 109,4%, соотношение к средней заработной плате по региону достигло 144,5%.
- Средняя заработная плата социальных работников составила 8920 рублей, что в процентном отношении составляет 48,2% к средним показателям по региону. Дальнейшее повышение оплаты труда в социальной сфере и системе здравоохранения будет проводиться в рамках реализации «дорожных карт».

Отдельно был поднят вопрос кадрового дефицита на селе. По словам Аллы Самойловой, в рамках федеральной программы «Земский доктор» в сельских учреждениях здравоохранения начали работать 132 молодых врача. В целях повышения качества медицинских услуг существенно улучшена материально-техническая база ЛПУ, организована работа трехуровневой модели оказания медицинской помощи, что обеспечивает ее доступность каждому жителю.

«За здоровую Чувашию»

Форум по профилактике неинфекционных заболеваний с таким названием состоялся в середине мая в Чувашском драматическом театре им. К. В. Иванова. В своем приветственном слове председатель Кабинета министров Чувашии Иван Моторин подчеркнул важность приобщения к здоровому образу жизни с молодого возраста. Для этого в регионе создаются условия для массовых занятий физкультурой, принимаются меры, нацеленные на снижение потребления алкоголя и табака.

Главной темой форума стал межсекторальный подход к вопросам охраны здоровья населения, представлены программы по формированию здорового образа жизни, борьбе с табакокурением и организации здорового питания. Как отметила министр здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Алла Самойлова, здоровье человека и продолжительность его жизни только на 10% определяются состоянием здравоохранения и качеством оказываемой медицинской помощи, еще 10% – это наследственность, на 20% здоровье зависит от состояния внешней среды и природно-климатических факторов.

В рамках форума на площади перед театром работали здоровьесберегающие площадки. Все желающие получили возможность пройти скрининг-диагностику для выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний, проконсультироваться по вопросам профилактики.

Цели и задачи – в декларации

В Национальной библиотеке Чувашской Республики региональное Минздравсоцразвития провело публичную декларацию целей и задач ведомства, в ходе которой были озвучены итоги реализации Программы модернизации здравоохранения и перспективы дальнейшего развития. В обсуждении значимых вопросов приняли участие представители общественных организаций медицинских работников и системы образования, творческих объединений и профсоюзов, обществ инвалидов и СМИ.

Среди затронутых тем – формирование трехуровневой системы здравоохранения, разработка региональной программы «Развитие здравоохранения», всеобщая диспансеризация населения, повышение качества и доступности медицинской помощи в сфере родовспоможения, повышение доступности социальных услуг.

Открытость министерства, конструктивный информационный обмен являются теми основами, на базе которых будут проводиться дальнейшие качественные преобразования в отрасли – такой вывод был сделан по итогам мероприятия.

Открылся обновленный Центр реабилитации

«Создание такого центра на базе Ульяновского областного кардиодиспансера – серьезный шаг на пути формирования полноценной службы данного профиля в регионе», – отметил губернатор области Сергей Морозов во время посещения учреждения. Капитальный ремонт центра реабилитации выполнен в рамках Программы модернизации здравоохранения. На эти цели направлено порядка 42 млн рублей. Реабилитационный центр рассчитан на 70 коек. В его состав входят неврологическое и кардиологическое отделения, а также отделение заболеваний опорно-двигательного аппарата. Учреждение оснащено современным медицинским оборудованием, в том числе магнитотерапевтическим аппаратом, концентратором кислорода, реабилитационной и лабораторной техникой. По поручению главы региона центр приспособлен для маломобильных категорий населения. На полную мощность центр реабилитации должен выйти 1 июля. В год планируется принимать около тысячи пациентов.

Программу развития здравоохранения одобрили

В апреле в Нижнем Новгороде состоялось совещание по реализации региональных программ развития здравоохранения до 2020 года в ПФО, на котором была представлена и получила одобрение программа Ульяновской области.

По словам министра здравоохранения региона Валентины Карауловой, в программу постарались включить все «болевые точки», такие как замену изношенного оборудования, решение проблемы дефицита кадров, мероприятия, направленные на снижение заболеваемости населения. Документ включает в себя 10 подпрограмм: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации», «Развитие государственно-частного партнерства», «Охрана здоровья матери и ребенка», «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям», «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям», «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях», «Развитие информатизации в здравоохранении», «Совершенствование системы территориального планирования». Общий объем финансирования программы до 2020 года ориентировочно составит 276 млрд рублей.

Актуальные вопросы практического здравоохранения

Более тысячи человек приняли участие в 48-й Межрегиональной научно-практической медицинской конференции в Ульяновской области. Она объединила медицинских и научных работников, главных врачей ЛПУ, представителей медицинских учебных заведений, руководителей медицинских компаний из Ульяновской области, Москвы, Самары, Пензы, Саратова, Волгограда, Рязани, Санкт-Петербурга, Ставрополя, Чебоксар, Казани.

«Ежегодная медицинская конференция в Ульяновской области – одно из важнейших событий для медицинского сообщества, здесь поднимаются наиболее актуальные вопросы практического здравоохранения», – отметил участник конференции, декан медико-профилактического факультета Самарского государственного медицинского университета Игорь Березин. В ходе секционных и пленарных заседаний обсуждались такие темы, как доступность и качество оказания медицинской помощи, обязательное медицинское страхование, организация акушерско-гинекологической помощи, информационные технологии, кадровое обеспечение системы здравоохранения.



Республика Башкортостан



Самарская область

Здравоохранение приблизилось к селу

16 мая состоялась торжественная вручение ключей от 11 передвижных медицинских комплексов, созданных по модульному принципу. При необходимости они могут быть быстро развернуты в современную клинику, обеспечивая комфортные условия для медицинского персонала и пациентов.

– Это поистине «поликлиники на колесах», – так охарактеризовала новинку вице-премьер Правительства РБ Лилия Гумерова. – Они послужат для оказания специализированной помощи в самых отдаленных населенных пунктах нашей республики».

Девять передвижных комплексов «Центр здоровья» имеют общую стоимость 148,5 млн рублей. В 33 млн рублей обошлись два мобильных комплекса «Детское здоровье» с единым программно-аппаратным обеспечением для проведения массовой диспансеризации. Опыт использования передвижных модулей на базе Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова был высоко оценен на федеральном уровне.

«Туризм. Спорт. Отдых. Здравницы»

XIV Межрегиональная специализированная выставка под таким названием прошла в Уфе. Первый заместитель министра здравоохранения РБ Александр Афанасьев отметил: «Для того, чтобы люди были здоровыми, надо уделять особое внимание на профилактику заболеваний. Профилактика – это и спорт, и туризм, и активный образ жизни. Поэтому все усилия необходимо сконцентрировать на дальнейшем развитии этих направлений».

Башкортостан обладает уникальным потенциалом для развития туризма. В республике есть многочисленные целебные источники, грязи и многое другое, в связи с чем восстановительное лечение можно получить практически по всем профилям заболеваний. Для ознакомления с ними посетителей выставки «Туризм. Спорт. Отдых. Здравницы» Минздрава республики был представлен широкий спектр материалов о санаторно-курортном лечении как взрослых, так и детей. Свои экспозиции развернули около 150 предприятий и фирм Башкортостана, Урала, Поволжья и других субъектов России. Санатории и профилактории, базы отдыха и спортивные лагеря республики и других перспективных регионов представили различные решения для оздоровления населения.

Мастер-класс Рената Акчурина

Впервые в Уфе на базе Республиканского кардиологического диспансера прошла операция протезирования аортального клапана с использованием бесшовного биологического протеза. Мастер-класс провел руководитель отдела сердечно-сосудистой хирургии НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова Ренат Акчуринов. Операция дает возможность поставить искусственный клапан, который прослужит минимум 15 лет, больным с тяжелым поражением аортального клапана и с такими сопутствующими заболеваниями, как сахарный диабет и ожирение. Клапан на основе биологической ткани после вставки расширяется и таким образом крепится внутри аорты, его не надо пришивать.

«Нам очень приятно принимать в Башкортостане специалистов российского уровня. Это дает нам возможность показать уровень достижений здравоохранения республики и, самое главное, перенять опыт мастеров, получить оценку со стороны выдающихся специалистов. Это дает свои результаты – мы внедряем новые методы оперативных вмешательств, что способствует улучшению качества и доступности оказания специализированной медицинской помощи населению», – отметил министр здравоохранения РБ Георгий Шебаев.

Медицина на расстоянии

В Самарской областной клинической больнице им. Калинина прошел сеанс телемедицины с Сергиевской ЦРБ. Больному с инсультом провели компьютерную томографию и сразу передали снимок в областную клинику, где консилиум в составе рентгенолога, нейрохирурга и невролога высшей категории определили, какие первоочередные меры необходимо принять, чтобы спасти пациенту жизнь и здоровье. В Самарской области 16 лечебных учреждений оснащены оборудованием, которое позволяет осуществлять связь между специалистами крупных областных больниц и ЛПУ городов и сельских районов. Техническим оператором и координатором всей работы в области телемедицины стал Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ), который, по мнению экспертов из Совета Федерации России, является одним из передовых учреждений, успешно внедряющих новые информационные технологии в практическую медицину.

Оценили опыт области в лечении инфарктов

В Самарской области состоялось выездное заседание Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему: «Совершенствование методов профилактики и лечения острого коронарного синдрома». Его провели первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Лариса Пономарева и председатель Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике Виталий Омеляновский. Среди участников заседания – ведущие кардиологи российских федеральных центров, а также специалисты из ряда регионов. По словам Ларисы Пономаревой, не случайно Экспертный совет проводит встречу кардиологов страны именно в Самаре: здесь хорошо видна положительная динамика в снижении смертности от инфаркта миокарда, намечены и реализуются серьезные меры по улучшению качества и повышению доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения. Подводя итоги заседания, кардиологи страны приняли решение обобщить опыт Самарской и Свердловской областей, Республики Татарстан и разработать методику определения потребностей регионов в необходимости строительства и перепрофилирования кардиологических центров, приспособленных для организации чрескожных коронарных вмешательств, исходя из потребностей региона, транспортной сети и условий дорожного движения, а также в обучении и подготовке медицинских кадров.

Поддержи любимого врача!

С 24 мая по 5 июля в Самарской области проходит конкурс «Мой любимый детский врач». В регионе проживают почти 545 тысяч детей. Их лечение, реабилитацией, профилактикой болезней занимаются около тысячи педиатров, в поликлиниках работают 549 участковых детских врачей. Молодые доктора стали уходить из профессии из-за страха перед общественным мнением, которое в последнее время негативно оценивает работу медиков, и сегодня укомплектованность педиатрами в регионе составляет 63%. «Работа педиатра сложна и требует огромной ответственности, – подчеркнул заместитель министра здравоохранения Самарской области Сергей Кузнецов, – поэтому мы надеемся, что с помощью конкурса нам удастся напомнить всем жителям о той самоотверженной, нелегкой службе, которую несут в губернии детские врачи, а также отметить настоящих подвижников».

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

16+

Healthy Nation

Новости | Календар | Ссылки | Контакты

191 Май 2012

191 Апрель 2012

191 Сентябрь 2011

ГЛАВНОЕ

Новости

События

Тренинги

Специальные выпуски

Healthy Nation

Журнал «Здоровье»

Healthy Nation

Октябрь 2012

Healthy Nation

Сентябрь 2012

RSS-лента

Новости

Депрессия

Заболевания

Педиатрия

Гинекология

Онкология

Стоматология

Инфекционные заболевания

Аллергология

Голосование

Вопросы и ответы

Педиатрия

Суставы - вторую жизнь

Передовые решения задач интенсивной терапии

7 современных заболеваний имеют серьезные осложнения в отношении контроля состояния пациента. Среди них: гипертония, сахарный диабет, почечная недостаточность, пневмония, острый коронарный синдром и др.

Новый подход в решении проблемы рестенозов - баллоны с лекарственным покрытием

Телемониторинг кардиопациентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных

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

Важное звено кровообращения

Почечная недостаточность является частой причиной смерти у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Интервью Валерия Чисова

Самым важным аспектом работы кардиолога является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.

Соннолюбопытные + гистологические

Соннолюбопытные - это состояние, при котором человек засыпает в необычных местах.

Суставы - вторую жизнь

Суставная хирургия является одним из самых динамично развивающихся направлений в современной медицине.

Скрытая угроза

Ишемическая болезнь сердца является основной причиной смерти в развитых странах.

Под контролем УЗИ-датчиков

Использование ультразвуковых датчиков позволяет контролировать состояние пациента во время операции.

Голосование

Как вы оцениваете свой сайт журнала Healthy Nation?

Отлично

Хорошо

Средне

Плохо

Не могу оценить, не читал журнал

Голосовать

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

Healthy Nation

www.HealthyNation.ru



Реклама.

Healthy Nation

в курсе последних тенденций в здравоохранении



Журналу **Healthy Nation / «Здоровье нации»** исполнилось три года. С самого первого выпуска и по сей день редакция издания делает все, чтобы медицинские работники, специалисты, руководители здравоохранения получали объективную, актуальную и полезную информацию. Спасибо, что вы были с нами все это время, принимали участие в подготовке материалов, делились своим опытом.

В честь трехлетия журнал **Healthy Nation** запускает конкурсы для медицинских работников, планируется проведение интерактивных мероприятий и многое другое.

Подробности - скоро на сайте издания www.HealthyNation.ru

НОВОСТИ ТАТАРСТАНА

Здоровье или табак



IV Всероссийский форум с таким названием прошел в Казани. Организаторами мероприятия выступили Госдума РФ, Минздрав РФ, РАМН, ВОЗ, Правительство РТ. В работе форума приняли участие более 350 представителей федеральных министерств, научно-исследовательских институтов, органов государственной и исполнительной власти субъектов ПФО, ведущие специалисты министерств и ведомств Республики Татарстан, а также зарубежные эксперты в области борьбы с табакокурением. По оценкам специалистов, масштабы употребления табака в России и распространенность связанных с этим заболеваний продолжают расти. Ежегодно в нашей стране курение убивает более 400 тысяч человек, около 80% населения подвергается ежедневному пассивному курению. На форуме были обсуждены вопросы реализации Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», в том числе по борьбе с курением в общественных местах, среди молодежи, организации оказания гражданам помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение зависимости и последствий.

Перспективы трансфузиологии



В ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» г. Казани состоялась II Всероссийская научно-практическая конференция «Трансфузиология XXI века: проблемы, задачи, перспективы развития». В мероприятии приняли участие 135

человек, среди которых врачи-клиницисты, научные работники, организаторы здравоохранения Республики Татарстан, Уфы, Йошкар-Олы, Самары, Оренбурга.

На конференции был рассмотрен широкий круг вопросов, посвященных организации трансфузиологической службы, развитию донорства, проблемам введения жидкостей в организм человека, гомеостаза, клиническим показаниям, методам проведения, заготовке, фракционирования крови, иммунологическим аспектам и т. п.

В аэропорту прошли учения



На территории Международного аэропорта «Казань» прошли специальные учения по отработке обследования и госпитализации больных с подозрением на опасную инфекционную болезнь. Были привлечены специалисты Минздрава РФ, МЧС РФ, Федерального медико-биологического агентства, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей

и благополучия человека, Минздрава РТ и ряда других ведомств России и Татарстана.

В ходе учений проверялись исполнение комплексного плана мероприятий по санитарной охране Казани от заноса и распространения опасных инфекционных болезней, отработка мер по изоляции, оказанию медицинской помощи выявленным пациентам и контактным лицам, межведомственное взаимодействие, организация оказания медицинской помощи пациентам в инфекционных больницах, отделениях, расположенных в Казани.

Новые возможности борьбы с раком

Президент РТ Рустам Минниханов посетил Центр ядерной медицины при Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ.



Главе Татарстана было представлено новейшее отделение позитронно-эмиссионной томографии. Федеральное финансирование этого проекта составило 402,7 млн рублей, софинансирование со стороны Республики Татарстан – 500 млн рублей.

В 2011-2012 годах было построено новое здание для отделения радионуклидной терапии общей площадью 1785,5 кв. м и смонтировано высокотехнологичное медицинское и технологическое оборудование. В ПЭТ-центре размещены лаборатория синтеза радиофармпрепаратов с циклотроном и два ПЭТ-КТ сканера. Для завершения работ в 2012 году из бюджета республики дополнительно выделено 80,3 млн рублей. Оборудование ПЭТ-отделения введено в эксплуатацию, начато его опытное применение, недавно были сделаны первые исследования у пациентов. В настоящее время проводятся обучение персонала и отработка всего производственного цикла.

РСПК МЗ РТ стала «СоУчастником»

Республиканская станция переливания крови МЗ РТ получила премию «СоУчастие» за вклад в развитие донорского движения.



Премия учреждена НФ «Национальный фонд развития здравоохранения» и Координационным центром по организации, развитию и пропаганде добровольного донорства крови при Общественной палате Российской Федерации. В этом году было рассмотрено 77 заявок из 39 регионов РФ.

В номинации «Может только человек» за вклад в привлечение внимания общества к вопросам донорства крови, развития донорского движения, новаторство и оригинальность к подаче социальной проблемы первое место было присуждено ГАУЗ «Республиканская станция переливания крови МЗ РТ». Представленный проект – Соглашение о социальном сотрудничестве между ГАУЗ «РСПК МЗ РТ» и религиозными конфессиями Республики Татарстан.

По инфекционным причинам

В IT-парке состоялась Республиканская научно-практическая конференция «Инфекция и соматическая патология».



В ней приняли участие врачи различных специальностей: инфекционисты, эпидемиологи, терапевты, педиатры, врачи общей практики, неврологи, реаниматологи, кардиологи. В рамках конференции был рассмотрен широкий круг вопросов, связанных с диагностикой и лечением заболеваний, ассоциированных с инфекционными причинами.

Главной целью, поставленной перед участниками мероприятий, стала попытка «очертить» круг такого рода патологий. В этом плане важен не только обмен опытом, но и определенная консолидация в работе врачей различных специальностей, что будет способствовать разработке общих подходов к диагностике и лечению подобных болезней.

A photograph of three female athletes running on a red track. The athlete in the foreground is wearing a black singlet and has blonde hair tied back. Two other athletes in red singlets are running behind her. The background is blurred, showing a green field and a blue sky.

ТЕМА НОМЕРА:

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ТРИ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПОРТА



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ, ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПО СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ, АКАДЕМИКА РАЕН И РАМНТ, ПРОФЕССОРА, Д.М.Н. БОРИСА ПОЛЯЕВА
ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION.

- Борис Александрович, каковы сегодня наиболее актуальные вопросы в сфере спортивной медицины?

- Основные вопросы спортивной медицины я бы разделил на два больших блока. Во-первых, это подготовка наших ведущих спортсменов к важнейшим стартам, таким как сочинские Олимпийские и Паралимпийские игры, Универсиада. Во-вторых, это развитие массового спорта.

Оба блока вопросов связаны друг с другом. История развивается по спирали. Расцвет нашей спортивной медицины приходился на 80-е годы прошлого века, когда в Москве проходила Олимпиада. Сегодня у нас есть надежда, что таким же толчком для развития станет Олимпиада в Сочи и другие международные соревнования. Этому способствует целый ряд поручений, данных президентом и правительством

Российской Федерации. Развитию массового спорта, занятиям физкультурой уделяется большое внимание. В России функционирует большое количество спортивных клубов, секций, фитнес-центров. У нас много спортсменов высоких категорий, не являющихся при этом членами сборных команд. Они испытывают большие физические нагрузки и поэтому должны в обязательном порядке получать медицинское сопровождение.

В советские времена у нас существовала очень сильная врачебно-физкультурная служба. Она была уникальна, и этот опыт впоследствии был тиражирован в Китае, Германии. Во время перестройки многое было утрачено. Специализированных диспансеров стало существенно меньше, качество их работы снизилось. В ноябре прошлого года состоялся Совет



при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта, на котором Владимир Путин дал поручение главам всех регионов восстановить систему врачебно-физкультурных диспансеров (ВФД).

Сегодня существует диспропорция между количеством лиц, занимающихся физической культурой, массовым спортом, и числом людей, которые наблюдаются во ВФД. Согласно официальной статистике Министерства спорта РФ первых — 20 млн, вторых — всего около 5 млн. При этом очевидно, что каждый человек должен быть обследован, врач обязан убедиться, что у него нет противопоказаний для занятий именно этим видом спорта, и только после этого может выдаваться допуск. Для детей и подростков особенно важно отсутствие противопоказаний, обязательно должно проводиться динамическое наблюдение.

В этом и есть основная функция врачебно-физкультурных диспансеров. Сегодня строится множество спортивных сооружений, возможностей для привлечения людей в массовый спорт становится все больше, а врачебно-физкультурная служба просто не успевает за этим потоком.

- Связано ли это, в том числе, с нехваткой врачебных кадров в сфере обеспечения массового спорта?

- Да, нехватка есть. Но она наблюдается не только в спортивной медицине, но и практически по всем другим специальностям. Существуют два пути для подготовки соответствующих кадров. Первый — когда после окончания медицинского вуза человек проходит ординатуру и после двух лет обучения получает специальность «спортивный врач». Второй — когда врач другой специальности проходит профессиональную переподготовку, которая длится 550 часов.

Сегодня кое-какие подвиги уже наметились. Наши усилия по популяризации этого направления в преддверии больших спортивных

форумов дали свои результаты. Еще два года назад в России было около 2500 спортивных врачей, сейчас — порядка 4000, общее количество увеличилось почти в два раза. Сама по себе специальность «спортивный врач» чрезвычайно интересна — здесь есть возможность получить новый жизненный и медицинский опыт, она интегральная, нужно знать обо всем понемногу, уметь принимать нестандартные решения.

Представьте себе, врач выехал за рубеж на сборы со своей командой. Это 20 человек, за здоровье которых он отвечает, каждый из них может заболеть той или иной болезнью, получить травму. Для того, чтобы справиться с поставленной задачей, врач должен быть мультидисциплинарным специалистом, знать, как проводятся восстановительные мероприятия, особенности спортивного питания и многое другое.

- В одном из своих интервью вы говорили, что фундаментом для дальнейшего развития спортивной медицины является создание соответствующей нормативно-правовой базы. Какие шаги в этом направлении были предприняты в последнее время?

- В этом плане нам в определенном смысле удалось сдвинуться с мертвой точки. В 2010 году Минздравом РФ был принят Порядок по медицинскому обеспечению физкультурных и спортивных мероприятий. Это очень большой и емкий документ, в котором все детально прописано: функциональное наполнение диспансеров, штатное расписание и многое другое.

Второй большой Порядок, который был утвержден совсем недавно, посвящен медицинскому и медико-биологическому обеспечению сборных команд России и их ближайшего резерва. Сейчас в Министе РФ проходит регистрацию третий Порядок, посвященный вопросам медицинского



обеспечения детей, занимающихся физической культурой и спортом. После его принятия можно будет сказать, что правовое поле спортивной медицины закрыто. Это большой прорыв. Теперь мы приступаем к разработке стандартов оказания медицинской помощи в спорте, квалификационным требованиям и т.п.

- Каковы главные составляющие успеха в медицинском обеспечении крупных международных спортивных мероприятий?

- Для любых крупных спортивных соревнований, таких как Чемпионат мира по футболу, Олимпийские игры, Универсиада, существуют медико-технические руководства, разработанные организаторами — Международным олимпийским комитетом, FIFA, FISU. В них четко прописано, как все должно быть организовано. И, например, медицинская комиссия оргкомитета по подготовке Олимпийских игр в Сочи, в которую я вхожу, четко следует этим руководствам. При этом в каждой стране решается по-разному, какими силами, за счет каких ресурсов они будут обеспечены. Это не только спортивные врачи, но и персонал клиник, бригады скорой медицинской помощи, студенты-медики, работающие на добровольных началах.

Говоря об особенностях российского подхода к масштабным спортивным мероприятиям, могу отметить высокий уровень подготовки Казани к Универсиаде. Я побывал на многих студенческих Играх и могу сказать, что с точки зрения медицинского обеспечения такого нигде в мире не было. Здесь построены шикарные медицинские центры, подготовленные для приема любых неотложных случаев, — Республиканская клиническая больница,

Детская республиканская больница. Все просчитано до мелочей, в том числе транспортные потоки (так называемая дорожная карта), подготовлены волонтеры. Все имеющиеся ресурсы будут привлечены к медицинскому обеспечению Универсиады. Видимо, это особенность нашего менталитета — делать так, как ни у кого не было. В то же время — это не просто пресловутая широта российской души, мы строго придерживаемся требований международных руководств.

- Какие перспективы и основные точки роста спортивной медицины в России вы могли бы отметить?

- Мы хотим выстроить трехуровневую систему медицинского обеспечения занятий физкультурой и массовым спортом. На первом уровне должно находиться головное учреждение — центр спортивной медицины при Минздраве РФ. Он будет выполнять координирующие функции, разрабатывать методологию и т. д.

Второй уровень — федеральные центры спортивной медицины в каждом из российских округов. Они должны транслировать те разработки, которые были сделаны в головном учреждении.

Третий уровень — областные, краевые, республиканские ВФД, которые должны покрывать все потребности своего региона.

Сейчас каждый регион решает вопросы медицинского обеспечения спорта на свое усмотрение, головное учреждение могло бы взять на себя координирующие функции, проводить единую линию на каждом из уровней. Сегодня этот вопрос находится в стадии решения.

16+

JAEGER

Современная аппаратура
экспертного класса
для кардиореспираторной диагностики
предоставляет широкие возможности
по исследованию сердечно-сосудистой
системы, системы внешнего дыхания
и метаболических процессов
в организме человека
в едином комплексе.

ПОМОГАЕМ СПОРТСМЕНАМ СТАТЬ ЧЕМПИОНАМИ

Оборудованием Erich Jaeger
оснащены ведущие российские
клиники и спортивные центры.

Москва: Московский научно-практический
центр спортивной медицины, Центр
восстановительной медицины и реабилитации.

Санкт-Петербург:

НИИ кардиологии им. Алмазова,
Всероссийский центр экстренной
и радиационной медицины.

Новосибирск: НИИ нормальной физиологии
СО РАМН-НИИ клинической иммунологии.

Уфа: Республиканская клиническая
больница им. Г.Г. Куватова.

Чита: Центр спортивной медицины.

Великие Луки: Всероссийская
академия физической культуры.



**Высокая мобильность средств
диагностики;** простота использования
(в том числе возможность проведения
исследования средним медицинским
персоналом). Соответствие современным
требованиям в области хранения,
передачи и безопасности
данных исследования.

Спортивная медицина -
контроль поддержания спортивной
формы, контроль тренировок в спорте
«высоких достижений», разработка
оптимальных режимов питания
и тренировки, степень переносимости
физической нагрузки,
специализированные спортивные
исследования и т.д.

**Интенсивная терапия - коррекция
режима и состава питания**
пациентов на основании исследования
основного обмена. Профилактика
и реабилитация-диспансеризация,
медицинские освидетельствования,
контроль и коррекция терапии в ходе
реабилитации, степень переносимости
физической нагрузки.

МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ

Оптимальные решения для клиник любого масштаба

ЗАО «Медицинские системы» - официальный представитель на территории Российской Федерации и стран СНГ
CareFusion, Cardinal Health, VIASYS Healthcare, Erich Jaeger, Nicolet Biomedical, MagStim, NeuroCom Inc., NexStim.

Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41 (МАПО). Тел./факс: +7 812 3272686, +7 495 7370937.

Москва, 1-й Басманный пер. 5/20, строение 2, офис 40. Тел./факс: +7 495 6087185, +7 495 7970937.

Казань, ООО «ЭРТЕКС» +7 843 2771323, +7 917 2591063, kuliktn@rambler.ru

<http://www.medsystems.ru>, <http://www.jaeger.ru>, info@medsystems.ru

Фарида ТАХАВИЕВА,
профессор кафедры неврологии
и реабилитации КГМУ, д.м.н.

СПОРТ НА ГРАНИ



ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ FRIEDMAN M. (1973 Г.) ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В СПОРТЕ (ВС) - ЭТО СМЕРТЬ, НАСТУПИВШАЯ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВО ВРЕМЯ НАГРУЗОК И В ТЕЧЕНИЕ 24 ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОЯВЛЕНИЯ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ, ЗАСТАВИВШИХ ИЗМЕНИТЬ ИЛИ ПРЕКРАТИТЬ СПОРТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ. В РОССИИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТСУТСТВУЕТ РЕГИСТР ВС, ОДНАКО МНОГИМ ЗАПОМНИЛСЯ ОЛИМПИЙСКИЙ ЧЕМПИОН, ФИГУРИСТ СЕРГЕЙ ГРИНЬКОВ, КОТОРЫЙ СКОНЧАЛСЯ ПРЯМО НА ТРЕНИРОВКЕ, ВСЕ ПОМНЯТ ХОККЕИСТА АЛЕКСЕЯ ЧЕРЕПАНОВА, КОТОРЫЙ В СВОИ 19 ЛЕТ УМЕР НА МАТЧЕ ИЗ-ЗА ОСТАНОВКИ СЕРДЦА.



астота внезапной смерти при занятиях спортом в разных странах варьирует. Так, в США этот показатель составляет 2,6 у мужчин и 1,1 у женщин на 100 000 спортсменов в год (D.Corrado et al., 2005 г.), во Франции - 6,5/100 000, в Чили - 4/100 000 (F.Diaz, 2010), в Норвегии - 0,9/100 000 (Solberg E.E., 2010), в Италии -

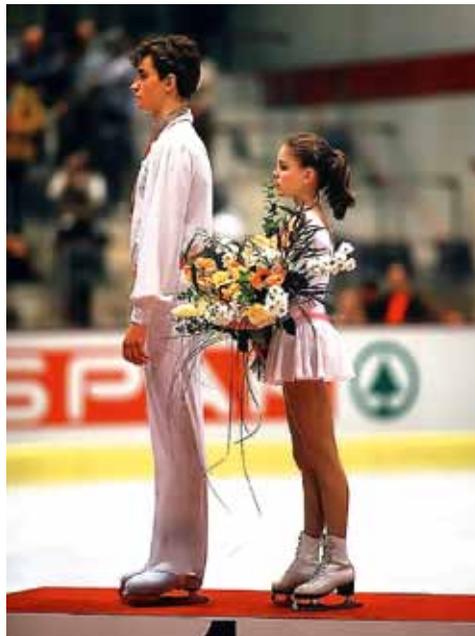
0,4/100 000. В среднем же по популяции частота ВС - 1,0/100 000. Причем необходимо отметить, что 91-97% умерших спортсменов являются лицами мужского пола, а их средний возраст составляет 27-28 лет. По данным Национального регистра США по внезапной смерти у юных спортсменов, ежегодно регистрируется до 115 случаев ВС, т. е. каждые 3 дня в США внезапно умирает молодой человек, вовлеченный в организованный спорт и ежегодно число случаев ВС в спорте в США увеличивается на 6%.

В зависимости от видов спорта наибольшее число случаев ВС в Европе было зарегистрировано при занятиях футболом (до 40%). В марте 2005 года FIFA распространила заявление о создании новых стандартов, касающихся медицинского обследования футболистов для профилактики ВС, поскольку накануне в один сезон прямо на соревнованиях на поле умерли три игрока: Миклош Фехер (игрок сборной Венгрии), Марк Вивьен Фоз (полузащитник сборной Камеруна), Недžad Ботонич (словенский голкипер). Президент FIFA Зепп Блаттер заявил: «Надо установить некие новые стандарты... Недостаточно сделать кардиограмму и по ее итогам давать человеку добро на занятия футболом».

По данным Национального института сердца (Миннеаполис), 93% причин ВС у молодых спортсменов составляет сердечная смертность



В 1967 году во время велогонки Тур де Франс скончался Томми Симпсон, употреблявший амфетамины.



Фигурист Сергей Гриньков умер на тренировке в 1995 году.



В 2004 году во время матча остановилось сердце футболиста сборной Венгрии Миклоша Фехера.

и 7% - иные случаи (2% - бронхиальная астма, 1,5% - тепловой удар, 1% - травмы, 1% - передозировка препаратов, 1,5% - другие причины). Поскольку кардиологические причины привалируют, появился термин «внезапная сердечная смерть» (ВСС). В анализе, проведенном В. Maron (2006), у 36% внезапно погибших спортсменов на вскрытии была выявлена гипертрофическая кардиомиопатия, в 6% случаев - миокардит, в 4% - аритмогенная дисплазия/кардиомиопатия правого желудочка, у 2% - дилатационная кардиомиопатия. У 17% были определены аномалии строения коронарных сосудов, 3% - атеросклеротические изменения, 3% - ионные каналопатии, у 4% спортсменов единственной находкой был пролапс митрального клапана. В 3% случаев никакой патологии со стороны сердца выявлено не было.

На сегодняшний день предложены рекомендации группы экспертов American Heart Association «12 шагов» для предупреждения внезапной сердечной смерти у спортсменов (2007), включающие в себя сбор анамнеза и физикальное исследование.

Анамнез:

1. боли в груди/дискомфорт при нагрузке;
2. внезапные обмороки/предобмороки;
3. головокружения на фоне нагрузки;
4. шумы сердца;
5. высокое АД (>140/90 мм рт. ст. более чем при одном измерении).

Семейный анамнез:

1. внезапная смерть родственников до 50 лет;
2. близкие родственники до 50 лет, страдающие кардиоваскулярными заболеваниями;
3. наличие у родственников КМП, СУИОТ, синдрома Марфана, АДПЖ и других заболеваний с риском опасных аритмий или поражения артерий сердца.

Физикальное обследование:

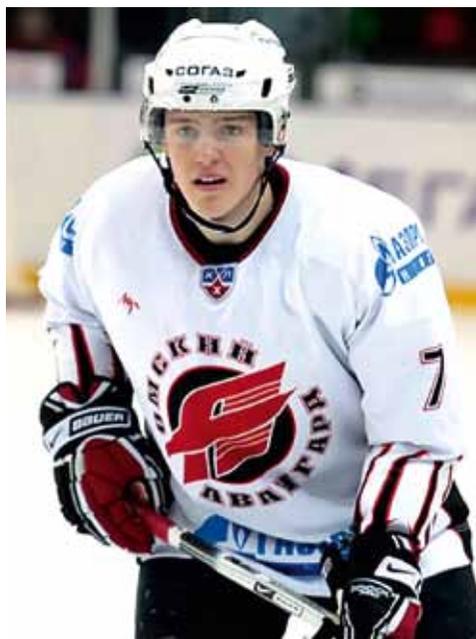
1. шумы сердца;
2. пульс на бедренных артериях;
3. проявление синдрома Марфана;
4. измерение АД (в положении сидя).

Однако отмечается, что 80% умерших спортсменов не предъявляли жалоб и не имели семейного анамнеза высокого риска внезапной смерти.

Европейский протокол кардиологического обследования молодых спортсменов включает также проведение электрокардиографии с последующим дополнительным обследованием в случае выявления патологии.

Итальянский протокол включает проведение ЭКГ и эхокардиографии. Введение этого протокола в 1980 году привело к резкому снижению внезапной смерти спортсменов в Италии. Относительно мнения FIFA о недостаточности одной только ЭКГ для оценки состояния футболиста можно сказать, что эта методика обследования способна прояснить ряд существенных моментов. Нужно отметить, что электрокардиограмма должна анализироваться специалистом, работающим в области спортивной медицины, так как каждая вторая ЭКГ спортсмена с точки зрения врача обычного стационара является патологической.

На сегодняшний день в России действует приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.08.2010 N 613н, в котором сказано, что проведение ЭКГ и ЭхоКГ является обязательным элементом углубленного медицинского обследования и допуска спортсменов вне зависимости от уровня мастерства. Разработаны также Национальные рекомендации по допуску к занятиям спортом и участию в соревнованиях спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы (2011 г.).



Хоккеист Алексей Черепанов скончался во время матча в 2008 году.



В 2011 году бывший защитник футбольной сборной Японии Наоки Маэда скончался в больнице через два дня после сердечного приступа, который случился с ним на тренировке.



В 2012 году грузинский саночник Нодар Кумариташвили во время тренировки в Уистлере вылетел с трассы и ударился о железный столб, спортсмен скончался, не приходя с сознание.

Ключевые положения Рекомендаций:

- 1) Поиск и отстранение от занятий спортом спортсменов со скрытыми сердечно-сосудистыми отклонениями – эффективный способ снижения риска внезапной смерти.
- 2) Врач по лечебной физкультуре и врач по спортивной медицине имеют право отстранить спортсмена от занятий спортом при высоком риске внезапной смерти.
- 3) Предварительный скрининг – основа для поиска сердечно-сосудистых отклонений у спортсменов.
- 4) Разделение изменений на ЭКГ на две группы позволяет увеличить эффективность предварительного скрининга.
- 5) Чаще всего дифференциальный диагноз необходимо проводить между спортивным сердцем и такими кардиомиопатиями, как гипертрофическая, дилатационная и аритмогенная дисплазия правого желудочка.

Однако на практике очень трудно отстранить спортсменов, добившихся высоких результатов, от продолжения спортивной карьеры даже при наличии установленных и осознаваемых ими самими сердечно-сосудистых рисков, поскольку немаловажную роль играют профессиональные, экономические и другие мотивы.

Смерть может наступить и вследствие травм. Это, в частности, небызвестная всем российским поклонникам футбола смерть вратаря команды ЦСКА и сборной Украины Сергея Перкуна от черепно-мозговой травмы, полученной по ходу матча. В качестве другого примера можно привести смерть 28-летнего вратаря команды «Муниципаль» (Гватемала) Хосе Дани Ортиса, наступившую от удара в грудь. Здесь, по всей видимости, имела место остановка сердца вследствие резкого сильного удара в рефлексогенную зону, которой является прекардиальная область.

В спортивно-медицинской литературе такие случаи описываются под названием «commotio cordis» (сотрясение сердца). Тот факт, что для остановки сердца человека при ударе в рефлексогенную зону необходимо иметь какую-либо сердечную патологию, остается недоказанным. Скорее, наоборот, часто на вскрытии не обнаруживаются изменений сердца, которые могли бы существенно повлиять на прогноз. Рефлексогенной зоной не обязательно является прекардиальная область; ею могут быть и зоны проекции солнечного сплетения и каротидного синуса, гениталии и др. В этих случаях решающим фактором для спасения жизни может стать экстренная дефибриляция. Особенно эффективной является процедура, проведенная в течение первой минуты после остановки кровообращения. Следует сказать, что для большинства врачей, не сталкивавшихся с подобной ситуацией, сам факт быстрой диагностики остановки кровообращения часто представляет определенную трудность. В этих случаях необходимо установить отсутствие пульсации центральных артерий (лучше всего сонных); помочь может и выявление фибрилляции на мини-экране дефибриллятора при наложении пластин на прекардиальную область (современные дефибрилляторы, как правило, имеют одно отведение для контроля ритма). Зачастую быстрое и правильное использование электрической дефибриляции позволяет спасти жизнь. Менее эффективной является механическая дефибриляция.

Также можно проследить связь между внезапной смертью и приемом допинга, алкоголя, никотина, неизвестных лекарственных средств и их передозировкой. Среди других причин ВС можно отметить острые состояния перенапряжения, которые возникают в результате однократной, чрезмерной для данного спортсмена, физической нагрузки или при хроническом переутомлении.

В июле 2013 года в Казани начнется Всемирная летняя Универсиада. Хотелось бы избежать критических состояний у спортсменов во время ее проведения, но о проблеме внезапной смерти должны знать все врачи, обслуживающие данное мероприятие, и уметь оказать своевременную, квалифицированную помощь.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КАЗАНИ – ФОКУС НА УНИВЕРСИАДУ

XXVII ВСЕМИРНАЯ ЛЕТНЯЯ УНИВЕРСИАДА СТАЛА ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ СОБЫТИЙ В НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ НЕ ТОЛЬКО КАЗАНИ, НО И ТАТАРСТАНА В ЦЕЛОМ. О ГОТОВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТОЛИЦЫ, НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ИГР РАССКАЗЫВАЕТ ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АНО «ИСПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИРЕКЦИЯ «КАЗАНЬ–2013» МАРАТ ГАТАУЛЛИН.

- Марат Ринатович, каким образом Универсиада повлияла на систему оказания медицинской помощи в Казани?

- В данном аспекте можно говорить о нескольких направлениях. Во-первых, были проведены строительство, капитальный ремонт и оснащение медицинским оборудованием учреждений здравоохранения, участвующих в медицинском обеспечении Универсиады. Так, на базе существующей Городской клинической больницы № 7 г. Казани создан Центр экстренной медицины, который на период проведения Игр будет работать как Госпиталь Универсиады. Это событие, безусловно, полностью изменит схему оказания неотложной помощи в столице Татарстана.

Ряд медицинских учреждений, которые также определены как Госпитали Универсиады, был оснащен дополнительным оборудованием. К их числу относятся Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Республиканская клиническая инфекционная больница МЗ РТ.

Во-вторых, город получил новую студенческую поликлинику, аналогов которой нет в России. Помимо этого в рамках Концепции медицинского и противоэпидемического обеспечения XXVII Всемирной летней Универсиады в г. Казани, утвержденной



Правительством Российской Федерации, была проведена подготовка лицензированных медицинских пунктов на всех спортивных объектах Универсиады в соответствии с требованиями FISU. На сегодняшний день на спортивных объектах трудятся более 100 квалифицированных врачей, прошедших обучение по специальностям «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Скорая медицинская помощь», «Травматология и ортопедия», вопросам реанимации и интенсивной терапии.

Безусловно, республиканская служба спортивной медицины сегодня успешно выполняет поставленные перед ней задачи в рамках диспансеризации, врачебного контроля и лечения спортсменов. Казань, помимо Универсиады, будет также принимать Чемпионат мира по водным видам спорта в 2015 году, Чемпионат мира по футболу 2018 года, такие значимые события не могут остаться без внимания здравоохранения республики. Одновременно с совершенствованием медицинской помощи меняется и менталитет нашего населения, его восприятие этого масштабного мероприятия. Казань приобрела колоссальный опыт в плане организации и медицинского сопровождения Игр, поскольку одновременное функционирование около 50 спортивных объектов требует слаженности в работе, четкой логистики всех потоков.

Помимо этого пополнился парк автомобилей скорой помощи для медицинского обеспечения участников и гостей Универсиады. Только для Казани было закуплено порядка 70 машин на базе автомобиля Ford transit. Нужно отметить, что все автомобили скорой медицинской помощи оснащены спутниковой системой «ГЛОНАСС+112». Также для обеспечения Универсиады планируется дополнительно привлечь врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи из районов и городов Республики Татарстан.

В целом на сегодняшний день здравоохранение республики и города готово к медицинскому обеспечению Игр. Мы вышли на финишную прямую и сейчас «шлифуем детали».

- Опыт каких стран использовался в подготовке к таким масштабным спортивным играм, как Универсиада?

- Перед началом подготовительной работы мы много ездили и изучали опыт таких стран, как Сербия, Китай (Всемирные летние Олимпийские игры), смотрели Всемирные зимние студенческие Игры 2011 года в Эрзуруме и, конечно, обращали особое внимание на детали оказания

медицинской помощи. Изучив этот опыт, мы создали Концепцию медицинского, антидопингового и санитарно-эпидемиологического обеспечения XXVII Всемирной летней универсиады 2013 года в г. Казани, утвержденную впоследствии первым заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Игорем Шуваловым.

- Проведение столь масштабных мероприятий предполагает полную мобилизационную подготовку к возникновению вспышек инфекционных заболеваний.

- Существующая инфекционная служба имеет все необходимые планы и алгоритмы действий при возникновении тех или иных ситуаций, в том числе вспышек особо опасных инфекций. Кроме того, из состава Федерального медико-биологического агентства России дополнительно придут бригады токсикологического, инфекционного и радиологического профилей, будет работать служба Роспотребнадзора. Инфекционную заболеваемость, конечно, довольно сложно прогнозировать, но мы в случае необходимости готовы развернуть дополнительные койки по данному профилю.

Немаловажно, что нами были разработаны алгоритмы взаимодействия со всеми оперативными службами республики. Ежемесячно на объектах Универсиады проводились тактико-специальные учения по вопросам отработки навыков медицинской сортировки, оказания помощи пострадавшим, эвакуации в учреждения здравоохранения. Таким образом, все службы готовы к обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия во время проведения Игр.

- Как проводилась подготовка кадров в рамках организации медицинского обеспечения Универсиады? В частности, что было сделано для ликвидации языкового барьера между врачами и иностранными пациентами?

- Нами было проведено обучение в рамках программы English First. Организованы так называемые образовательные классы, которые ведут преподаватели Института педагогики и психологии КФУ (бывшего Государственного педагогического университета). Мы еженедельно мониторим ход обучения, положительная динамика есть. Кроме того, будет оказываться всесторонняя поддержка силами волонтеров, которые также прошли соответствующее обучение.



Хаврикс®

Вакцина против Гепатита А



Надежная защита против гепатита А

Инструкция по применению вакцины Хаврикс® (в сокращении)

ХАВРИКС® — вакцина против гепатита А инактивированная
РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР: П N013236/01 — 310810
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Суспензия для внутримышечного введения для детей - 720 ЕД в 0,5 мл (1 доза), для взрослых — 1440 ЕД в 1 мл (1 доза). Хаврикс® — инактивированная вакцина для профилактики гепатита А, представляющая собой стерильную суспензию инактивированных формальдегидом вирионов гепатита А (штамм НМ175), выращенных в культуре диплоидных клеток человека МРС5, концентрированных и адсорбированных на алюминия гидроксиде.

Вспомогательные вещества: Алюминия гидроксид, полисорбат-20, натрия гидрофосфат, калия дигидрофосфат, натрия хлорид, калия хлорид, аминокислотный компонент, формальдегид, неомицина сульфат, вода для инъекций. Вакцина отвечает всем требованиям Всемирной организации здравоохранения к производству медицинских иммунобиологических препаратов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Хаврикс® обеспечивает защиту против гепатита А, формируя длительный специфический иммунитет путем индукции выработки антител против вируса гепатита А (ВГА), а также путем активации клеточных механизмов иммунитета. Двукратная прививка с интервалом в 6-12 месяцев обеспечивает длительное сохранение иммунитета. После введения одной дозы Хаврикс® достигается ранняя и быстрая сероконверсия. При этом уже через 13 дней после введения вакцины число лиц с защитным титром антител (> 20 мМЕ/мл) составляло 79%. С увеличением срока с момента введения препарата этот показатель значительно нарастал. Для обеспечения длительной защиты вводят ревакцинирующую дозу в период между 6-12 месяцами после введения 1-й дозы. Повторная прививка, проведенная через 12-60 месяцев лицам, ранее однократно привитым, обеспечивает адекватный иммунный ответ. Лицам с неизменным иммунным статусом после проведения курса вакцинации, состоящего из введения вакцинирующей и ревакцинирующей доз, нет необходимости проводить повторную ревакцинацию.

НАЗНАЧЕНИЕ

Профилактика гепатита А с 12-месячного возраста.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или на предыдущее введение Хаврикс®. Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок; при нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях прививки проводят сразу после нормализации температуры.

Хаврикс® ни при каких обстоятельствах нельзя вводить внутривенно.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Способ введения: Хаврикс® вводится внутримышечно. Взрослым и детям старшего возраста вакцину следует вводить в область дельтовидной мышцы, а детям 12-24 месяцев — в переднеплечевую область бедра.

Схема вакцинации: Разовая доза при вакцинации для взрослых и подростков 16 лет и старше составляет 1,0 мл, для детей и подростков до 16 лет — 0,5 мл. Оптимальный срок введения ревакцинирующей дозы составляет 6-12 месяцев после введения вакцинирующей дозы, что обеспечивает длительную защиту привитых. Если ревакцинация не проведена в срок от 6 до 12 месяцев, при необходимости защиты от заражения гепатитом А ревакцинацию проводят в срок до 60 месяцев после введения первой дозы.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

Хаврикс® может вводиться одновременно с инактивированными вакцинами Национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Частота встречаемости нежелательных явлений определяется следующим образом: очень часто: ≥10%; часто: ≥1% и <10%; иногда: ≥0,1% и <1%; редко: ≥0,01% и <0,1%; очень редко: <0,01%.

Данные клинических исследований:

Инфекции и инвазии: иногда — инфекции верхних дыхательных путей, ринит.

Со стороны обмена веществ и питания: часто — потеря аппетита.

Неврологические и психические расстройства: очень часто — раздражительность, головная боль; часто — сонливость; иногда — головокружение; редко — снижение чувствительности, парестезии.

Со стороны желудочно-кишечного тракта: часто — диарея, тошнота, рвота.

Со стороны кожи и подкожно-жировой клетчатки: иногда — сыпь; редко — зуд.

Со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: иногда — миалгия, скелетно-мышечное напряжение.

Общие и местные реакции: очень часто — боль и покраснение в месте введения, утомляемость; часто — недомогание, лихорадка (>37,5°C), припухлость и уплотнение в месте введения; иногда — гриппоподобные симптомы; редко — озноб.

Пострегистрационные данные:

Со стороны иммунной системы: анафилаксия, аллергические реакции, включая анафилактико-токсические реакции и симптомы аллергического состояния, напоминающие таковые при сывороточной болезни, ангионевротический отек, крапивница, мультиформная эритема.

Со стороны нервной системы: судороги.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: васкулит.

Со стороны костно-мышечной системы и соединительной ткани: артралгия.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

В связи с отсутствием адекватных данных по применению вакцины в период беременности и лактации вводить Хаврикс® беременным и кормящим женщинам не рекомендуется, несмотря на минимальный риск воздействия инактивированных вакцин на плод и ребенка.

ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ

Иммунизация Хаврикс® особо рекомендуется лицам с повышенным риском инфицирования, а также лицам, у которых гепатит А может иметь тяжелое течение, или лицам, заболевание которых гепатитом А в силу их профессиональной принадлежности может привести к возникновению вспышек:

- лица, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости гепатитом А;
- лица, выезжающие в регионы с высоким уровнем заболеваемости гепатитом А (военнослужащие, путешественники и др.);
- лица, контактные в очагах;
- лица, подверженные профессиональному риску заражения: медицинский персонал и персонал по уходу за больными (в особенности в инфекционных, гастроэнтерологических и педиатрических отделениях);
- персонал детских дошкольных учреждений;
- работники канализационных и водопроводных служб;
- персонал пищевой промышленности и предприятий общественного питания;
- лица из числа особых групп риска (пациенты с хроническими заболеваниями печени; больные гемофилией; пациенты с множественными гемотрансфузиями; наркоманы; гомосексуалисты; лица, ведущие беспорядочную половую жизнь).

Вакцинация Хаврикс® также показана всем другим группам населения.

ФОРМА ВЫПУСКА

По 0,5 мл или 1 мл в шприц-дозе. По 0,5 мл или 1 мл во флаконе.

УСЛОВИЯ ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ И ХРАНЕНИЯ

При температуре от 2 до 8 °С. Не замораживать.

СРОК ГОДНОСТИ

3 года. Не использовать по истечении срока годности, указанного на упаковке.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА

По рецепту врача.



Ильдус АХМЕТОВ,

директор учебно-научного центра Поволжской государственной академии физической культуры, спорта и туризма, д.м.н.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СПОРТИВНОМ ОТБОРЕ



РАСШИФРОВКА ГЕНОМА ЧЕЛОВЕКА СТАЛА НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ НАУЧНЫМ СОБЫТИЕМ НАЧАЛА ХХІ ВЕКА, ОТКРЫВАЮЩИМ КОЛОССАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ПОНИМАНИЯ НЕПОВТОРИМОЙ ПРИРОДЫ КАЖДОГО ИНДИВИДУУМА.



Наша индивидуальность – это не только внешность, интеллект, физические качества, но и, в огромной степени, здоровье, состояние которого определяется уникальной комбинацией генов, полученных от родителей, и которые, пронеся через всю жизнь, мы передадим своим детям. Оказалось, что за

все функции организма отвечают около 22 тысяч генов, которые кодируют более 100 тысяч белковых продуктов.

На первую расшифровку генома человека ушло 10 лет кропотливой работы сотен исследователей, при этом затраты составили около 2,7 млрд долларов. Сейчас одна крупная лаборатория может выполнить эту работу за 1 день, потратив всего 5000 долларов. В течение ближайших 10 лет геномные технологии настолько продвинулись вперед, что расшифровка генома станет доступна для многих людей.

В недалекой перспективе ожидается разработка методики, позволяющей выдавать на руки любому человеку индивидуальную генетическую карту. Она поможет узнать потенциально сильные и слабые места своего организма. Информация о генетическом статусе позволит правильно организовать свою жизнь: работу, быт, отдых, занятия спортом, питание и своевременно предпринять соответствующие профилактические меры в отношении факторов риска для здоровья. Все это относится к новому развивающемуся направлению – персонализированной медицине.

Существует предположение, что все индивиды, не имеющие серьезных отклонений в здоровье, генетически предрасположены к занятиям различными видами спорта и способны достичь в них определенных успехов без вреда для здоровья



(большинство людей могут дойти до уровня I взрослого разряда в «своем» виде спорта). В данном случае роль специалистов заключается в подборе оптимальной спортивной деятельности для конкретного человека с учетом его генетической конституции.

Практика спортивной деятельности также показывает, что очень многие способные атлеты ушли из спорта, не раскрыв своих возможностей из-за применения к ним стандартной системы подготовки, ориентированной на средние значения показателей и не учитывающей в должной мере их индивидуальные способности, функциональные резервы и адаптационные возможности. В тех случаях, когда специалистам оказывалось под силу реализовать строго индивидуальную программу, спортсмены достигали выдающихся, как правило, стабильных в течение длительного времени, результатов.

В связи с возрастающей конкуренцией неуклонно повышается число специфических повреждений опорно-двигательного аппарата, его хронических заболеваний, а также патологий сердца, которые нередко не только становятся причиной длительных перерывов в тренировках, но

и заставляют спортсменов преждевременно закончить занятия спортом. Между тем многочисленные исследования свидетельствуют о том, что они по-разному реагируют на одинаковые внешние неблагоприятные воздействия: у одних развиваются патологические процессы в организме, у других – нет. Установлено, что данные различия связаны не только с влиянием среды (питание, фармакологическая поддержка, двигательная подготовленность и др.), но и генотипа.

Согласно современным представлениям спортивной генетики считается, что индивидуальные различия в степени развития тех или иных физических качеств человека во многом обусловлены структурными особенностями ДНК, которых насчитывается не менее 50 миллионов. Эти особенности (полиморфизмы) могут быть изучены с помощью молекулярно-генетического анализа, который с высокой прогностической способностью позволяет выявить талантливых детей (потенциальных чемпионов) и спортивных гениев (потенциальных рекордсменов мира), которых, как предположил исследователь Ковар, может быть около 0,13% населения страны (в России — не менее 150 тысяч человек).



Для генетического анализа обычно проводят безболезненный соскоб клеток внутренней поверхности щеки, из которых выделяют ДНК. В дальнейшем ДНК подвергают тщательному анализу на предмет выявления особенностей, влияющих на физические качества. На основании выявления склонности к их развитию для испытуемого подбирается набор видов спорта, к которым он предрасположен. Проводимая генетическая диагностика может существенно повысить эффективность спортивной ориентации и отбора, а также помочь в оптимизации тренировочного процесса и фармакологической поддержки спортсменов. Ее преимуществом является возможность тестирования сразу после рождения ребенка, а значит, прогноз развития спортивных способностей можно составить очень рано.

Впервые исследования в области спортивной генетики в нашей стране начали проводиться в Санкт-Петербурге в 1999 году. Сейчас генетическим тестированием в спорте занимаются в Москве, Казани (Казанский государственный медицинский университет и Поволжская академия спорта), Уфе и Челябинске. В основе этих исследований лежит поиск генетических маркеров (вариантов генов), ассоциированных с предрасположенностью к развитию признаков, значимых в условиях спортивной деятельности (мышечная масса, выносливость, гибкость, сила, быстрота и т.п.). На данный момент обнаружено более 80 генетических маркеров, ассоциированных с предрасположенностью к занятиям спортом.

Установлено, что чем большим числом благоприятных вариантов генов обладает индивид, тем выше его шансы стать высококвалифицированным

спортсменом. При этом важно отметить, что наиболее точное определение предрасположенности к спорту необходимо проводить на основе анализа максимального числа маркеров, в том числе стандартных (данные антропометрии, функциональной диагностики, физиологического и педагогического тестирования). Несмотря на то, что предстоит еще много работы по обнаружению всех генетических маркеров, значимых для спорта, спортивная генетика уже нашла свое практическое применение в подготовке профессиональных спортсменов в некоторых странах. Так, в Китае отбор на уровне олимпийских сборных команд проводится с использованием 30 генетических маркеров.

В России существуют программы, ориентированные на применение генетических технологий на уровне детских юношеских спортивных школ, училищ олимпийского резерва и сборных команд страны с охватом более 5000 спортсменов. В частности, специалистами научных лабораторий Поволжской академии спорта проводится медико-биологическое сопровождение подготовки более 20 татарстанских спортсменов, претендующих на участие в XXVII Всемирной летней Универсиаде-2013. Результаты генетического обследования наших спортсменов свидетельствуют об их высоком потенциале в достижении успеха в соревнованиях. Вместе с тем только объединение усилий тренеров, ученых и спортивных врачей, а также создание необходимых условий для подготовки могут помочь спортсменам достичь высоких результатов без последствий для здоровья.

Медицинская Система ФормТотикс™ (Новая Зеландия)

Уникальная методика профилактики, лечения и реабилитации в большом спорте



**ВЫСОКИЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ!**

Индивидуальные ортезы стопы «полного контакта» – новая hi-tech «добавка» к спортивной обуви

уникальный материал заготовок
(не имеет аналогов в мире).



модели для любых
видов спорта

высокая износостойкость
(срок службы до 5 лет)

оптимальная опорная поверхность для стоп
(амортизация ударных нагрузок, упругая поддержка,
контроль движений)

Почему спортивные врачи выбирают Медицинскую Систему ФормТотикс™?

- ✓ широта терапевтического применения;
- ✓ экспресс-диагностика и контроль эффективности ношения ортезов;
- ✓ индивидуальная коррекция структурно-функциональных нарушений стопы и тела.

ООО «ПодиаТР» – официальный дистрибьютор
Медицинской Системы ФормТотикс™ в России,
странах СНГ и Балтии.

т.: (495) 517-70-75
podiatr@mail.ru

formthotics.ru
формотикс.рф

БЕЗ ТРАВМ!

**ЗДОРОВЫЙ
СПОРТ!**



Марина ГУРЫЛЕВА,
профессор кафедры биомедицинской
этики и медицинского права КГМУ, д.м.н.

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ СПОРТСМЕНА



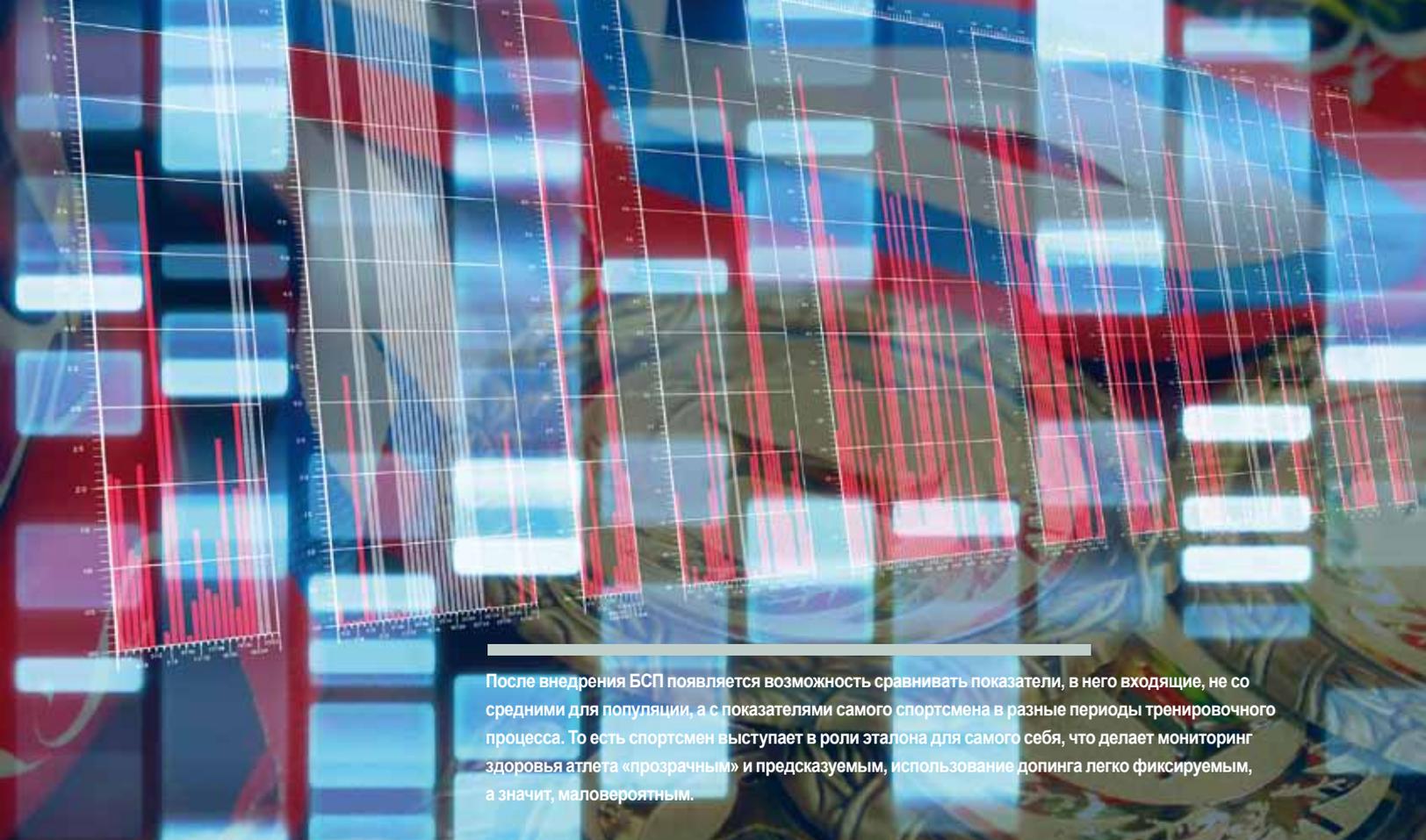
ЭТОТ ДОКУМЕНТ ПОМОГАЕТ АНТИДОПИНГОВЫМ ОРГАНИЗАЦИЯМ УЛИЧИТЬ НЕДОБРОСОВЕСТНОГО АТЛЕТА В ОБМАНЕ, А ДЛЯ ДОБРОСОВЕСТНОГО СПОРТСМЕНА БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ ЯВЛЯЕТСЯ СТРАХОВКОЙ ОТ НЕОБОСНОВАННЫХ ОБВИНЕНИЙ.

СПОРТ И ГОНКА БИОТЕХНОЛОГИЙ

Победа в международных турнирах имеет огромное значение для престижа страны, а также приносит славу самому спортсмену и признание его успехов в денежном эквиваленте. Призовой фонд крупных спортивных мероприятий огромен. Например, на Уимблдоне (теннис) в 2013 году он составил 22,6 млн фунтов стерлингов, Чемпионате мира по легкой атлетике - 7,2 млн долларов, Лиге чемпионов УЕФА (футбол) - 900 млн евро. Все это влечет за собой острое соперничество, тренировки и выступления не просто на пределе возможностей, но уже и за их пределами. Вследствие этого любительский спорт практически исчерпал себя, спортсмен сегодня – это профессия – тяжелая и очень опасная. В нее идут те, кто настроен на победу любой ценой, жестоко эксплуатирует свой организм, демонстрирует

поведение, далекое от берегающего здоровье. При таких установках профессионал готов применять любые средства повышения работоспособности, которыми располагает современная медицина: от гормонов (анаболических стероидов, гормонов роста) и прогормонов, кровяного допинга (современный вариант эритропоэтина) до генных и нанотехнологий.

Использование допинга — отнюдь не «достижение» современности. Стимуляторы в виде грибов, орехов, половых органов животных и т. п. атлеты применяли еще до н. э., а вот борьба с допингом начала вестись только в прошлом веке, когда была показана четкая взаимосвязь между приемом допинга и смертью спортсменов на финише. Допинг в спорте был запрещен, создан



После внедрения БСП появляется возможность сравнивать показатели, в него входящие, не со средними для популяции, а с показателями самого спортсмена в разные периоды тренировочного процесса. То есть спортсмен выступает в роли эталона для самого себя, что делает мониторинг здоровья атлета «прозрачным» и предсказуемым, использование допинга легко фиксируемым, а значит, маловероятным.

список лекарственных средств и методов, отнесенных к допинговым, который ежегодно пополняется.

В течение нескольких десятилетий стратегия антидопинговых мероприятий строилась на попытках обнаружить запрещенные вещества в биологических жидкостях спортсмена. Это привело к своеобразному состязанию: фармацевтические компании разрабатывали новые средства стимуляции работоспособности спортсменов, а химики-аналитики антидопинговых организаций – методы их обнаружения. В конце 1990-х годов появился эритропоэтин (ЭПО), полученный с помощью рекомбинантных генетических технологий, доказать факт его введения извне было крайне затруднительно. Вследствие этого ряд спортивных федераций (в том числе Международная федерация лыжного спорта и Международный союз велосипедистов) установили ограничения по маркерам эритроцитопоза: в случае превышения определенного количества эритроцитов в крови спортсмена отстраняли от соревнований. Пострадали известные спортсмены, чьи индивидуальные нормы показателей крови не укладывались в среднестатистические.

НОВАЯ СТРАТЕГИЯ

1 декабря 2009 года ВАДА (Всемирное антидопинговое агентство) утвердило руководство по созданию биологического паспорта спортсмена (БСП). Это ознаменовало новый этап в борьбе с допингом — мониторинг биологических параметров в течение всей спортивной карьеры. Идея биопаспортов возникла давно, но официально о них стали говорить в 2002 году. На сегодня существуют очень простые и понятные

способы их составления. Они надежны, уже есть случаи, когда человека дисквалифицировали только на основании изменений в его организме (немецкая конькобежка Клаудия Пехштайн, пятикратная олимпийская чемпионка, итальянский велогонщик Данило ди Лука и др.).

Биопаспорт — это систематизированный отчет, составленный из 15-25 (в будущем будет больше) анализов, которые берутся у спортсмена на протяжении не менее двух лет и постоянно пополняются новыми пробами. На основе этих проб строится график анализов отдельного человека и ведется наблюдение, как меняются эти показатели в течение всей его спортивной карьеры. После формирования БПС появляется возможность сравнивать величины маркеров не со средними по популяции, а с показателями самого спортсмена, который выступает в роли эталона для самого себя. Если человек в последнее время имеет показатели, значительно отличающиеся от тех, что фиксировались у него обычно, есть основания для подозрений в возможном применении допинга или наличии каких-либо заболеваний, что будет выявлено в результате углубленного медицинского обследования.

В концепции биологического паспорта спортсмена важным моментом является тот факт, что БПС – не только и не столько дискриминационная мера для профессионала, но и возможность отстаивать свои права. Наличие стабильно высоких показателей будет подтверждать, что спортсмен находится в своем естественном физиологическом состоянии и обвинить его в обмане будет нельзя. Обмануть биопаспорт, по заверениям экспертов, крайне сложно, провести какие-то манипуляции в собственном организме, чтобы привести в норму свои параметры по мановению волшебной палочки не представляется возможным. Именно поэтому БСП многими экспертами рассматриваются как будущее антидопингового контроля.



Стероидный модуль состоит из данных мониторинга стероидных профилей для выявления случаев искусственного повышения уровня тестостерона или его прогормонов, а также применения препаратов, которые действуют как антагонисты рецепторов эстрогена и ингибиторы ароматазы.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ БПС

В результате многочисленных клинических исследований были установлены границы, в пределах которых возможно физиологическое изменение показателей красного кровяного ростка и гормонального статуса атлета. При этом учитывалось влияние постоянно действующих факторов (пол человека, возраст, расовая принадлежность, место жительства) и переменных (интенсивность тренировочного процесса, высота нахождения спортсмена над уровнем моря, наличие заболеваний, применение разрешенных фармацевтических средств). В дальнейшем изучались влияния различных допинговых препаратов на эти параметры и выявлялись соответствующие закономерности. В результате были выбраны показатели, которые наиболее точно и четко реагируют на введение допинговых средств. Они и были включены в биопаспорт.

БПС состоит из нескольких модулей, находящихся на разных стадиях внедрения. Наиболее разработанным на сегодняшний день модулем является гематологический. В него заносятся показатели эритропоеза, что позволяет обнаружить любую форму внешнего воздействия, смысл которого в искусственном улучшении насыщаемости мышц кислородом. Это может быть ЭПО: например, дарбопозтин, известный по Олимпиаде в Солт-Лейк-Сити, или новомодный CERA, который разгромил последний «Тур де Франс», когда в один момент «попались» все лидеры гонки. Это может быть любая форма переливания крови или другие манипуляции с составом крови.

Стероидный модуль состоит из данных мониторинга стероидных профилей для выявления случаев искусственного повышения уровня тестостерона или его прогормонов, а также применения препаратов, которые действуют как антагонисты рецепторов эстрогена и ингибиторы ароматазы.

Эндокринологический модуль содержит информацию о количестве гормонов роста в крови. Последние два модуля еще находятся в стадии разработки, и ВАДА собирает образцы от спортсменов и закладывает их

на хранение. Разрабатываются надежные критерии и методы оценки, эти образцы будут проанализированы и станут полноценной базой для мониторинга.

Нужно подчеркнуть, что БПС – это не застывший документ. Он будет изменяться и дополняться в зависимости от достижений научной мысли. Появилась информация, что БПС в скором времени могут быть дополнены «генетическими профилями экспрессии» - информацией о работе генов, которая также подвергается изменениям при воздействии допинга. Ведутся исследования в области протеомики, метаболомики и других отраслях науки.

В СОЧИ – С БИОЛОГИЧЕСКИМ ПАСПОРТОМ

Внедрение биологического паспорта спортсмена уже повлекло за собой практические результаты. В 2012 году в прессе появились сообщения о случаях отстранения спортсменов от соревнований не потому, что у них в крови нашли запрещенные вещества, а по показаниям БПС, которые не смогли трактовать в пользу спортсмена.

Антидопинговые организации (ВАДА – всемирное антидопинговое агентство и РУСАДА – Российское антидопинговое агентство) придерживаются концепции презумпции виновности спортсмена: спортсмен отвечает за все, что попадает в его организм, при подозрении в использовании запрещенных веществ он должен доказать свою невиновность.

Глава Российского антидопингового агентства Рамиль Хабриев объявил, что в Лондон практически все российские спортсмены поехали с БПС, в Сочи каждый спортсмен без исключения будет иметь полноценный биологический паспорт как гарант его защищенности от возможных подозрений и необъективных оценок.

16+



Глазная хирургия Расческов

Передовое оборудование. Квалифицированные специалисты. Прогнозируемое выздоровление.



Совершенство высоких технологий

В клиниках осуществляется полный комплекс высокотехнологичных офтальмологических услуг.

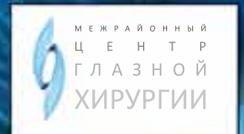
Все подразделения оснащены современным диагностическим и хирургическим оборудованием, используют инновационные технологии.

В медицинских центрах работают одни из лучших офтальмологов Татарстана. Врачи постоянно повышают квалификацию и занимаются научной работой.



**Офтальмологическая клиника
«Глазная хирургия Расческов»**

г. Казань, ул. Патриса Лумумбы, д. 28а.
Тел.: (843) 295-03-03, 204-03-03.
www.rascheskoff.ru



**Межрайонный центр
глазной хирургии**

РТ, Сабинский район,
с. Шемордан, ул. Фрунзе, д. 6б.
Тел.: (84362) 3-24-80, 2-26-00.
www.mcgh.ru



Врачи Универсиады готовы к победам

Всемирные студенческие Игры еще не начались, а летняя Универсиада в Казани уже вошла в историю благодаря новому подходу к организации состязаний. Так, в Медицинском центре Универсиады будут применены электронные медицинские карты для спортсменов, позволяющие учитывать индивидуальные особенности организма. И это лишь одно из решений, призванных обеспечить медицинское обслуживание участников Игр на высочайшем уровне.

ВОССТАНОВИТЬ ЛЕЧЕНИЕМ

Медицинский центр Универсиады создан на базе ГАУЗ «Городская поликлиника № 4 «Студенческая» города Казани, он был открыт в числе первых объектов Универсиады 1 сентября прошлого года. На торжественной церемонии присутствовал президент РТ Рустам Минниханов. Высокую оценку клинике дали министр здравоохранения России Вероника Скворцова и председатель медицинской комиссии FISU доктор Лоранс Ринк.

В дни Универсиады центр будет обслуживать 13 тысяч спортсменов и аккредитованных лиц. По своему уровню клиника намного превышает медицинские центры, созданные для предыдущих студенческих Игр в Белграде и Шеньжене. Студенческая поликлиника является наследием Медицинского центра, которая уже сегодня обслуживает более 70 тысяч студентов из 28 казанских вузов. Кроме того, медицинскую помощь здесь получают одаренные под-
ростки из казанского IT-лицея, медицин-

ского колледжа и банковской школы. Для этого медучреждение получило педиатрическую лицензию.

Поликлиника оснащена самым современным оборудованием мировых брендов. Закупки медицинской техники согласовывались с ведущими специалистами Минздрава РТ, учитывалось мнение врачей спортивных команд «Ак Барс» и «Рубин».

— Одно из основных направлений клиники — это физиотерапия, — говорит главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника № 4 «Студенческая» Айрат Зиатдинов. Мы полагаем, что половина всех обращений участников Универсиады будет связана с восстановительным лечением. Для этих целей у нас предусмотрено четыре кабинета с оборудованием для электротерапии, лазерной и ультразвуковой терапии. В частности, для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата мы используем метод ударно-волновой терапии. Оборудование позволяет выводить из суставов микрокристаллы солей кальция и улучшать микроциркуляцию.



По словам Айрата Зиатдинова, еще одно направление работы клиники — это стоматология. Во многих зарубежных странах посещение дантиста — дорогое удовольствие, поэтому не исключено, что гости Универсиады пожелают во время посещения Казани получить качественное лечение зубов. По предварительным подсчетам, во время Универсиады на стоматологические кабинеты может прийти до 800 посетителей.

По последнему слову техники оснащен и офтальмологический кабинет. Рабочее место врача-офтальмолога объединяет в себе несколько диагностических приборов — проектор знаков, авторефрактометр, электронный автоматический фороптор, делает возможным быстрый обмен данными между приборами и позволяет управлять дистанционно всеми приборами с одного пульта. Удобное кресло с датчиком остановки и плавным вертикальным перемещением обеспечивает комфортное положение и удобную работу врача.

ТЕМПЕРАТУРА ПОД КОНТРОЛЕМ

На Универсиаду придут спортсмены из 180 стран. Некоторые из них расположены в Африке и Южной Америке, где есть очаги опасных инфекций, таких как чума и холера. Более того, в южных странах распространены экзотические заболевания, с которыми российские медики в повседневной практике не сталкиваются.

Поэтому все врачи Медицинского центра прошли специальное обучение диагностике редких болезней. Помимо этого в Деревне Универсиады прошли учения по локализации опасных вирусов. Врачи, сотрудники полиции и УФСБ по РТ искали очаг заражения, определяли зону карантина, эвакуировали больных, проводили дезинфекцию. На учениях отрабатывались



алгоритм действий и совместная работа подразделений различных служб. Как сообщил заместитель главного врача по общим вопросам Ильдар Закиров, на время Универсиады в Медицинском центре будет работать отдельный инфекционный блок. Для выявления заболевших на стойке регистрации вместе с администратором будет дежурить врач-терапевт с устройством для дистанционного измерения температуры посетителей. Весь персонал клиники прошел углубленные курсы английского языка, чтобы общаться с гостями Татарстана без переводчика.

Сотрудники медицинского центра также прошли обучение по оказанию экстренной медицинской помощи. Врачам Универсиады показывали, как действовать в случае развития у пациента анафилактического или кардиогенного шока, учили пользоваться дефибрилляторами. В дни проведения студенческих Игр клиника перейдет на работу в круглосуточном режиме: в ночное время будет дежурить бригада врачей, состоящая из хирурга, травматолога, отоларинголога, офтальмолога и терапевта, а также две бригады интенсивной терапии. Если врачи будут не способны оказать помощь пациенту своими силами, они доставят больного в крупнейшие клиники города - РКБ МЗ РТ или МКДЦ. Время транспортировки пациента не превысит 5 минут.

БАЗА ДАННЫХ ДЛЯ СПОРТСМЕНОВ

В Медицинском центре Деревни Универсиады, как и во многих ведущих клиниках РТ, введена электронная система документооборота. Амбулаторные карты каждого пациента существуют в виде файлов на сервере, к которым врачи могут получить доступ из любой точки Татарстана. При необходимости к ним можно прикреплять



Особый интерес к работе Медицинского центра проявили руководство Олимпийского комитета России и правительство Краснодарского края, где в 2014 году пройдут зимние Олимпийские игры. Гости не скрывали, что татарстанский опыт по организации здравоохранения будет использован в подготовке к Играм в Сочи.

рентгеновские снимки, показания аппаратов УЗИ, видеофайлы ФГДС. При подготовке к студенческим Играм специалисты Медицинского центра пошли еще дальше и разработали отдельную базу данных для спортсменов. Такие карты пациентов отражают больше параметров и ведутся на нескольких языках. Все данные хранятся в едином информационном центре Минздрава РТ, который имеет связь через интернет с медицинскими кабинетами всех спортивных учреждений и тренировочных баз республики. Медицинская база данных для Универсиады создается впервые в мире. Впоследствии ее передадут организаторам следующих студенческих Игр.

К ОЛИМПИЙСКИМ ВЫСОТАМ

Медицинский центр Деревни Универсиады неоднократно посещали проверяющие делегации из Москвы и FISU. Ревизоров интересовало все: подготовка персонала, обеспеченность лекарственными средствами, организация потока больных, взаимодействие между врачами Универсиады и Станцией скорой медицинской помощи. Отдельно изучали, как организованы рабочие места для врачей спортивных команд. Интересен подход сотрудников FISU, которые не стали ограничиваться опросами врачей и изучением документов, попросив провести им диагностику с помощью аппаратов УЗИ и офтальмологического оборудования. По словам Айрата Зиятдинова, иностранцы остались довольны.

Среди прочего гостей Медицинского центра интересовала работа антидопингового блока. Во время Универсиады работники клиники будут брать у спортсменов перед соревнованиями биоматериалы. Исследовать пробы будут в Москве в Российском антидопинговом агентстве.

Особый интерес к работе Медицинского центра проявили руководство Олимпийского комитета России и правительство Краснодарского края, где в 2014 году пройдут зимние Олимпийские игры.

Гости не скрывали, что татарстанский опыт по организации здравоохранения будет использован в подготовке к Играм в Сочи. Более того, на время Олимпиады персонал Медицинского центра Деревни Универсиады направят в Олимпийскую деревню для работы со спортсменами и аккредитованными лицами. А после Олимпийских игр персонал клиники будет участвовать в обслуживании Чемпионата мира по водным видам спорта и Чемпионата мира по футболу. Так что опыт татарстанских специалистов, полученный на Универсиаде-2013, будет очень востребован в будущем. *

Наталья ШЛЫК,
заведующая кафедрой МБОФК Удмуртского государственного университета,
профессор, доктор биологических наук



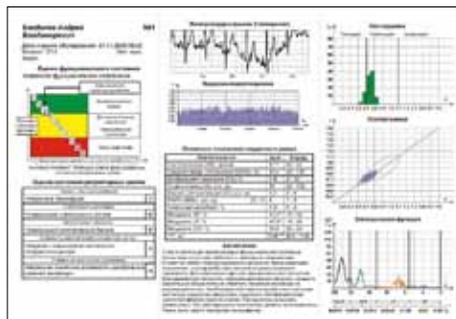
Применение комплекса «Варикард 2.51»

для оценки функционального состояния, адаптационных возможностей организма и качества тренировочного процесса у спортсменов

Известно, что в живом организме все подчиняется регуляции, все управляется регуляцией, невозможно дать истинную оценку функционального состояния организма и его адаптационных возможностей без определения качества регуляции. Врачи, учителя физической культуры и тренеры по-прежнему определяют состояние занимающихся и степень переносимости физических нагрузок в основном по частоте сердечных сокращений (ЧСС), без учета того, что одна и та же ЧСС в покое может скрывать за собой разную степень напряжения кардиорегуляторных систем. Анализ variability сердечного ритма (ВСР), получаемый с помощью аппарата «Варикард 2.51» Концерна «Аксион», является важным и незаменимым методом оценки общего состояния регуляторных систем организма, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения автономного и центрального контуров регуляции системы кровообращения (Баевский Р. М., 1997). Официальным представителем Концерна «Аксион» в Татарстане является ОАО «Казанский завод Медтехника».

В данном сообщении приводятся результаты многолетнего опыта практического применения комплекса «Варикард 2.51» и программы «Эским-6» для изучения особенностей ВСР у 6400 исследуемых

юных и взрослых спортсменов разных видов спорта в покое и после физических нагрузок в разные периоды тренировочного процесса, и на основании этого предложен новый подход к вопросам спортивной подготовки детей, подростков и взрослых. В его основе лежит оценка преобладающего типа вегетативной регуляции сердечного ритма у спортсменов и в соответствии с этим планирование физических нагрузок и контроль за их переносимостью в процессе тренировок. Разработана новая классификация оценки типов вегетативной регуляции по результатам анализа ВСР.



Выходным документом комплекса является карта пациента - паспорт здоровья, распечатываемый на цветном принтере.

Установлены количественные и качественные критерии показателей ВСР для экспресс-оценки преобладающего типа вегетативной регуляции (умеренного или выраженного преобладания центральной регуляции, умеренного или выраженного преобладания автономной регуляции сердечного ритма). Разработаны нормативные показатели ВСР у исследуемых 7-21 года с разными типами вегетативной регуляции. Изучены данные анализа ВСР у юных и высококвалифицированных спортсменов с многообразными типами вегетативной регуляции: игровых видов спорта (футбол, баскетбол, хоккей), гимнастов, пловцов, легкоатлетов, лыжников, биатлонистов в покое, при тестовых и тренировочных нагрузках в разные периоды тренировочного процесса и соревновательной деятельности. Разработан новый подход к оценке реакции организма на одинаковые физические нагрузки разной направленности у спортсменов с различными типами вегетативной регуляции в подготовительном и предсоревновательном периодах тренировочного процесса. Показано, что на физические нагрузки разной направленности включаются разные механизмы регуляции сердечного ритма.

Установлено, что совершенствование функционального состояния регуляторных систем от умеренного (III тип) до выраженного преобладания автономной регуляции сердечного ритма (IV тип) как показатель высокой тренированности не может происходить за короткий промежуток времени - это длительный процесс. Нерациональный, ускоренный путь повышения тренированности в результате систематического форсирования физических нагрузок ведет к быстрому нарастанию дисрегуляции и, как результат, перетренированности и перенапряжению организма, донозологическим состояниям и болезни. В первую очередь перетренированность и донозологические состояния проявляются у юных спортсменов с выраженным преобладанием центральной регуляции сердечного ритма (II тип).

Выраженное преобладание автономной регуляции (IV тип) у юных спортсменов свидетельствует об ускоренном, нерациональном пути повышения адаптации сердца и его перенапряжении. Чрезмерные нагрузки ведут к нарушениям в системах регуляции и переходу с оптимального типа регуляции на неблагоприятный. В этом случае важное значение имеют правильная диагностика ВСР с обязательным применением функциональных проб и своевременная коррекция дисрегуляторных процессов.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Шлык Н. И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов: монография. - Ижевск: «Удмуртский университет», 2009. - 255 С.

Фарида ТАХАВИЕВА,
профессор кафедры неврологии
и реабилитации КГМУ, д.м.н.

Реабилитация и восстановление при спортивных травмах

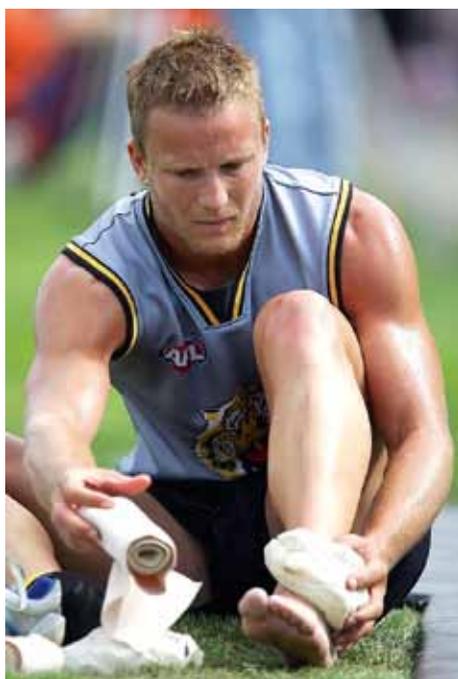
Тренировочные и соревновательные нагрузки современного спорта не только приводят к высочайшему уровню функциональных возможностей спортсменов, но и являются фактором повышенного риска в отношении заболеваний и травм.

В различных странах мира количество травм в спорте колеблется в пределах 10–17% от всех повреждений. Среди острых травм у спортсменов преобладают повреждения менисков коленного сустава и капсульно-связочного аппарата. Среди хронических заболеваний – болезни суставов, также нередко встречаются заболевания мышц, сухожилий, надкостницы, позвоночника, включая остеохондрозы, спондилезы и спондилоартрозы.

Специфика вида спорта предопределяет не только характер травм (так, для легкой атлетики наиболее характерны повреждения суставной капсулы и связок, повреждения мышц и сухожилий; для конного и горнолыжного спорта – ушибы, сотрясения, переломы костей; для бокса – сотрясения, ушибы и ссадины), но и их локализацию. В спортивной гимнастике преобладают травмы верхних конечностей (70%), а в большинстве других видов спорта – нижних. Травмы головы и лица характерны для боксеров (65%), пальцев кисти – для баскетболистов, волейболистов (80%), локтевого сустава – для теннисистов (до 70%), коленного сустава – для борцов, гимнастов, футболистов (до 50%).

Наиболее травмоопасными считаются игровые виды спорта. Опрос игроков сборных команд показал, что из-за травм они вынуждены пропускать от 5 до 35% соревновательных стартов. Спортсменки в три раза чаще получают травмы передней крестообразной связки по сравнению со своими коллегами мужского пола. У баскетболисток травмы случаются примерно в 1,5 раза чаще, в волейболе – в 2 раза, в футболе – в 6 раз! У женщин меньше развита мускулатура, мышцы и связки более тонкие и рыхлые, кости более хрупкие. Среди других причин – возрастание интенсивности игры, частые проявления спортивной грубости.

Серьезная травма соединительной ткани приводит к тому, что даже при удачном лечении спустя 12 месяцев она способна восстановить лишь 80% структурной и биомеханической целостности. Около трети спортивных травм являются следствием



неэффективной реабилитации после ранее полученных повреждений. Предупредить повторное травмирование возможно при условии восстановления нейромышечного контроля, проприорецепции и биомеханики сустава, нормализацией двигательного стереотипа.

Конечная цель реабилитации – восстановить функциональное состояние настолько, чтобы спортсмен мог быстро и без риска вернуться к соревнованиям. Мы не можем ускорить заживление поврежденных тканей, но должны правильно составить план реабилитации с учетом стадии процесса и особенностей конкретного вида спорта. При этом нужно не только понимать характер повреждения, но и обладать знаниями в области анатомии, кинезиологии, биомеханики, лечебной физкультуры и физиотерапии.

Реабилитационные мероприятия необходимо начинать сразу же после травмирования. Нужны покой, холод, наложение

давящей повязки, приподнятое положение конечности и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Необходимо быстрое и максимально полное купирование болевого синдрома. Особый интерес в этом плане представляет изомер кетопрофена – Декскетопрофена трометамол (препарат Дексалгин®), применяющийся в лечении как острой, так и хронической боли. Дексалгин® оказывает не только быстрое анальгетическое и противовоспалительное действие, но и имеет меньший риск проявления побочных эффектов. В дальнейшем план реабилитации может включать следующие средства:

- медикаментозные: НПВС (Дексалгин®, Нимесил®), гели (Фастум®-гель, Лиотон® 1000), растирки;
- кинезиотерапию;
- электролечение;
- тепло или холод;
- кинезиотейпирование;
- ортезирование;
- механотерапию;
- мануальную терапию;
- массаж;
- акупунктуру;
- гипербарическую оксигенацию и др.



Арсенал средств реабилитации довольно большой, и искусство спортивного врача состоит в выборе наиболее оптимального и наименее нагрузочного для спортсмена сочетания методов восстановительного лечения. После устранения острых посттравматических нарушений целью реабилитации становится возвращение к спорту. На этом этапе усилия должны быть направлены на увеличение амплитуды движений и гибкости, мышечной силы и выносливости, повышение физической работоспособности.

Общеизвестно, что профилактические мероприятия обходятся гораздо дешевле. Снижение спортивного травматизма могут способствовать правильное построение тренировочного процесса, включение упражнений на растягивание, своевременное медицинское обследование и профилактическое тейпирование.*

Наиля ШАЙМИЕВА, главный специалист по стоматологии МЗ РТ, президент РОО «Стоматологическая Ассоциация Республики Татарстан», главный врач ГАУЗ «Республиканская стоматологическая поликлиника МЗ РТ», заведующая кафедрой ортопедической стоматологии и стоматологии общей практики КГМА, заслуженный врач РТ, к. м. н.



Стоматология Татарстана:

инновационные технологии и профилактика

Интенсивное развитие инновационных направлений в диагностике, профилактике и лечении стоматологических заболеваний является достижением стоматологической службы республики и ее отличительной чертой от других регионов РФ.

Одна из аксиом стоматологии гласит, что без профилактики невозможно снизить стоматологическую заболеваемость. Понимание приоритета профилактики в развитии службы привело к реализации в 2006-2008 годах первой не только в Татарстане, но и в Российской Федерации регионально-ориентированной Программы профилактики стоматологических заболеваний.

Инновационность программы заключалась:

- в тщательном предварительном ситуационном анализе стоматологической заболеваемости населения республики с применением средств программного обеспечения, что дало достоверность результатов, их полный и независимый анализ;
- в комплексе инновационных масштабных профилактических мероприятий, позволяющих гарантированно снизить заболеваемость: фторирование молока для детей 3-6-летнего возраста и профилактика фиссурного кариеса у всех детей республики 6-7-летнего возраста методом неинвазивной герметизации лучшими стоматологическими материалами.

Именно сочетание комплекса мероприятий позволило за рекордно короткий срок достичь значительного медицинского и экономического эффекта. Проведенная в 2006-2012 годах коррекция факторов риска развития кариеса зубов методом герметизации фиссур первых постоянных моляров

у 139 тысяч детей республики позволила сохранить зубы здоровыми в 98,7% случаев!

Значительно улучшилось стоматологическое здоровье детей, участвующих в проекте фторирования молока, которое поддерживается более 10 лет в Нижнекамске и 8 лет – в Зеленодольске. Так, по Нижнекамску среди детей, потребляющих фторированное молоко, на 53%

выросло число имеющих только здоровые зубы, а заболеваемость кариесом зубов среди них снизилась на 17%, по Зеленодольску – на 55% и 6% соответственно. Эти положительные результаты позволили расширить участие в проекте от первоначальных 14,5 тысячи детей до 32,8 тысячи в настоящее время, а также начать подготовительную работу по вне-



дрению проекта в Вахитовском районе города Казани.

Фторирование молока, герметизация фиссур в сочетании с плано-профилактической санацией, стоматологической диспансеризацией населения и участием в гигиенических программах Стоматологической Ассоциации России

специального алгоритма, оформленного в виде приказа Минздрава Татарстана, определяющего порядок проведения в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Татарстан, дополнительного обследования пациентов

риска, выявленных анкетированием. Препарат для скрининга методом хемилюминесценции был включен в Перечень стоматологических материалов, разрешенных к использованию в системе ОМС и утвержден соответствующим приказом Минздрава РТ.

Снижение показателей запущенности злокачественных новообразований губы

Схема взаимодействия РСП и РКОД МЗ РТ



для поэтапного формирования гигиенических навыков и гигиенического воспитания как основы профилактики у детей младшего школьного возраста позволили добиться высоких и стабильных результатов работы. Среди них за последние 10 лет наиболее важным является снижение нуждаемости в стоматологическом лечении детей - с 51,7% до 45,4%, а среди организованных дошкольников - с 50% до 36,9%.

Одной из проблем стоматологической службы республики были высокие показатели заболеваемости, запущенности и летальности от злокачественных новообразований губы, полости рта и глотки, обозначенные, в том числе, на Всероссийском совещании онкологов «Реализация онкологической программы», состоявшейся 24 ноября 2011 года в Москве.

Стоматологическая служба активно включилась в разработку нового направления - раннего выявления онкологических заболеваний визуальных локализаций, организации междисциплинарных подходов профилактики и лечения злокачественных новообразований (ЗНО) челюстно-лицевой области. По результатам анализа заболеваемости и запущенности ЗНО визуальных локализаций был разработан план мероприятий по их снижению, выстроена структура взаимодействия с РКОД.

Основополагающим шагом в данном направлении стало формирование



на стоматологическом приеме по раннему выявлению онкологических заболеваний визуальных локализаций.

Данным приказом был утвержден абсолютно адекватный современным возможностям медицины инновационный метод активного выявления злокачественных новообразований - скрининг хемилюминесцентным методом для пациентов группы

- с 11,8 в 2010-м до 8,9 на 100 тысяч населения в 2012 году, полости рта - с 62,1 до 59,9, соответственно, доказывает эффективность принимаемых мер и внедрения скрининга на стоматологическом приеме в качестве инновационной технологии ранней диагностики ЗНО визуальных локализаций.

В целом можно утверждать, что в Татарстане сформирована одна из наиболее перспективных моделей оказания стоматологической помощи, в основу которой положены программы ВОЗ по профилактике стоматологических заболеваний: проект фторирования молока у детей, работа по герметизации фиссур, формированию у детей мотивации к здоровому образу жизни, привитие им гигиенических навыков, ранняя диагностика онкологических заболеваний, лечение зубов по новым технологиям, доля которого составила в 2012 году более 73%, подготовка к введению в штатное расписание стоматологических поликлиник стоматологических гигиенистов.

Сегодня перед стоматологией Республики Татарстан стоят, в том числе, масштабные общероссийские задачи по разработке и внедрению стандартов лечения на региональном уровне, адаптации деятельности государственных лечебно-профилактических учреждений стоматологического профиля к условиям рынка с учетом изменений законодательной базы Российской Федерации.

Вернуть вкус к жизни и белоснежную улыбку

Успех любой стоматологической клиники строится на профессионализме врачей. В то же время качественная медицинская помощь сегодня немыслима без современного оборудования.



Немецкая компания SIRONA Dental Systems является мировым лидером по производству высокотехнологичного стоматологического оборудования. Основной концепцией компании и ее важнейшими стратегическими целями на протяжении долгих лет остаются приверженность к высококлассному производству, достижения в области инновационных разработок и продвижение продукции на международном рынке. Именно благодаря данным приоритетам и, конечно же, высококвалифицированным, мотивированным сотрудникам этот немецкий производитель может гордиться безупречным качеством своего оборудования и предоставляемых услуг, реализующих основную задачу: отвечать самым строгим требованиям своих партнеров и клиентов.

Наряду с производством стоматологического оборудования SIRONA активно работает в сфере научных разработок и развития инновационных проектов. Ярким приме-

ром этого, безусловно, является создание CEREC-системы, завоевавшей компании репутацию бесспорного лидера на рынке CAD/CAM-систем.

CEREC Omnicam – камера последнего поколения, обеспечивающая привычный комфорт при простом управлении, она работает в полноцветном режиме и с высочайшей четкостью. Настоящим новшеством, значительно превосходящим все предыдущие технологии сканирования на сегодняшний день, способным удовлетворить потребности большинства заказчиков, является цветной оптический слепок, выполняемый в полости рта пациента без использования порошка.

Использование блока для съемки CEREC AC Omnicam в сочетании с многофункциональным шлифовальным блоком CEREC MC XL Premium является оптимальным решением для перехода стоматологической клиники на цифровые методики работы. Благодаря

данной системе у врачей появляется возможность получать и обрабатывать цифровые оптические слепки, полученные непосредственно возле кресла пациента, при помощи интраоральной 3D-камеры. К модульным компонентам CEREC могут быть в любое время подключены дополнительные функции, что позволяет клинике оказывать полный спектр стоматологических услуг. Таким образом, CEREC MC XL Premium – это большой шаг на пути к инновационной технологии CAD/CAM.

В линейке товаров немецкого производителя также есть новейшие рентгеновские системы с функцией 3D и стоматологические установки, инструменты, оборудование для гигиены. Официальным дистрибьютором SIRONA является компания «МедСпортКомплект», которая осуществляет комплексное оснащение стоматологических клиник, обеспечивает гарантийное и послегарантийное обслуживание.*

16+

sirona
The Dental Company



DAC Universal: В ПОМОЩЬ СТОМАТОЛОГАМ

DAC UNIVERSAL – комбинированный автоклав, который чистит, смазывает и стерилизует одновременно 6 инструментов за 12 минут в автоматическом режиме. Кроме того, вы также можете стерилизовать упакованные инструменты и тем самым осуществить полный цикл безопасной, эффективной и надежной гигиены.

ООО «МедСпортКомплект»

г. Казань, ул. Сибгата Хакима, д. 60.
Тел./факс: (843) 527-53-36, 527-56-34, 527-66-00.
renax-stom@yandex.ru, renax-stom@mail.ru

10 причин использовать автоклав DAC Universal:

- автоматическая процедура чистки, смазки и стерилизации инструментов;
- высокое качество обработки инструментов;
- увеличение срока службы инструментов;
- экономия времени рабочего персонала;
- снижение затрат на обработку инструментов;
- возможность учета и контроля процессов стерилизации;
- стерилизация после каждого пациента;
- защита от инфицирования;
- автоклав не является источником вредного электромагнитного излучения и не создает помех для работы других высокотехнологичных медицинских устройств;
- соответствие нормативам (EN 13060, ISO 90001, ISO 13485, ISO TS 15883-5-2005)



16+



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

* Лучше ходить к нам, чем ходить без зубов.



г. Казань, ул. Гагарина, д. 20 а.
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.



г. Казань, ул. Короленко, д. 83.
Тел.: (843) 519-85-85



ТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА
www.stomat9.ru

Наши преимущества:

Доступность

Широкая сеть клиник. Лечение по ОМС, ДМС.

Внедрение новых технологий

Одна из новинок - лечение кариеса без бормашины и болезненных ощущений (инфильтрация ICON). Максимальное сохранение тканей зубов.

Европейские стандарты

Сотрудничество врачей-ортодонтос с остеопатами в целях повышения эффективности лечения.



www.pmfz.expoforum.ru

16 – 18 ОКТЯБРЯ 2013

ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ЗДОРОВЬЯ

НОВЫЙ ВЫСТАВОЧНЫЙ ФОРМАТ



МЕДИЗ СПБ, МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЬЕ

www.mediz-spb.ru

www.messe-duesseldorf.ru



ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

www.congress-ph.ru



ФАРМАЦИЯ

www.primexpo.ru



МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ТУРИЗМ

www.primexpo.ru



БИОИНДУСТРИЯ

www.bioindustry.ru

www.expoforum.ru

ОРГАНИЗАТОРЫ:



www.pmfz.expoforum.ru

+7 812 240 4040

ВАШ ПУТЬ К УСПЕХУ!

Альберт ГАЛЯВИЧ, главный кардиолог МЗ РТ, заведующий кафедрой факультетской терапии и кардиологии КГМУ, профессор, член-корреспондент АН РТ, вице-президент Российского кардиологического общества

Инфаркт миокарда: цепочка выживания

Инфаркт миокарда является одним из наиболее опасных острых заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к высоким показателям смертности и инвалидизации населения.

Анализ данных за предыдущие 10 лет выявил ряд важных фактов:

1. Заболеваемость инфарктом миокарда остается на одном и том же уровне (рис. 1).

2. Смертность населения от инфаркта миокарда снижается медленно.

3. Госпитальная летальность при инфаркте миокарда снизилась значительно, особенно при наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной форме инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST) (рис. 2).

4. Имеются все условия для дальнейшего снижения смертности и госпитальной летальности при инфаркте миокарда.

Оценка ситуации в регионе и тщательный анализ имеющихся данных позволили создать следующую многоуровневую схему оказания помощи при инфаркте миокарда с целью снижения летальности и смертности, т. е. к увеличению выживаемости населения при ИМспST на ЭКГ (рис. 3).

В отношении знания симптомов инфаркта миокарда населением в ряде районов имеется существенная недоработка, однако есть и весьма положительные примеры. В городе Набережные Челны с 2010 года сотрудниками станции скорой медицинской помощи ведется активная просветительная работа среди населе-

ния, направленная на повышение ранней обращаемости за медицинской помощью при подозрении на инфаркт миокарда. Ее отличает многосторонний подход:

1) Врачи станции скорой медицинской помощи являются постоянными участниками рубрики «Здоровье» на местных каналах СТС, РЕН-ТВ, информационных передач местных телевизионных каналов, печатных СМИ;

2) Демонстрируются информационный ролик «Боль в груди» на телеканале СТС и видеоролики в социальных сетях, на сайтах местных СМИ («Челны-ЛТД»);

3) Распространяются информационные листки среди населения и пациентов на вызовах, обратившихся за скорой медицинской помощью, особенно среди тех, кто страдает заболеваниями группы риска: гипертонической болезнью, сахарным диабетом.

Такой подход дал положительные результаты. При анализе обращаемости за медицинской помощью пациентов с инфарктом миокарда было установлено, что в 2010 году в течение первых 2 часов с момента возникновения болей обратилось 75% пациентов, от 2 до 4 часов – 15%, а в 2012 году в первые 2 часа обратилось 89,8% пациентов, от 2 до 4 часов – 4,5%. То есть в наиболее эффективное время для оказания помощи

при инфаркте миокарда обратились почти 95% больных. Это способствовало тому, что были проведены ранняя диагностика, раннее лечение инфаркта миокарда и снижение госпитальной летальности.

Другим важным аспектом снижения летальности при ИМспST является раннее проведение тромболитика (фибринолитика). Своевременное введение фибринолитика (до 6 часов от начала заболевания) может предотвратить 30 смертей на 1000 пролеченных пациентов. Существует международный стандарт по принятию решения о применении тромболитика – 30 минут от момента первого медицинского контакта с больным.

Один из важных вопросов фибринолитической терапии – выбор лекарственного средства. У нас имеется собственный опыт применения фибринолитиков при ИМспST. Мы проанализировали исходы 785 тромболитисов, проведенных в Республике Татарстан. Применялись различные фибринолитические средства: стрептокиназа, проурокиназа, тенектеплаза, альтеплаза. Общая летальность при проведении тромболитика у больных с ИМспST составила 10,7%. Сравнение тромболитиков показало, что имеется разница в летальности в зависимости от примененного препарата: при применении стрептокиназы она была равна 12,2%, при применении проурокиназы – 27,3%, при применении альтеплазы – 9,1%, при применении тенектеплазы – 7,4%. Таким образом, мы убедились, что при проведении фибринолитика больным с ИМспST на догоспитальном этапе следует отдать предпочтение тенектеплазе как препарату быстрого введения (болюсно), быстрого наступления действия и быстрой оценки его эффекта, существенно снижающему показатели летальности.

Нет никаких сомнений в том, что тромболитис следует проводить на догоспитальном этапе при отсутствии противопоказаний. Принцип один: чем раньше начато лечение, тем больше вероятности сохра-

Рис. 1



Рис. 2

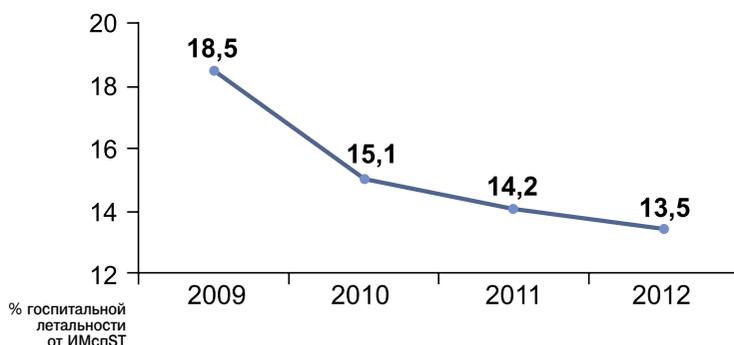




Рис. 3. Цепочка выживания при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST



нить миокард, предотвратить осложнения и спасти пациента.

В отношении применения догоспитального тромболитического в качестве положительного примера также можно привести работу станции скорой медицинской помощи Набережных Челнов, где проводится догоспитальный тромболитический фельдшерскими бригадами.

Следующий этап в лечении инфаркта миокарда – госпитальный. Снижение летальности при инфаркте миокарда на данном этапе зависит от ряда факторов: степени квалифицированности медицинского персонала, постоянной готовности к оказанию экстренной помощи (работа 24 часа в сутки, 7 дней в неделю), наличия необходимых лекарственных средств и расходных материалов и др.

Основным методом реваскуляризации миокарда в стационаре является чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) – раскрытие просвета артерии баллоном и установка в суженное (закрытое) место специального устройства – стента.

В новых рекомендациях Европейского кардиологического общества (ESC, 2012) по лечению инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST подчеркивается, что при невозможности проведения ЧКВ в течение 120 минут от первого медицинского контакта следует рассмотреть применение фибринолитической терапии, в первую очередь на догоспитальном этапе. Затем следует рассмотреть вопрос о проведении спасающей ЧКВ или рутинной коронарной ангиографии.

Такой подход называется фармако-инвазивным. В рекомендациях Европейского кардиологического общества (ESC, 2012) подчеркнуто, что необходимо принимать региональные протоколы по ведению пациентов с инфарктом миокарда, которые позволяют свести к минимуму задержки по реваскуляризации миокарда, связанные с географическими особенностями, и являются оптимальными для организации эффективных методов спасения миокарда и снижения смертности населения.

Эффективность фармако-инвазивного подхода продемонстрирована в иссле-

довании STREAM, результаты которого были доложены на сессии Американской коллегии кардиологов в марте 2013 года.

Начиная с 2007 года в Республике Татарстан функционирует система круглосуточного оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда, аналогичная европейской. Необходимо проводить дальнейшее совершенствование отмеченных выше этапов:

- просветительную работу с населением;
- образовательную работу и повышение квалификации фельдшеров и врачей догоспитального и госпитального этапа;
- внедрение дистанционной передачи ЭКГ;
- обеспечение эффективными лекарственными средствами (включая тромболитики) и расходными материалами;
- оптимизировать транспортировку пациентов в центры ЧКВ.

Есть все условия и возможности для дальнейшего снижения летальности при инфаркте миокарда в Республике Татарстан до уровня 5-6%. *

Резида КАРИМОВА,
заместитель главного врача БСМП
по медицинской части,
заслуженный врач РТ

Сверяясь с мировыми стандартами



Больница скорой медицинской помощи Набережных Челнов подтвердила соответствие сертификату ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001:2008), выданному год назад. Являясь одним из ведущих медучреждений республики, где оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, БСМП сохраняет за собой функции регионального центра скорой помощи, работая 365 дней в году 24 часа в сутки.

ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны — это современное многопрофильное лечебное учреждение с максимальной концентрацией ресурсов для эффективного оказания скорой медицинской помощи. На базе БСМП созданы: центр высокотехнологичной медицинской помощи, сосудистый центр, а также травмоцентр I уровня для оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

В отличие от других клиник, которые оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь, БСМП для жителей северо-востока Татарстана остается центром по оказанию скорой медицинской помощи: 70% пациентов поступают в экстренном порядке, и только 30% — в плановом. 1 июня 2012 года на базе приемного отделения создана служба санитарной авиации, которая оснащена двумя реанимобилями класса С.

ЦИФРЫ

- Обслуживаемое население - 1,2 млн человек.
- Радиус обслуживания - 150-200 км.
- 600 коек, 30 профильных отделений.
- 1200 сотрудников, из них - около 200 врачей, 650 человек среднего медицинского персонала.
- 40 тысяч обращений в год.
- 20739 стационарно пролеченных больных (по итогам 2012 года).

Непрерывно растут объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Завершено формирование кардиологического кластера, куда вошли два отделения кардиологии, отделения кардиореанимации, функциональной диагностики, сосудистой хирургии, кардиохирургии. Впервые в республике развернуто круглосуточно работающее отделение рентгенэндохирургии. Специалисты этой службы прошли стажировки и подготовку в аритмологических и рентгенэндохирургических центрах в Германии и Израиле, сердечно-сосудистые хирурги также были на стажировке в Голландии.

В общекорпоративную работу была вовлечена Станция скорой медицинской помощи Набережных Челнов. Разработан унифицированный подход к эвакуации пациентов с острым инфарктом миокарда. По единой корпоративной сотовой связи о транспортировке тяжелого больного становится известно за 10-15 минут до его доставки в больницу. Это помогает диспетчеру заранее собрать всю команду врачей в приемном отделении или в противошоковом зале отделения реанимации. Доктора и даже фельдшера скорой помощи самостоятельно начинают проводить больному тромболитическую терапию при остром инфаркте миокарда. По стандартам «золотого часа» время «дверь — баллон» при проведении коронароангиографии составляет 1 час 20 минут. В БСМП по итогам 2012-го и четырех месяцев текущего года это время составляет 52 минуты, а время «дверь — дверь» — 22 минуты, что соответствует уровню лучших сердечно-сосудистых центров мира.



Некоторые виды ВМП, выполняемой в БСМП г. Набережные Челны

Вид операции	2010	2011	2012
Коронароангиографии	67	1064	1582
Ортокоронарное шунтирование	-	55	223
Радиочастотные абляции	-	27	51
Установка электрокардиостимуляторов	-	67	104
Установка стент-графтов	-	-	9
Удаление опухолей ЦНС и мозга	-	-	26
Лечение ожогов 2-4 степени с развитием полиорганной недостаточности	-	-	20
Эндопротезирование тазобедренного сустава	140	240	370
Эндопротезирование коленного сустава	-	33	82

Благодаря командному подходу и продуманной логистике удалось снизить летальность от инфаркта миокарда с 12,3% (2009 г.) до 6,9% (2012 г.), а в апреле текущего года даже до 2,3%. При том, что по России этот показатель составляет минимум 10-11%.

Улучшению показателей способствует наличие хорошей диагностической базы, работающей в круглосуточном режиме. Приемное отделение БСМП является не только местом встречи пациента и оформления медицинской документации. На его базе больному проводятся все положенные диагностические исследования по протоколам стандартов лечения Российской Федерации, а также оказывается экстренная медицинская помощь: лекарственная терапия, перевязки, первичная хирургическая обработка ран, шинирование. После диагностики пациент по показаниям непосредственно из приемного отделения направляется на операцию и только после этого поступает на стационарную койку или в отделение общей реанимации и интенсивной терапии. Таким образом, оставшиеся койко-дни используются полностью для излечения и реабилитации пациента, что уменьшает время его пребывания в больнице, экономит средства и увеличивает оборот койки.

Аналогичен подход и к инсультным больным. В БСМП как межмуниципальный сосудистый центр поступают наиболее тяжелые пациенты из других центров, нуждающиеся в использовании высоких технологий. В течение «золотого часа» (3-6 часов от начала инсульта) спасти жизнь пациенту и минимизировать

его инвалидизацию помогает тромболитис, который проводят в нейрореанимационном отделении. А дальше больной переходит к мультидисциплинарной бригаде, состоящей из массажистов, инструкторов ЛФК, психологов, логопедов, реабилитологов.

В соответствии с международным стандартом в ранний период инсульта - на 7-13 сутки - сосудистые хирурги выполняют эндартеректомию - удаление холестериновых бляшек из сонных артерий. Обычно в нашей стране такие операции выполняются уже после выписки и реабилитации пациентов в плановом порядке, но чаще всего к этому времени их уже настигают повторные инсульты. Если необходимо удаление внутримозговой гематомы - оно сразу выполняется нейрохирургами с использованием нейронавигации. Рентгенэндохирурги проводят ангиопластики с использованием баллонов или стентов, церебральную ангиографию (в том числе с эндоваскулярными акклюзиями), а также клипировать аневризмы.

Благодаря всем этим нововведениям удалось снизить летальность от ОНМК с 18,1% (2011) до 13,6% (2012). Эти показатели одни из лучших в республике (в среднем по РТ - 15-16%) и находятся на уровне зарубежных клиник.

Внедряя мировые стандарты медицинских услуг, администрации БСМП удалось увеличить оборот койки за год с 32,3 (2010) до 34,7

(2012) и снизить среднее количество дней пребывания пациента в стационаре с 11,3 до 10,7. Но при этом пришлось столкнуться с тем, что система финансирования по ОМС не стимулирует подобные нововведения, сегодня в расчет берется количество койко-дней, а не окончательный случай.

Внедрение в 2012 году системы «Бережливое производство» позволило провести оптимизацию процессов, ориентацию на нужды потребителя, повышение спроса на услуги больницы, экономия до 10% средств за счет сокращения издержек.

Для объективной оценки работы больницы администрация использует внешний аудит, который проводится при различных конкурсах и сертификациях, считая его средством повышения квалификации специалистов и уровня учреждения в целом. В 2011 году БСМП стала лауреатом премии Правительства Татарстана за качество. В 2012-м больница подтвердила соответствие требованиям стандарта менеджмента качества ИСО 9001-2011, а недавно прошла ресертификацию. Кроме того, в декабре 2012 года БСМП получила сертификат EFQM Европейского фонда по управлению качеством, став первым учреждением здравоохранения в Татарстане, получившим столь высокую оценку. В апреле 2013 года главный врач БСМП Ильдар Хайруллин стал абсолютным победителем российского конкурса «Менеджер года-2012».*

Аритмию – к ответу



Ежегодно в России проводится около 30000 имплантаций электрокардиостимуляторов

Только в Москве заболеваниями сердечно-сосудистой системы страдает около одного миллиона человек. Современные системы кардиостимуляции дают врачам новые возможности в борьбе с нарушениями в проводящей системе сердца.

К настоящему времени основные вопросы электрокардиостимуляции – детектирование сердца и, при необходимости, его стимуляция – решены всеми ведущими производителями: как зарубежными (Medtronic, Biotronic, Guidant, Sorin и другие), так и отечественными («ЭЛЕСТИМ-КАРДИО», «Кардиоэлектроника», ИМЗ, ЛМТ). Постоянное совершенствование электрокардиостимуляторов (ЭКС) происходит в направлении минимизации их весогабаритных характеристик при одновременном увеличении времени эксплуатации и расширении функций, обеспечивающих физиологическую стимуляцию и расширяющих диагностические возможности врачей.

Современные модели ЭКС производства компании «ЭЛЕСТИМ-КАРДИО» весят около 20 г. (однокамерные) и около 30 г. (двухкамерные), обеспечивают не менее 7 лет постоянной стимуляции в стандартном режиме. Компания с 1997 года занимается разработкой, производством и комплексной поставкой электрокардиостимуляционных систем, состоящих из собственно электрокардиостимулятора, одного или нескольких эндокардиальных электродов и программатора. На долю «ЭЛЕСТИМ-КАРДИО» приходится около 25% ЭКС и более 40% электродов от общего количества ежегодно

имплантируемых в России кардиостимуляционных систем.

Физиологичность функционирования разработанных компанией моделей ЭКС обеспечивается наличием большого количества программируемых режимов и широкими диапазонами значений параметров стимуляции и детектирования. В ЭКС реализованы более 20 режимов стимуляции, включая: режим частотной адаптации (изменение частоты стимуляции в зависимости от физической активности пациента), режим минимизации желудочковой

стимуляции (при наличии AV-проводения стимуляция производится в режиме AAI, а при отсутствии – в режиме DDD), режим автоматического переключения (при обнаружении предсердной тахикардии стимулятор автоматически переключается в режим без синхронизации с предсердием). Существенно расширяет диагностические и лечебные возможности врачей наличие в ЭКС некоторых функций, отсутствующих в моделях других отечественных производителей:

- возможность записи тренда адаптации;
- снятие внутрисердечной электрограммы;
- возможность временного программирования параметров стимуляции и детектирования на разных частотах;
- большой пакет телеметрической информации о пациенте и ЭКС;
- наличие ряда антитахикардических функций;
- наличие цангового контакта в анодной цепи.

К настоящему времени компания разработала и серийно производит все основные группы постоянных эндокардиальных электродов для имплантируемых электрокардиостимуляторов: моно- и биполярные, пассивной и активной фиксации, стероидосодержащие, под интродюсеры 10F, 9F, 8F и 7F. В классе одно- и двухкамерных ЭКС, постоянных электродов



активной и пассивной фиксации, по всем основным параметрам отечественная продукция не уступает зарубежной при более доступной цене. В то же время на рынке отсутствуют отечественные имплантируемые системы для сердечной ресинхронизирующей терапии, состоящие из бивентрикулярного (трехкамерного) ЭКС и комплекта эндокардиальных электродов. В настоящее время «ЭЛЕСТИМ-КАРДИО» проводит исследовательские работы по разработке и серийному производству систем трехкамерной стимуляции.*

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ФОРУМ



2013

Медицина

ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

29-31 октября
г.Уфа

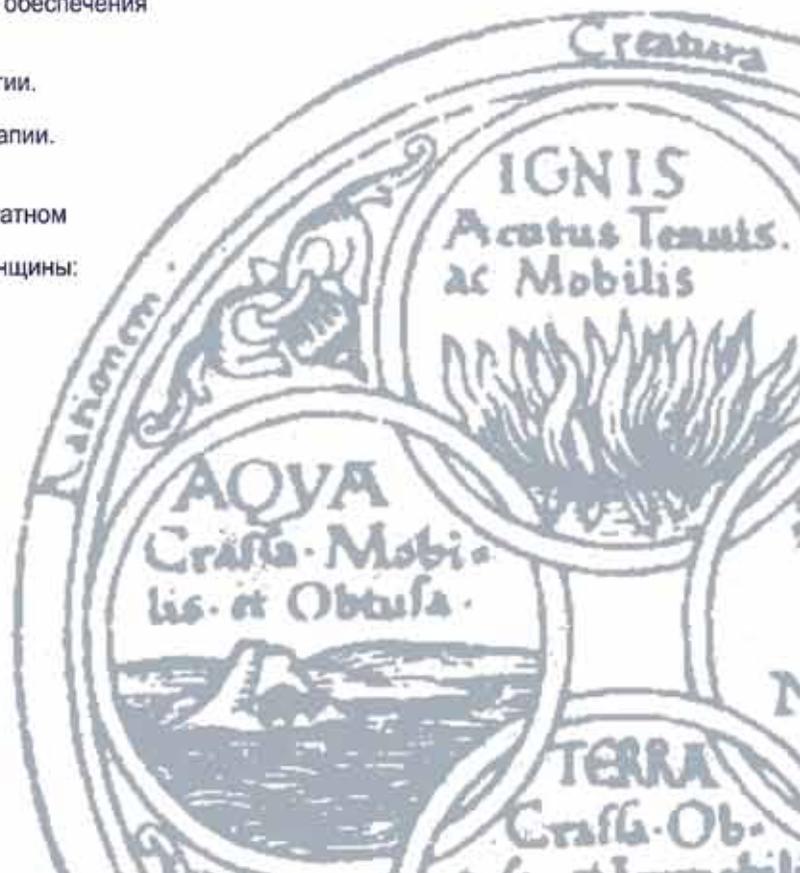
Научная программа:

- Актуальные проблемы совершенствования лабораторного обеспечения медицинской помощи.
- Актуальные вопросы кардиологии.
- Новые диагностические и лечебные технологии в неврологии.
- Актуальные вопросы болезней органов дыхания.
- Актуальные проблемы реаниматологии и интенсивной терапии.
- Актуальные вопросы инфекционных болезней.
- Акушерские кровотечения.
- Физиология и патология репродуктивной системы в пубертатном периоде.
- Гиперпластические процессы репродуктивной системы женщины: патогенез, диагностика, профилактика, лечение
- Актуальные проблемы педиатрии.



БАШЭКСПО
ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР

тел.: (347) 256-51-80, 256-51-86
факс: (347) 256-59-04
e-mail: medicine@bashexpo.ru
<http://www.bashexpo.ru>



Точки роста биомедицинской науки

Год назад в Казанском (Приволжском) федеральном университете был создан Институт фундаментальной медицины и биологии (ИФМиБ). Конечно, это крайне короткий срок для фундаментальной науки, но институт развивается по интенсивному сценарию. О первых результатах и перспективах – в интервью его руководителя, профессора, д.м.н. Андрея Киясова.



- Андрей Павлович, какие цели были поставлены перед институтом?

- Основные цели были обозначены в программе развития Казанского университета, где одним из приоритетов стало медицинское направление. Было принято решение идти по особому пути – не создавать отдельный медицинский факультет, а организовать институт на базе биолого-почвенного факультета, объединив биологическое и медицинское образование. При этом ректорат университета прозорливо опередил актуальную тенденцию – уже через несколько месяцев после создания ИФМиБ была принята Концепция развития медицинской науки до 2025 года, в которой министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой в числе основных трендов было отмечено развитие биомедицины.

Если обратиться к истории, одним из выпускников Казанского университета был Борис Лаврентьев – основоположник функциональной гистологии. Он долго колебался между поступлением на медицинский или физико-математический факультет и, несмотря на то, что поступил на медицинский, считал, что врач должен иметь прекрасную естественно-научную подготовку, поскольку знания биологии, химии, физики являются базисными для будущего врача. Это соображение справедливо и сегодня. Информацию о многих современных технологиях, препаратах врачи зачастую вынуждены получать от представителей медицинских и фармацевтических компаний, пытаясь взять ее на веру. В то же время на биологическом факультете отлично развит этот бейсик. Взять ту же кафедру микробиологии – студенты знают, как вырастить любой микроорганизм, все про генетику, токсикологию и многое другое. Многие знания, которые даются на факультете, недоступны будущим врачам, при этом они им, безусловно, необходимы.

В конечном итоге наши выпускники будут получать диплом биолога или врача. У нас получена лицензия на шесть медицинских

специальностей – лечебное дело, стоматологию, фармацию, медицинскую биофизику, медицинскую биохимию, медицинскую кибернетику. В этом году проводится первый набор будущих врачей.

Кроме того, нам бы хотелось вернуться к своего рода «семейному» образованию. На кафедре гистологии, которая приобщила меня к науке, в двадцатых годах прошлого столетия работали два выдающихся педагога – ученые, которые прославили Казань, – Александр Миславский и Борис Лаврентьев. Вокруг них собирались талантливые молодые люди, интересующиеся наукой, например, будущий член-корреспондент РАН и РАМН профессор Колосов, известный терапевт Зимницкий и многие другие. Практически все известные профессора-клиницисты проводили свои научные исследования на так называемых фундаментальных кафедрах. Справедливости ради надо сказать, что и количество студентов было меньше, чем сейчас в медицинских вузах, может быть, поэтому существовал

элемент «семейности». Похожие традиции – и на биофаке, когда студент «привязан» к той или иной кафедре, проводя научно-исследовательскую работу в рамках своей темы и при ежедневном тесном контакте с руководителем. Главная задача для нас – это не количество, а качество подготовки будущего специалиста.

- Какие новшества здесь планируется внедрять в рамках медицинского направления?

- В России приняты федеральные образовательные стандарты, в них прописано около 70% «обязательных» предметов, которые в полном объеме должны преподаваться в любом медицинском вузе или на факультете. Оставшиеся 30% – это вариативная часть, которую мы можем формировать самостоятельно, в нашем случае – это генетика, микробиология, клеточные технологии, такие прорывные науки, как протеомика, биоинформатика и постгеномные технологии. Большой блок посвящен диагностике, в частности, лабораторной. Мы стараемся





соответствовать всем современным трендам, исходя из которых определены три точки роста.

Во-первых, это геномные и пост-геномные технологии. Здесь будут реализованы направления, связанные с геномом человека, предрасположенностью к заболеваниям, фармакогеномикой. Наш институт – один из лидеров в России в сфере разработки генотерапевтических методов. Отдельный научный блок связан с геномом микроорганизмов. Одним из наших партнеров является Университет Гиссена (Германия). Недавно мы встречались с деканом медицинского факультета, нами были достигнуты соглашения о том, что ряд немецких разработок будет транслироваться в нашем институте. Не могу раскрывать всех деталей, но у них есть действительно интересные результаты. Так, они выделили микроорганизмы из незаживающих язв, возникающих при диабетической стопе. Оказалось, что при подборе соответствующего антибиотика язвы начинают затягиваться уже через три недели.

Еще один наш стратегический партнер – московский НИИ физико-химической медицины. Постоянным консультантом научно-технического совета ИФМиБ является Вадим Говорун, заместитель директора НИИ, член-корреспондент РАМН. Именно он, в частности, обучал наших ребят работе на масс-спектрометрах для протеомного анализа, и вместе с ним мы планируем проводить исследования микробиоты.

Второе направление – регенеративная медицина. Мы будем заниматься банкированием клеток и тканей. Начинать со стволовых, полученных из пуповинной крови, сейчас работаем и с мезенхимными – из аутологической жировой ткани. Функционирует лаборатория по тканевой инженерии, где мы хотим выращивать аллогraftы, аутографты. По сути, это фрагменты органов, которые могут быть использованы для трансплантации. Так, мы сможем выращивать кожу из собственных клеток пациента и пересаживать ее при ожогах. Для примера наглядный результат, получивший широкую огласку в СМИ, – проведенная в Краснодаре пересадка искусственно выращенной трахеи.

В-третьих, мы планируем развивать ядерную медицину. Несколько месяцев назад президент РТ Рустам Минниханов во время визита в Чехию посетил протонный центр, впоследствии было дано поручение рассмотреть возможность создания подобного учреждения в нашей республике. Отличие протонной терапии от других видов лучевого воздействия – «адресное» разрушение опухолевых клеток, не затрагивающее соседние ткани. Персонал, работающий в таких центрах, – преимущественно не врачи, а физики, и это еще один аргумент в пользу подготовки таких специалистов именно в стенах нашего университета, где мы сможем обеспечить взаимодействие с физическим институтом КФУ.

- Один из актуальных трендов – трансляционная медицина, когда сокращается

срок между научной разработкой и ее внедрением в клиническую практику. Расскажите, пожалуйста, о центре трансляционной медицины вашего института.

- Центр трансляционной медицины ИФМиБ располагается на двух площадках. Первая – лаборатории и научно-образовательный центр фармацевтики на улице Парижской Коммуны, 9. Они открылись относительно недавно. Здесь будет проводиться разработка новых лекарственных препаратов и других биомедицинских технологий. Кроме того, в лабораториях установлены пять новых масс-спектрометров, которые позволяют нам определить любую молекулу, белок, микроорганизм.

Вторая площадка Центра трансляционной медицины будет располагаться на территории РКБ-2, то есть в непосредственной близости от клинической базы – одного из ведущих медучреждений республики, где мы сможем проводить исследования и внедрять новые разработки в лечебный процесс. Сейчас осуществляется закупка оборудования, проводится ремонт. С начала учебного года мы планируем начать здесь работу.

- Что было достигнуто за этот год? Каковы ваши планы на будущее?

- Для того чтобы получить первые результаты в фундаментальной науке, должны пройти годы, десятилетия кропотливой работы. Вместе с тем с таким руководством как в нашем вузе, уверен, – все будет развиваться более интенсивно. Он поддержи-



вает все наши направления деятельности, создает мотивированную команду. Уже сегодня ИФМиБ занимает ведущие позиции среди подразделений КФУ по реализации различных проектов, в том числе международных, количеству публикаций и т. п.

За этот год проведена огромная подготовительная работа – открыты образовательная и лабораторная площадки, улучшена материально-техническая база, получены лицензии на новые направления образовательной деятельности. При этом все кафедры, учебно-научные базы, которые были на биофаке до открытия института, мы сохранили, они также развиваются.

Говоря о первых результатах, нужно упомянуть и проведенную в ноябре прошлого года международную конференцию, посвященную геномным и постгеномным технологиям в биологии и медицине. Это было действительно масштабное мероприятие по количеству иностранных гостей, российских академиков. На встрече с Рустамом Миннихановым ведущие ученые попросили

президента, чтобы и впредь площадкой для проведения этого форума была Казань, что служит наглядным подтверждением того, что мероприятие было организовано на высоком уровне. Отдельно хочу отметить, что в программу конференции с подачи академика Скрябина был включен спутник симпозиум, посвященный Александру Баеву. Этот великий генетик, биохимик был одним из основателей российской части проекта «Геном человека». Говоря о казанской медицинской школе, мы часто упоминаем такие фамилии, как Лесгафт, Овсянников, но при этом порой забываем о выпускниках КГУ, таких как Догель, Бушмакин, Баев, Сперанский, Карасик, Лаврентьев, Колосов и других. Они получили образование в Казани и уже за ее пределами прославили российскую науку.

Большие возможности открываются в связи с новым законом об образовании. Уникальная интеллектуальная и материальная база Казанского университета может быть использована для подготовки врачей и дру-

гих специалистов в рамках так называемого сетевого образования. При этом два вуза или вуз и НИИ могут заключить договор, согласно которому студенты одного вуза будут учиться на кафедрах или в лабораториях партнера, получать дополнительные знания.

Кроме того, с 1 сентября вступит в силу новый закон об образовании, Казанский университет, который имеет статус федерального, сможет разрабатывать собственные образовательные стандарты, мы планируем «синхронизировать» программу обучения в нашем вузе с программами наших иностранных партнеров – университетов Германии, Чехии. Это будет вариант сетевого образования, который даст возможность студенту получать знания как у нас, так и за рубежом, с перспективой выхода на двойные дипломы в рамках Болонского процесса.

Одним словом, планов у нас громадье. Сейчас важно правильно определить приоритетные точки развития.

AMULET

FUJIFILM DIGITAL MAMMOGRAPHY SYSTEM



АМУЛЕТ ДОБРОЙ НАДЕЖДЫ



ТОЧНОСТЬ В 50 МИКРОН
ПОЗВОЛЯЕТ
УВИДЕТЬ
ВСЕ МЕЛЬЧАЙШИЕ
ПОДРОБНОСТИ

ДВОЙНОЙ
СЛОЙ
АМОРФНОГО СЕЛЕНА
И УЖЕ ЛЕГЕНДАРНОЕ
ПРЯМОЕ ОПТИЧЕСКОЕ
ПРЕОБРАЗОВАНИЕ

FUJIFILM

FUJIMED.RU - 8 (495) 797 35 12



Служба крови Татарстана: в ногу со временем

Служба крови – особое звено в системе здравоохранения, без которого невозможно представить современную медицинскую помощь. Весной этого года были озвучены планы по строительству в Казани новой станции переливания крови. О перспективах развития службы в Республике Татарстан – в интервью главного врача ГАУЗ «Республиканская станция переливания крови» МЗ РТ Рамиля Тураева.

- Рамиль Габдельхакович, расскажите подробнее о планируемом строительстве. Что из себя будет представлять новая станция крови и почему возникла необходимость в ее создании?

- Большинство станций переливания крови, которые находятся на территории России, располагаются в приспособленных помещениях. Существуют типовые станции, которые были построены еще в 60-х годах прошлого века, однако они уже не могут отвечать требованиям времени. Европейским стандартам они также не соответствуют.

В нашей республике станция переливания крови была построена в 1961 году. Понятно, что по некоторым показателям она себя уже просто изжила. Правительство Российской Федерации определило развитие службы крови как одно из приоритетных направлений в области социальной сферы и здравоохранения. Совершенствование производственной и клинической трансфузиологии в российских медицинских учреждениях может быть основано только на единой системе организации донорства и производства гемоконпонентов. Учитывая это, было принято решение о строительстве в Казани новой станции переливания крови, отвечающей всем мировым требованиям. Это будет уникальное учреждение, можно сказать, храм крови.

Начало строительства запланировано на июль, надеемся, что к 2014 году мы сможем использовать все мощности этого современного медицинского комплекса. Особенность учреждения в том, что оно находится в транспортной доступности – рядом имеется развитая дорожная сеть. Мы очень трепетно относимся к донорам, поэтому предусмотрели максимально комфортные и удобные пути доезда до станции.

Внешне новое учреждение будет представлять собой трехэтажное здание,



ЦИФРЫ

Служба крови Республики Татарстан обеспечивает бесперебойное и полноценное снабжение гемотрансфузионными средами более 80 учреждений здравоохранения, насчитывающих более 26 тысяч лечебных коек. В среднем ежегодно производятся трансфузии 30 тысячам больных, около 84 тысяч переливаний компонентов и препаратов донорской крови.

соответствующее всем европейским стандартам, учитывающее действующие санитарные правила и нормы. Будет выстроена четкая система входного и выходного контроля, логистика движения пациентов. Планируется, что между сотрудниками будут общаться с помощью пневмопочты и IT-систем. Вся система забора крови изменится.

Немаловажна и закупка самого современного оборудования. Клиническая трансфузиология сегодня испытывает непрерывное влияние научно-технического прогресса. В последнее десятилетие во всем мире наметилась тенденция к переходу от переливаний цельной крови к избирательному (по показаниям) применению отдельных ее компонентов – плазмы, эритроцитов, тромбоцитов, гранулоцитов. Быстрое развитие и широкое практическое применение получают гравитационная хирургия крови, биотехнологии, клеточная инженерия и многое другое.

Хочу выразить свою огромную благодарность президенту республики Татарстан Рустаму Минниханову, Правительству РТ, Министерству здравоохранения РТ и лично министру Айрату Фаррахову за



то, что они всецело поддержали это начинание. Вообще, реализация этого проекта на территории Татарстана не случайна, поскольку наша республика является одним из передовых регионов в плане внедрения инновационных технологий.

- Каким образом повлияет новая станция на работу службы крови в целом?

- Новая станция крови – это новые возможности по забору крови. Служба крови Республики Татарстан обеспечивает бесперебойное и полноценное снабжение гемотранфузионными средами более 80 учреждений здравоохранения, насчитывающих более 26 тысяч лечебных коек. В среднем ежегодно производятся трансфузии 30 тысячам больных, около 84 тысяч переливаний компонентов и препаратов донорской крови. Новая станция позволит быть уверенными на 100%, что лечебные учреждения получат вирусобезопасные гемокомпоненты. Наша главная задача заключается в том, чтобы не допустить инфицирования реципиентов от опасных доноров – заразившихся незадолго до донации и пришедших в учреждение в серонегативном периоде ВИЧ-инфекции или вирусных гепатитов В и С. Несмотря на совершенствование процедур обследования, передача инфекционных агентов с компонентами крови остается реальным риском.

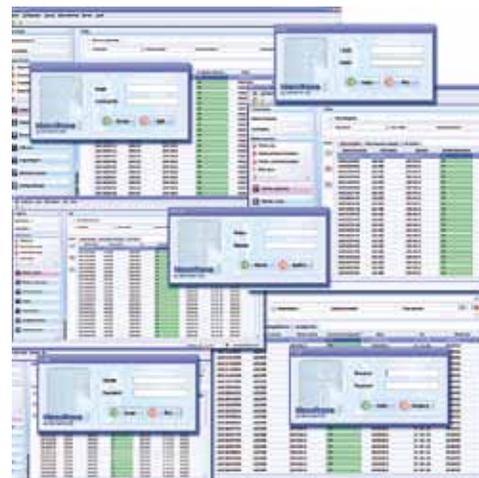


В связи с этим формирование донорских кадров, гарантия безопасности кровосдач для здоровья доноров и обеспечение медицинской безопасности для реципиентов всегда были и остаются главными составляющими деятельности службы крови в нашей стране и за рубежом.

Примечательно, что человеческий ресурс на новой станции будет использоваться по минимуму, все процессы автоматизированы. Управлять техникой, конечно же, будут специалисты, прошедшие профессиональную переподготовку в ведущих мировых клиниках. Хочется отметить, что в Республике Татарстан продолжается успешная реализация Федеральной программы развития службы крови и безвозмездного донорства. Минздравом РТ и ГАУЗ «РСПК МЗ РТ» уделяется большое внимание популяризации донорского движения и повышению его престижа. В Татарстане ежегодно проводятся ставшие уже традиционными акции: «АвтоМотоДонор», «Подари сердце городу», «Спасибо, донор!», «Донорское совершеннолетие». Служба крови имеет общегосударственный стратегический характер, так как затрагивает вопросы национальной безопасности. Главная задача службы крови республики – дальнейшее развитие и поддержка безвозмездного донорства на уровне, необходимом для полного удовлетворения потребности лечебной сети в качественных и безопасных компонентах крови.

Евгений Жибурт, Сергей Мадзаев, Жандос Бурктибаев, Марина Губанова,
кафедра трансфузиологии и проблем переливания крови Института усовершенствования врачей
Национального медико-хирургического центра имени Н. И. Пирогова

Вирусинактивированная плазма для переливания



Заражение вирусными инфекциями реципиентов компонентов донорской крови остается серьезнейшей проблемой современной медицины. В России чаще всего переливают плазму, поэтому вопрос ее вирусинактивации приобретает особую актуальность.

Принципиальными недостатками существующих методов профилактики передачи вирусов при переливании плазмы (отбор доноров, лабораторное обследование, карантинизация, удаление лейкоцитов) являются:

а) возможность ошибки оператора и пропуска инфекции (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С) в клинически бессимптомный период «серологического окна»;

б) ограниченный спектр перечисленных выше тестируемых вирусов, фактически допускающий передачу герпесвирусов, Т-лимфотропного вируса человека (HTLV), вируса Западного Нила (WNV), вирусов других гепатитов, парвовируса В19 и т. д., включая вирусы, неизвестные современной науке.

Указанных выше недостатков лишены технологии редукции патогенов (часто используются синонимы: инактивации патогенов, вирусинактивации).

МЕТОДЫ ВИРУСИНАКТИВАЦИИ ПЛАЗМЫ

В настоящее время для практического использования в некоторых странах решены следующие методы противовирусной обработки:

- одной дозы плазмы метиленовым синим [1, 2];
- пула плазмы методом «растворитель/детергент».

Вирусинактивация пула плазмы методом «растворитель/детергент» предусмотрена на создающемся российском заводе по производству препаратов крови [3].

Вирусинактивация одной дозы плазмы метиленовым синим внедряется в субъектах Российской Федерации. Поставки оборудования для реализации этой технологии в центрах крови ведутся с 2008 года в рамках национального проекта «Здравоохранение» [4].

ИНАКТИВАЦИИ ПАТОГЕНОВ С МЕТИЛЕНОВЫМ СИНИМ

Метиленовая синь – фенотиразиновый основной краситель. Красители этого класса способны внедряться в структуру нуклеиновых кислот вирусов и прочно связываться с остатками гуанозина ДНК/РНК.

После облучения светом с длиной волн от 590 до 630 нм фотоактивированный краситель окисляет кислород до синглетного, химически повреждающего генетический материал вируса. Тем самым процесс его репликации, стало быть, и заражение реципиента становятся невозможными [5].

Технология инактивации вирусов представляет последовательность стандартных операций, воспроизводимых сотрудником центра крови:

- фильтрационное удаление лейкоцитов из плазмы;
- добавление к плазме метиленового синего;
- облучение видимым светом в аппарате «Макотроник»;
- фильтрационное удаление из плазмы метиленового синего;
- переливание плазмы пациенту или замораживание плазмы для последующего хранения [6].

Составные части расходной системы:

1. Лейкофильтр PLAS4 – для удаления лейкоцитов из плазмы.
2. Таблетка метиленового синего, интегрированная в замкнутую систему.
3. Контейнер для экспозиции.
4. Фильтр «Блюфлекс» (Blueflex) для удаления метиленовой сини из обработанной плазмы.



5. Контейнер для хранения плазмы при температуре ниже - 30 °С.

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ

Метиленовый синий включен в реестр Европейской Фармакопеи (4-е издание, 2002 год) и Фармакопеи США (XXV-2002).

Количество метиленового синего, используемого в процессе «Макотроник» (0,085 мг на одну единицу плазмы), в сотни раз ниже, чем клиническая доза, применяемая при лечении метгемоглобинемии (до 7 мг/кг) и гипотензии, индуцированной высоким уровнем оксида азота (1 мг/кг).

Свыше 4,5 миллиона единиц свежезамороженной плазмы (МС-СЗП), обработанной метиленовым синим, было успешно перелито в Европе и Азии.

Сообщений о побочных эффектах, вызванных применением плазмы, обработанной метиленовым синим, не имеется.

Все части системы «Макотроник» по степени потенциального риска применения относятся к Классу III согласно Европейской директиве по медицинским приборам 93/42/ЕЕС и изготовлены в соответствии со Стандартами качества ИСО 9001.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Для получения разрешения уполномоченного органа (Еврокомиссия в Евросоюзе, FDA в США и т. д.) на практическое использование технологии инактивации и удаления вирусов должно быть четко показано, что применяемые процессы способны удалить или инактивировать широкий спектр вирусов и являются безопасными.

Таблица 1. Чувствительность оболочечных вирусов после обработки «Макотроник»

Вирус	Семейство	Величина сокращения (log10)
ВИЧ-1	Ретро	≥5,45
Вирус Западного Нила (WNV)	Флави	≥5,78
BVDV (модель для HCV)	Флави	≥5,4
Холеры свиней	Флави	≥5,92
Вирус псевдооспы коров	Герпес	≥5,48
Герпес обыкновенный	Герпес	≥5,50
Бычий герпес	Герпес	≥8,11
Семлики форест	Тоба	≥7,00
Синдбис	Тоба	≥9,73
Инflюэнца	Ортомиксо	5,1
Вирус гепатита В (утиный)	Гепадна	>6,0
Везикулярного стоматита	Рабдо	≥4,89

Таблица 2. Чувствительность безоболочечных вирусов после обработки «Макотроник»

Вирус	Семейство	Величина сокращения (log10)
Аденовирус	Адено	≥5,33
Кальцивирус (модель для HEV)	Калици	≥3,9
SV 40	Папова	≥4
Парвовирус B19	Парво	≥5

Таблица 3. Чувствительность бактерий после обработки «Макотроник»

Бактерия	Величина сокращения (log10)
Staphylococcus epidermidis	≥4,9
Staphylococcus aureus	≥4,8
Escherichia coli	≥4,7
Bacillus cereus	≥4,7
Bacillus cereus	≥4,7
Brevundimonas diminuta	≥3,1

Доказана максимальная (среди всех известных методов) степень инактивации вирусов метиленовым синим и видимым светом – как в отношении оболочечных вирусов (табл. 1), так и безоболочечных вирусов (табл. 2) и бактерий (табл. 3).

При регистрации медицинской технологии получения и применения МС-СЗП в России испытания, проведенные в шести ведущих научно-клинических центрах, подтвердили данные зарубежных коллег [6].

ФАКТОРЫ СВЕРТЫВАНИЯ И ДРУГИЕ БЕЛКИ

В Европе и России провели детальное изучение показателей гемокоагуляции на пяти различных этапах получения МС-СЗП: до обработки; после фильтрации плазмы через PLAS4; после растворения метиленового синего; после облучения; после фильтрационной элиминации метиленового синего.

Установлено, что в процессе инактивации вирусов лишь этап облучения влияет на активность факторов свертывания. Наиболее лабилен (до 20% снижения) фактор VIII, в меньшей степени – фибриноген и фактор X. Тем не менее, изменение содержания этих факторов не выходит за физиологические границы.

ПРЕИМУЩЕСТВА

Работа с единичной дозой плазмы, приготовленной из крови одного донора, обладает рядом преимуществ:

1. Отсутствует риск перекрестного заражения, возникающий при объединении нескольких доз плазмы различных доноров.
2. Обработка на месте – методика доступна любой медицинской организации, получающей или применяющей донорскую плазму.
3. Возможность применения как для свежезаготовленной, так и для свежемороженой плазмы (СЗП).
4. Возможность получения вирусинактивированных криопреципитата и криосупернатантной плазмы.
5. Возможность выбора донора-мужчины (для профилактики передачи антилейкоцитарных антител – причины острого поражения легких, связанного с трансфузией).
6. Возможность выбора плазмы группы АВ (для профилактики переливания иммунных анти-А и анти-В-антител).
7. Доказанное максимальное (по сравнению с другими методами) снижение риска передачи известных либо неизвестных возбудителей вирусных заболеваний.

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ И РОССИИ

Метод обработки одной дозы плазмы метиленовым синим одобрен Всемирной организацией здравоохранения [7]. С 2003 года процедура инактивации вирусов в плазме предусмотрена рекомендованным Советом Европы «Руководством по приготовлению, использованию и гарантии качества компонентов крови» – одним из наиболее авторитетных нормативных документов службы крови [8]. Тем самым созданы правовые предпосылки



Литература

1. Система инактивации вирусов в плазме крови MACOTRONIC с принадлежностями производства компании MACOPHARMA S.A. (Франция), Регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2006-822 от 30 мая 2006 г., Сертификат соответствия ГОСТ Р № РОСС FR.ИМ02.В13949 от 09.06.06.
2. Системы для сбора и хранения компонентов крови производства компании MACOPHARMA S.A. (Франция), Регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2006-821 от 30 мая 2006 г., Сертификат соответствия ГОСТ Р № РОСС FR.ИМ02.В13950 от 09.06.06.
3. Распоряжение Правительства РФ о строительстве в г. Кирове завода по производству препаратов крови от 23.04.2004 г. N 156-р.
4. Приказ Минздрава России от 30.04.2009 № 223н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации № 318 от 9 апреля 2009 г. «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови».
5. Жибурт Е.Б. Правила переливания плазмы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2008. – 240 с.
6. Способ инактивации вирусов в плазме крови фотодинамическим методом с помощью системы «ТЕРАФЛЕКС-МБ-ПЛАЗМА (THERAFLEX – MB PLASMA)». Регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития ФС № 2007/195 от 18 сентября 2007 г.
7. Guidelines for viral inactivation and removal procedures intended to assure the viral safety of human blood plasma products// WHO Expert Committee on Biological Standardization. – Geneva, 2001. – 72 p.
8. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Recommendation № R(95)15/14th edition, Council of Europe, 2008. – 283 p.
9. Федеральный закон Российской Федерации от 23 февраля 1996 г. № 19-ФЗ «О присоединении России к Уставу Совета Европы».
10. Губанова М.Н. Клинические и технологические аспекты совершенствования деятельности службы крови субъекта Российской Федерации / Дис. ... к. м. н. – М., 2008. – 150 с.
11. Приказ Минздрава России от 31.01.2002 № 25 «О введении в действие отраслевого классификатора «Консервированная кровь человека и ее компоненты».
12. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».
13. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52938-2008 «Кровь донорская и ее компоненты. Контейнеры с консервированной кровью или ее компонентами. Маркировка» (введен в действие Приказом Ростехрегулирования от 14.07.2008 № 139-ст).
14. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 321 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации».

для внедрения передовых технологий в практику российской службы крови и здравоохранения в целом.

Существуют три способа внедрения вирусинактивации одной дозы плазмы метиленовым синим:

1. Все дозы плазмы для переливания в стране (Бельгия, 12 из 14 регионов Франции, регионы Испании, Германии).
2. Все дозы плазмы в стране, предназначенные для переливания детям до 16 лет (Великобритания).
3. В инициативном порядке в качестве дополнительного метода повышения безопасности трансфузионной терапии (Франция, Испания, Италия, Швеция, Бразилия, Греция, Австрия и т.д.).

Различная ведомственная и региональная принадлежность организаций службы крови России предполагает внедрение технологии инактивации по третьему типу – в передовых центрах крови и клиниках. Первый опыт внедрения технологии вирусинактивации одной дозы плазмы метиленовым синим в России (Ставрополь, Краснодар, Киров, Сургут и т.д.) показал высокую клиническую эффективность этой технологии, ее соответствие социальным ожиданиям. Установлено, что при применении МС-СЗП расход плазмы в расчете на одного пациента не увеличивается, а количество побочных реакций – снижается [10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В арсенале российских трансфузиологов уже более пяти лет имеется технология инактивации патогенов метиленовым синим/видимым светом (МС-СЗП), гарантирующая вирусную безопасность реципиентов донорской плазмы.

Оборудование для получения МС-СЗП входит в базовый комплект оснащения центра крови, предусмотренный национальным проектом «Здравоохранение». В пилотных регионах показана возможность полного обеспечения МС-СЗП педиатрических, родильных, гинекологических отделений – с расширением контингента реципиентов. Хранение, транспортировка и применение (включая показание) МС-СЗП не отличаются от таковых для обычной свежемороженой плазмы.*



Российская неделя здравоохранения



12+

Реклама

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



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Центральный выставочный
комплекс «Экспоцентр»,
Москва, Россия

9–13 декабря 2013

www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Тел.: 8 (499) 795-37-99, 795-39-46
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru, экспоцентр.рф

Гульнара ФАРРАХОВА,
руководитель направления внедрения системы менеджмента качества Образовательного центра высоких медицинских технологий

Немецкое качество – в медицине



Тема оказания качественной медицинской помощи в последнее время чрезвычайно актуальна. В медицине обеспечить стабильное качество услуг труднее, чем в других сферах, из-за специфики и сложности различных видов заболеваний, непредсказуемости течения болезни.

Проведенный в декабре прошлого года мастер-класс «Управление качеством в здравоохранении» в Образовательном центре высоких медицинских технологий показал большой интерес к этой проблеме у руководителей учреждений здравоохранения города Казани и Республики Татарстан. Многочисленные вопросы и дискуссии среди медицинской общественности подсказали нам идею изучения существующих в развитых европейских странах моделей сертификационных систем менеджмента качества. Выбор пал

на Германию, так как эта страна является образцом высококачественных медицинских услуг и отличается высоким уровнем медицинского сервиса.

Образовательный центр высоких медицинских технологий организовал для руководителей клиник семинар «Опыт Германии в разработке систем менеджмента качества в медицине», который состоялся в марте этого года. С немецкой стороны делегацию принимала Международная академия управления и технологии INTAMT e.V. (город Дюссельдорф).

В программу стажировки было включено посещение региональной ассоциации врачей, здесь прошел семинар «Система медицинского обслуживания населения Германии и организация контроля его качества», делегацию ознакомили с порядком взаимодействия ассоциации с врачами, пациентами, больничными кассами.

В городе Геттинген мы посетили институт прикладного развития качества и исследований в здравоохранении, где обсуждались вопросы обоснования необходимости создания и внедрения системы менеджмента качества (СМК) в медицине, были представлена историческая ретроспектива развития СМК в Германии, нормативно-правовая база, структура и основные компоненты системы. Обсуждался вопрос управления качеством в лечении больных. Были проведены переговоры с руководителями и специалистами института о возможных направлениях сотрудничества в области СМК в медицине.



Особый интерес у нас вызвало посещение компании, занимающейся разработкой и реализацией систем управления качеством в немецком здравоохранении. Внедрение СМК в немецких медицинских организациях законодательно закреплено в соответствии с Социальным кодексом Германии.

Бурная дискуссия развернулась при посещении городской клинической больницы города Кельна. Было задано много вопросов о целесообразности внедрения СМК, практической значимости для управления процессами в клиниках.

Ключевым моментом в стажировке стала встреча с вице-президентом крупнейшей сертификационной компании TÜV-Certification Герфридом Колем, на которой обсуждались вопросы качества медицинских услуг.

Одним из результатов этой поездки стало проведение 17 апреля первой Международной конференции «Качество и управление рисками в медицинских учреждениях»



с участием наших европейских коллег (Германия, Англия). Мероприятие собрало огромное число участников, менеджеров в сфере здравоохранения со всей России. Мастер-классы, проведенные в ходе конференции, дали возможность более детально остановиться на практических возможностях СМК, вопросах управления персоналом и роли руководителя в СМК, использования методов организационного моделирования, управления качеством в клинических лабораториях, внутреннем аудите как инструменте оценки рисков и т. д.

Инициативу подготовки специалистов СМК в медицине подхватил Образовательный центр высоких медицинских технологий, который предложил новый образовательный продукт для руководителей медицинских учреждений «СМК – эффективный инструмент для управления медицинскими учреждениями», стартовавший 20 мая этого года.



В штатном режиме

ключевые вопросы обслуживания медицинского оборудования

В рамках Программы модернизации здравоохранения произошло масштабное обновление парка медицинской техники. Современное оборудование дает новые возможности для диагностики и лечения, но для того чтобы реализовать их в полной мере, необходимо обеспечить грамотную эксплуатацию и техническое обслуживание.

Внедрение высоких медицинских технологий в российских ЛПУ – это, безусловно, положительная тенденция. Но вместе с тем, по мере совершенствования медицинского оборудования, повышаются требования к технической службе. Как правило, в крупных медучреждениях есть свои инженеры, которые решают текущие вопросы. Однако их возможности ограничены бюджетом больницы, а для того чтобы, например, провести контроль измерений высокотехнологичного оборудования, необходимы дорогостоящая диагностическая аппаратура, сервисные программы, нужно обладать достаточной квалификацией, знаниями, навыками. К тому же в последнее время все чаще приобретается иностранная техника различных производителей со своими особенностями, имеющая разные требования по техническому обслуживанию (ТО), отличающаяся ресурсом отдельных деталей и узлов.

Для медучреждения ТО медицинского оборудования – это непрофильная дея-

тельность, а потому серьезные вложения здесь не оправданы, выгоднее передать эти вопросы на аутсорсинг специализированной сервисной организации. Многолетним опытом в этой сфере обладает компания «ГАЛС-МТ». Подход к обслуживанию медицинской техники, реализуемый ее специалистами, во многом сродни врачебному делу – здесь также большое внимание уделяется диагностике, важно вовремя определить и исправить неполадку, нужно проводить профилактику для того, чтобы оборудование дольше находилось в «добром здравии».

Только комплексное решение вопросов ТО может служить гарантией того, что медицинская техника будет работать в штатном режиме. Так, после проведения ремонта какого-либо аппарата сервисная организация может просто включить его в сеть, убедиться, что все работает, и отдать в ЛПУ. С формальной точки зрения – все правильно, однако важно также проследить, чтобы в дальнейшем обору-

дование выдавало именно те параметры, которые предусмотрены производителем. Для этого необходим регулярный контроль технического состояния. Например, отремонтированный дефибриллятор будет давать разряд, но также важно, чтобы импульс был достаточным и в то же время не избыточным, в противном случае реанимационные действия могут привести к прямо противоположному эффекту.

Иногда причины неполадки кроются даже не в самом аппарате. Современное медицинское оборудование, как правило, цифровое и очень зависимо от функционирования электрической сети. Скачки напряжения могут привести, например, к ухудшению визуализации при эндоскопии. Для того чтобы избежать этого, сервисная служба должна проводить полноценную диагностику не только оборудования, но и электросети.

Немаловажную роль играет и человеческий фактор, строгое следование рекомендациям производителя. Внедрение современных технологий требует от медицинских работников периодического обновления знаний, например, из области радиационной безопасности – так, при проведении компьютерной рентгенографии важно не только получить качественный снимок, но и минимизировать сопутствующее облучение.

Специалисты казанской компании участвуют в конференциях, где рассказывают об особенностях эксплуатации диагностического оборудования, проводят консультации персонала в ЛПУ,



решают возникающие проблемы. Например, в одном из медучреждений рентген-лаборант обратила внимание на изменение дозы облучения и забила тревогу. Тестирование аппарата показало, что он в нормальном техническом состоянии, причиной же оказалось изменение работы проявочной машины. Рассматривая проблему в комплексе, специалист компании смог оперативно ее решить.

Говоря о рентген-диагностике, можно также отметить разницу подходов к ТО в России и Евросоюзе. В нашей стране проводится контроль метрологических параметров, схожий со стандартной поверкой оборудования. Он осуществляется аккредитованной лабораторией с использованием сертифицированного оборудования, внесенного в соответствующий реестр. В Европе же требования к методикам и диагностическому оборудованию не так строгие, при этом контроль эксплуатации рентген-аппаратуры проводят медицинские физики, которые беседуют с врачами, уточняют, с какими проблемами они сталкиваются, и исходя из этого подбирают тесты. Через год они проводят повторные испытания, на основании которых делается вывод о необходимости регулировки или замены. В России же дается заключение, что аппарат работает, а, собственно, качество снимков – вопрос, который ЛПУ должно решать самостоятельно.

В «ГАЛС-МТ» функционирует независимый испытательный центр, в который входят аккредитованные метрологическая лаборатория и лаборатория радиационного контроля. Специалисты компании проводят полный спектр дозиметрических измерений, контроль эксплуатационных параметров. При этом используются фантомы, тест-объекты, позволяющие полу-

чить объективную информацию по дозам, разрешению и контрасту снимков. Наряду с контролем качества рентген-аппарата проводится диагностика работы проявочных машин. Такой подход позволяет оптимизировать режимы работы оборудования, обеспечить его штатную работу от процедуры до конечного снимка.

КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

В «ГАЛС-МТ» функционирует независимый испытательный центр, в который входят аккредитованные метрологическая лаборатория и лаборатория радиационного контроля. Специалисты компании проводят полный спектр дозиметрических измерений, контроль эксплуатационных параметров.

Техническое обслуживание позволяет снизить вероятность выхода из строя оборудования в будущем, опыт специалистов помогает прогнозировать, какие узлы и детали в перспективе могут нуждаться в замене, скорректировать режимы работы.

При этом сервисная организация не пытается взять на себя все функции по ТО. Оптимальной, по мнению специалистов компании, является схема, когда сферы компетенций разделены. При этом собственная инженерная служба ЛПУ проводит первичную диагностику оборудования, замену некоторых деталей, не требующих высокой квалификации, специализированной аппаратуры и инструментов. Грамотно составленная заявка

на ремонт, подготовленная инженером ЛПУ, позволяет представителю сервисной организации иметь представление, с какими проблемами он может столкнуться, что приводит к экономии времени, необходимого на последующий ремонт. Если раньше при выезде на место специалисту достаточно было взять с собой тестер, то теперь используются более совершенные средства измерения, испытательное оборудование и т.п.

Важная функция сервисной службы больницы – отслеживание истории эксплуатации того или иного оборудования, фиксирование данных, когда и какие работы по ТО проводились. Тендерная система отбора обслуживающих компаний не гарантирует, что одна и та же организация будет постоянно сотрудничать с данной клиникой. При смене подрядчика ценная информация по ТО может быть утрачена.

В любом случае контроль за проведением диагностики, профилактики, ремонтных мероприятий должны осуществляться специализированной компанией, обладающей квалифицированными кадрами, специализированным оборудованием. Всем этим требованиям соответствует «ГАЛС-МТ». Богатый опыт позволяет компании в сжатые сроки проводить ТО любой медицинской техники. Знания о том, какие детали наиболее распространенных видов оборудования обычно нуждаются в замене, помогают организации выстроить грамотную логистику, формировать запас расходников.

«Предупредить болезнь легче, чем лечить» – гласит известный постулат. Этого же принципа придерживается и сервисная организация, обслуживающая ряд ведущих медучреждений не только Татарстана, но и других регионов России.*



Абуладзе: известный и неизвестный

В бурные годы перестройки он вводил в Республиканской клинической больнице хозрасчет, создавал страховую медицину, строил роддом и объединял коллектив своей доброжелательностью и преданностью делу.

«В РКБ ТЕБЕ БУДЕТ ЖАРЧЕ, ЧЕМ В АДДИС-АБЕБЕ...»

Отрывки из интервью
Сергея Абуладзе.

- Сергей Владимирович, а как вы, уроженец Кавказа, оказались в Казани?

- Я не уроженец Кавказа, хотя корни мои, естественно, находятся в Грузии. Родился я в Киргизии. Это было связано с профессией моего отца – летчика-испытателя. Повозил он нас с матерью по бывшему Союзу предостаточно. В школьные годы у меня получалось так: в очередной класс поступал на западной границе, а заканчивал его на Сахалине.

- Как вы оказались в кресле главного врача: по случайности, протекции или по давнему стремлению?

- Это произошло в 1986-м году. В ту пору система выдвижения кадров не терпела анархии. Я находился в обойме номенклатуры, прошел весь цикл служебных подвижек – после Саратовского мединститута поработал врачом-интерном РКБ, потом хирургом Арской райбольницы, спецординатором в Казанском мединституте, заведовал санитарной авиацией в РКБ и, наконец, к моменту моего утверждения главным врачом РКБ занимал должность заместителя главного врача второй республиканской больницы, где мне посчастливилось трудиться рядом с удивительным человеком, прекрасным организатором здравоохранения, ныне покойным Николаем Ивановичем Чугуновым. Так что «восшествие на престол» было обычным – пригласили к секретарю обкома КПСС и сказали: «Партия тебе доверяет...» Но элемент неожиданности все же был. Дело в том, что в Москве готовился контракт для моей работы в Африке, и я напомнил секретарю об этом, на что он заметил: «В РКБ тебе будет жарче, чем в Аддис-Абебе...» И действительно: перед моим приходом тысячный коллектив буквально лихорадило от склок, интриг и противостояния группировок. Инспекции, комиссии, жалобы в прессу... Мне пришлось очень тяжело, особенно в первые 2-3 года, поскольку такие испытания легли на мои плечи впервые. Спасибо моим заместителям, особенно первому заму – Раисе Петровне Гусляковой, отвечающей за медицинскую часть.

- ...внедряя новую систему работы и оплаты (а мы в РКБ начали это первыми), сейчас мы работаем против себя, создавая задел на будущее. При старой схеме – есть у тебя больной, нет – если пришел на работу, зарплата тебе гарантирована. А по новой – прием одного больного стоит столько-то, сколько заработал – столько и получи. Не идут к тебе больные – извини, винить некого. Многим предстоит психологически очень тяжелая ломка. Пожалуй, целое поколение врачей сменится, прежде чем привыкнут работать как надо.

**Любимая цитата**

- Спешить надо не спеша.

Любовь – это...

- Чувство, ради которого стоит жить.

Любимая игрушка детства!

- Футбольный мяч. И вообще, неплохо бы вернуться в детство: оно у меня было хорошим, добрым и счастливым.

Что-нибудь из профессионального юмора!

- Говорят, СПИД – это болезнь XX века. Но двум странам она не угрожает – Япония живет в XXI веке, а мы – в XIX.

Какая разница между демократией и демократизацией?

- Такая же, как между каналом и канализацией.

**ЭТО БЫЛ ТАЛАНТЛИВЫЙ
ОРГАНИЗАТОР**

Александр ЦАРЕГОРОДЦЕВ, директор Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, министр здравоохранения Татарской АССР (1986–1989), министр здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации (1995–1996), заслуженный врач Российской Федерации, профессор, д.м.н.:

- Я всегда очень высоко ценил Сергея Владимировича Абуладзе. Это был талантливый организатор здравоохранения в Республике Татарстан. Его огромное человеческое обаяние, доброжелательность, простота в общении, коммуникабельность всегда приносили свои плоды. Он решал все тяжелейшие вопросы по организации деятельности Республиканской клинической больницы и оказал огромное влияние на ее развитие.

Он был инициатором строительства клиничко-диагностического центра на базе РКБ. В то время диагностические центры создавались в отрыве от клинической базы, а он, напротив, предупреждал о нецелесообразности такого подхода, который значительно удлинял путь больного к получению помощи и затруднял коррекцию лечения. Понимая, что клиническая

койка в отделении обходится дорого, он развернул в пансионате предварительно-диагностические койки, благодаря чему больной в клинике не лежал, а действительно получал эффективное лечение. Сергей Абуладзе решил задачу перехода санавиации с устаревших самолетов «АН-2» на вертолеты, был инициатором организации вертолетных площадок в Казани (на базе Республиканской детской клинической больницы) и в ЦРБ республики.

Республика была школой передового опыта по низкому уровню младенческой и материнской смертности, для укрепления этой тенденции Сергей Владимирович стал организатором и строителем родильного дома. Он фактически предвосхитил сегодняшнюю систему перинатальных центров, поскольку в РКБ имелись все специалисты и при необходимости женщина с патологией беременности могла получить любую помощь – нейрохирургическую, по абдоминальной или торакальной хирургии и т.п.

Сергей Владимирович был очень веселым, неунывающим человеком. Любая трудная ситуация не выводила его из равновесия, он всегда находил пути решения, причем очень оригинальные. Я с большим удовольствием вспоминаю те годы, когда мы вместе с ним работали.

НАХОДИЛ ОБЩИЙ ЯЗЫК С ЛЮБЫМ

Наталья АБУЛАДЗЕ, жена Сергея Абуладзе, бывший преподаватель Казанского медфармучилища, сегодня – заведующая сети аптек:

- Мы с Сергеем познакомились в Арске, где я как заместитель директора аптеки присутствовала на пятиминутках в ЦРБ. Мне в нем понравилась погруженность в работу и невероятная доброжелательность к людям – к детям, старикам, сослуживцам. Он с любым находил общий язык. Но работали хирурги очень напряженно. Уже когда поженились, я по звуку мотора ночью могла отличить, что за ним приехала скорая. Профессоров и академиков в селе нет, все приходилось делать самому – и роды принимать, и стружку из глаза вынуть, а иной раз и при свете автомобильных фар оперировать.

Как организатору Сергею крепкую закалку дала школа Николая Ивановича Чугунова, который создал и 40 лет возглавлял РКБ-2 (бывшую обкомовскую больницу). Он мог в 5 утра позвонить и уехать вместе в метель куда-нибудь в Ульяновск за обстановкой для поликлиники. Но и заботился обо всех своих сотрудниках всегда. К Сергею относился как к сыну. И Сергей потом в РКБ, как



Чугунов, ночь-полночь – обходил отделение за отделением, присматривал, чтобы все выполняли свои обязанности. И очень системно подходил к работе, всегда выстраивал и вычерчивал структуру, необходимую для его задумок.

Одним из первых в Татарстане начал изучать и внедрять зарубежный опыт, ездил в Германию. Там его заинтересовало не столько оборудование, как экономические вопросы здравоохранения. Деньги у них по-другому считают: если человек лежит на больничной койке – это ущерб для государства, поэтому койко-дни стараются сокращать, лечат быстро и качественно. И это Сергей стал внедрять в Татарстане. Перевел больницу на хозрасчет, очень интересный был опыт по внедрению страховой медицины, созданию службы экспертов в РКБ.

Его трижды приглашали на должность министра здравоохранения – сначала в Татарстане, потом Шеварднадзе звал в Грузию, а с Бразаускасом – президентом Литвы – я уже сама говорила после смерти Сергея – он был так расстроен. Видимо, хороших организаторов везде не хватает. А Абуладзе – они ведь все головастые. Отец Сергея – Владимир Акакиевич Абуладзе – фронтовик, летчик-испытатель первых советских МиГов, даже был зачислен в отряд космонавтов.

Мне как невестке очень повезло, что я попала в такую дружную семью – добродушную, гостеприимную. Никогда не слышала, чтобы кто-то повышал голос, что-то выяснял. Сергей мог быть жестким на работе – руководитель должен уметь требовать, но дома он был очень мягким, очень любил дочерей.

УМЕНИЕ СПЛОТИТЬ КОЛЛЕКТИВ

Раиса ГУСЛЯКОВА, заместитель главного врача РКБ МЗ РТ по медицинской части, терапевт высшей категории, заслуженный врач РФ и РТ, отличник здравоохранения:

– Сергей Владимирович работал в РКБ еще до того, как пришел к нам на должность главного врача – он проходил интернатуру в клинике Вишневого, два года возглавлял отделение санавиации. Его знали все наши специалисты как очень преданного делу человека, образованного, знающего медицину, умеющего найти правильное решение в экстремальных ситуациях. В 1986 году, когда он стал главврачом, в коллективе больницы был раскол, были правые и левые, и большая победа Сергея Абуладзе заключалась в том, что он сумел объединить коллектив. Не принимая ни одну из сторон, он поставил главную задачу – работать, работать хорошо, качественно, помогать больным. И люди поняли, что нужно выполнять эту задачу, и снова стали коллективом – единым, мощным, способным решать большие задачи.

Во время его руководства были улучшены специализированные службы, целый ряд их создан заново, в том числе служба трансплантации органов – начались операции по пересадке почки, а теперь у нас уже и печень трансплантируют.

Он стремился создать комфортные условия для больных. Ведь болезнь в какой-то мере унижает человека, делает зависимым от близких и медперсонала. Чтобы преодолеть это чувство, Сергей Владимирович наладил работу почты,

установил в отделениях телефонные аппараты для общения пациентов с родными людьми – мобильной связи тогда не было. На территории больницы открылся магазин, в котором можно было приобрести предметы первой необходимости. Большое внимание уделялось вопросам диетического питания. Много было сделано по благоустройству территории больницы.

А для сотрудников РКБ очень важным было внедрение хозрасчета – по сути, нового хозяйственного механизма. И мы смогли в то безденежное время зарабатывать своим трудом. Это сохранило коллектив, дало нам возможность ходить с поднятой головой, иметь чувство собственного достоинства. Это было важно и для государства – медицина считалась бесплатной, но государство-то за нее платило. Расходы надо было учиться считать и оптимизировать. Наш опыт стал, по сути, первым этапом стандартизации, и потом его транслировали на всю республику. И не случайно Сергей Владимирович был депутатом Госсовета РТ двух созывов. Также он построил для сотрудников дом, в котором многие получили жилье. Больница его буквально боготворила.

Он был принципиален, когда дело касалось больного, если что-то делалось вопреки медицинской науке. Это были и выговоры, и другие дисциплинарные меры. Но он никогда не делал ставку на наказание. Он всегда стремился понять человека и найти в нем то хорошее, на что можно опереться в работе и личных отношениях. Даже когда я, будучи его заместителем, начинала излишне отстаивать свое мнение, доводя ситуацию до легкого конфликта, для него ничего не стоило, когда подходило время обеда, зайти и позвать вместе поесть. И конфликт исчерпывался сам собой.

У него была замечательная семья, прекрасная жена, три дочки, которых он очень любил. И много друзей – круг мужчин, очень мощных умом, сильных в социальном и духовном плане. С ними было приятно общаться. Они выезжали на охоту, вместе встречали праздники, что приводило к удивительному единению и помогало решать многие вопросы, которые касались нашей больницы.

Сергей Владимирович Абуладзе много сделал для укрепления и реформирования системы здравоохранения Республики Татарстан. Он был ярким представителем плеяды наших замечательных врачей и организаторов здравоохранения. Абуладзе рано ушел из жизни и не успел завершить многое из того, что задумывал, но это сделали его сподвижники и ученики. А прошедшие годы подтвердили перспективность многих из его начинаний.

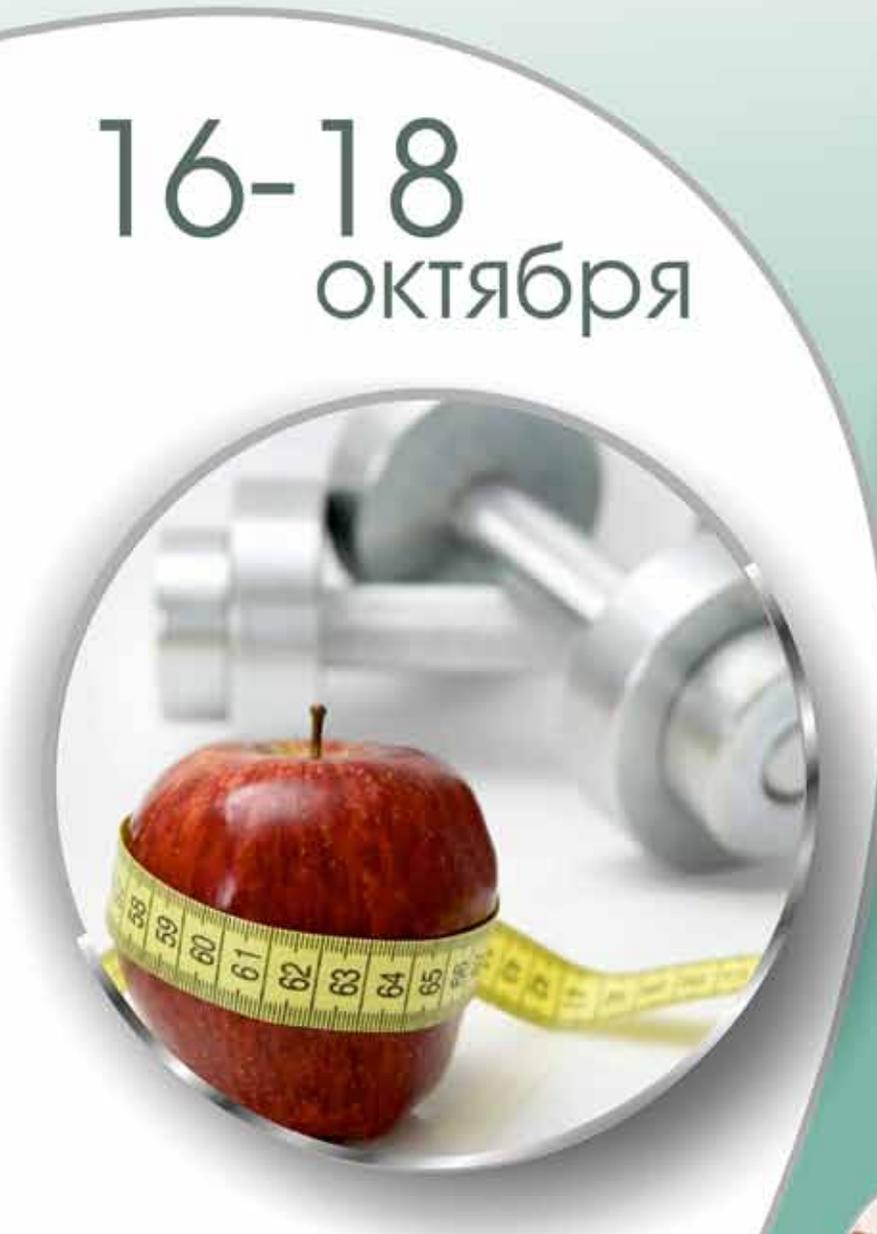
18-я международная специализированная выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань
2013

16-18
октября



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

12+

Журнал издается при поддержке
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

Главный редактор
Елена СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

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

Коммерческий отдел
reclama@healthnation.ru

Использованы фото: с порталов
www.prav.tatar.ru, www.minzdrav.tatar.ru,
Ростислава Туишева, Игоря Тутаяева,
Булата Низамутдинова, фотобанка
«Лори».

Учредитель и издатель - рекламное
агентство «Красная строка»



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

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

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

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

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа К-1563.
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 03.06.2013.
Отпечатано в типографии
ООО «КПК»,
г. Казань, пр. Ямашева, д. 36, корпус 2.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

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

ЗАО «НПО АСТА»
107996, г. Москва, ул. Стромынка,
д. 18, корп. 13.
Тел.: (495) 781-04-08.
Факс: (495) 781-04-08 (доб. 120).
e-mail: pharm@asta.ru
www.asta.ru

ООО «Берингер Ингельхайм»
125171, г. Москва,
Ленинградское шоссе, д. 16А, стр. 3.
Тел.: (495) 544-50-44.
www.boehringer-ingelheim.ru

ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини»
www.berlin-chemie.ru

**ГАУЗ РТ «Больница скорой
медицинской помощи»**
423803, г. Набережные Челны,
пр. Набережночелнинский, д. 18.
Тел./факс: 8(8552) 30-48-00, 30-49-13.
e-mail: bsmf.nabchelyntatar.ru,
bsmpchelyn@mail.ru
www.bsmf.tatarstan.ru

ЗАО «ГАЛС-МТ»
Юр. адрес: 420128, г. Казань,
ул. Тульская, д. 22.
Почтовый адрес: 420087,
г. Казань, ул. Родины, д. 7.
Тел./факс: (843) 275-83-15.
e-mail: galsmt@list.ru
www.galsmt.ru

ООО «Глазная хирургия Расческов»
420081, г. Казань,
ул. Патриса Лумумбы, д. 28А.
Тел.: (843) 295-03-03,
204-03-03 (регистратура).
Факс: (843) 295-14-25.
e-mail: raskovclinic@mail.ru
www.raschekoff.com

**Межрайонный центр глазной
хирургии - филиал клиники
«Глазная хирургия Расческов»**
422050, РТ, Сабинский район,
Шемордан, ул. Фрунзе, д. 6Б.
Тел./факс: (84362) 3-24-80, 2-26-00.
e-mail: mcghrt@yandex.ru
www.mcgh.ru

ЗАО «ГлаксосмитКляйн Трейдинг»
121614, г. Москва, ул. Крылатская, д. 17,
корп. 3, эт. 5 Бизнес-Парк «Крылатские Холмы».
Тел.: (495) 777-89-00.
Факс: (495) 777-89-01.
www.glaxosmithkline.ru

**ГАУЗ «Городская поликлиника № 4
«Студенческая»**
420059, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 95.
Тел./факс: 237-59-68 (приемная),
237-99-56 (регистратура).
e-mail: studpolik@mail.ru
www.studpolik.ru

ОАО «Казанский завод Медтехника»
420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 116.
Тел./факс: (843) 272-93-63.
e-mail: kzmt@yandex.ru,
medtehnika2003@mail.ru
www.kzmt.ru

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

ЗАО «Медицинские системы» -
официальный представитель компаний
Cardinal Health/VIASYS Healthcare,
Nicolet Biomedical, Nicolet Vascular,
Erich Jaeger, GSI, NeuroCom Inc.,
MagStim Company Ltd., Medoc Ltd.,
Mortara Instrument Inc., Nexstim Ltd.,
199178, г. Санкт-Петербург, В.О.,
10-я линия, д. 17, корп. 2.
Тел./факс: (812) 448-57-75 (многоканальный),
(812) 327-26-86, (495) 651-6122.
e-mail: info@medsystems.ru
www.medsystems.ru

ООО «Эртекс»
420044, г. Казань, пр. Ямашева, д. 36.
Тел.: (843) 277-13-23, 8-917-259-10-63.
e-mail: kuliktn@rambler.ru

ООО «МедСпортКомплект»
421001, г. Казань, ул. Сибгата Хакима, д. 60.
Тел./факс: (843) 527-53-36, 527-56-34,
527-66-00.
e-mail: renax-stom@yandex.ru,
renax-stom@mail.ru

ООО «ПодиаТР»
142432, Московская обл., г. Черноголовка,
ул. Береговая, д. 24, пом. 18-19.
Тел./факс: (495) 517-70-75,
(49652) 4-92-82, 43-9-43.
e-mail: podiatr@mail.ru
www.podiatr.ru

**Сеть клиник
«Стоматологическая поликлиника №9»**
г. Казань, ул. Гагарина, д. 20 а.
Тел.: (843) 510-40-00.
г. Казань, ул. Короленко, д. 83.
Тел.: (843) 519-85-85.
г. Казань, ул. Ломжинская, д. 13.
Тел.: (843) 275-75-75.
г. Казань, ул. Магистральная, д. 83.
Тел.: (843) 278-81-81.
г. Казань, ул. Чистопольская, д. 43.
Тел.: (843) 523-44-88.
www.stomat9.ru

ЗАО «ФУДЖИФИЛЬМ-РО»
123290, г. Москва,
1-й Магистральный тупик, д. 5А, этаж 4.
Тел.: (495) 797-35-12.
Факс: (495) 797-35-13.
www.fujimed.ru

ООО «ЭЛЕСТИМ-КАРДИО»
Почтовый адрес: 117587, г. Москва, а/я 42,
ООО «ЭЛЕСТИМ-КАРДИО».
Тел.: (495) 500-03-29.
e-mail: info@elestim-cardio.ru
www.elestim-cardio.ru

ЗАО «Компания Киль-Казань»

является ведущим поставщиком оборудования высочайшего класса для физиотерапии, реабилитации, спортивной и эстетической медицины.

Оборудование для реабилитации: **возвращение к жизни**

- реабилитация и механотерапия
- нейрореабилитация
- спортивная медицина
- физиотерапия
- оборудование для залов ЛФК
- водолечение
- диагностика
- кардиореабилитация
- массажные столы и кушетки



 Chirana

 COSMED

 kinetec

 Hocoma

 beka
hospitec

 PHYSIOMED[®]
TECHNOLOGY FOR THERAPY



ЗАО «Компания Киль-Казань»

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



16+



Революция в маммографии

Philips – это компания, в которой знания и идеи превращаются в инновации. В этом году мы впервые представляем маммографическую систему MicroDose, появившуюся благодаря инициативе Imaging 2.0 и нашему непрестанному стремлению создавать технологии визуализации самого высокого уровня. Превосходное качество изображений, которое отличает наше оборудование, получается при низкой лучевой нагрузке. Поставив во главу угла заботу о пациентках, мы превратили небольшую идею в настоящую революцию в маммографии! Ведь именно этого Вы от нас и ждали! Более подробная информация на сайте http://www.healthcare.philips.com/ru_ru/

PHILIPS