

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ОНКОЛОГИЯ

Упор – на выявление раковых заболеваний на первой и второй стадиях

16

ПСИХОЛОГИЯ

Особенности взаимоотношений врача и ракового больного

36

ПАМЯТЬ

Онкологическая школа Михаила Семеновича Сигала

39

ПЕДИАТРИЯ

Идет формирование перечня орфанных заболеваний

65

КАРДИОЛОГИЯ

Около 30% ишемических инсультов вызвано мерцательной аритмией

67

ДАН СТАРТ МОДЕРНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ОТКРЫТИЕ

ПЕРВЫЙ МОДУЛЬНЫЙ ФАП В ТАТАРСТАНЕ

СТР. 12

Важное звено [9] • ФАПы нового поколения [12] • Надежда, которая не умирает [16] • Лечение рака – мультидисциплинарная задача [19] • Первичные и метастатические опухоли ЦНС [23] • Больше возможностей – богаче опыт [26] • Паллиативная помощь [30] • Колостома: быть или не быть? Все зависит от профилактики и ранней диагностики [33] • Психология в онкологии [36] • Сигал. Жизнь как служение [39] • Сочетанное применение инновационных методик гистосканирования и соноэластографии в поиске рака предстательной железы [42] • Диагностика рака молочной железы с помощью системы ACUSON S2000 ABVS [45] • Спорт и здоровье [46] • Травматолого–ортопедическая помощь в Татарстане: проблемы и пути совершенствования [50] • Суставам – вторую жизнь [52] • Непреднамеренная периоперационная гипотермия: незаметное осложнение с серьезными последствиями [54] • Ответственность остается на первом плане [58] • Компетентный сестринский уход – одно из условий выздоровления пациента [60] • Доказанный эффект [62] • Орфанные заболевания [65] • Скрытая угроза [67] • Новая эра в профилактике инсульта [70] • Под контролем УЗ–датчиков [72] • Уганда: новый опыт для наших медиков [74] • Хирург, поэт и депутат [77]

The Siemens logo is displayed in a bold, teal, sans-serif font within a white rectangular box in the top left corner of the advertisement. The background of the entire advertisement is a blurred photograph of a medical professional in a white lab coat looking at a patient lying on a table inside a large medical scanner, likely an MRI machine.

Реклама

Ранняя диагностика продлевает жизни

Передовые технологии компании «Сименс» помогают врачам диагностировать заболевания на более ранних стадиях, экономя средства и продлевая жизни.

siemens.com/answers

Чем раньше обнаружена болезнь, тем менее разрушительны ее последствия. Сегодня основная часть средств уходит на лечение заболеваний на поздней стадии, таких как злокачественные опухоли и болезни сердца. Благодаря современным технологиям компании «Сименс» врачи могут

проводить более раннюю и точную диагностику и быстрее предоставлять пациентам необходимое лечение. Это помогает спасти жизни и сократить расходы. Какие бы сложные вопросы в области здравоохранения ни возникали, мы находим на них ответы.

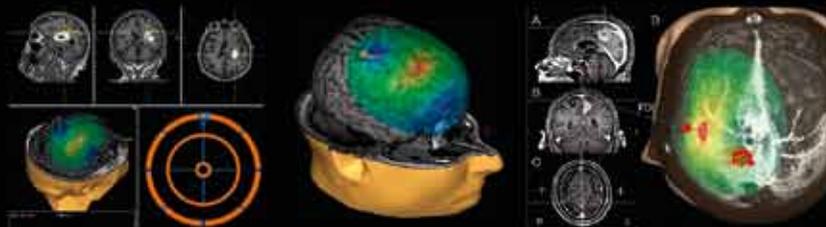
Answers for life*.

*Ответы для жизни.

Nexstim

Навигационная стимуляция мозга

Система навигационной стимуляции мозга Nexstim eXimia NBS предназначена для неинвазивной оценки состояния функции головного мозга с помощью высокоточной транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) и совмещения полученных функциональных данных с результатами визуализационных исследований (МРТ, КТ, ПЭТ).



Этапы предоперационного исследования с помощью NBS: Загрузка данных МРТ пациента в систему, построение 3D-модели головы пациента по физическим меткам и совмещение с данными МРТ, картирование функциональных зон коры при помощи магнитного стимулятора, получение результата в виде отображения функционально значимых зон коры головного мозга на МРТ в 3D.

СФЕРЫ ПРИМЕНЕНИЯ NBS:

Нейрохирургия (опухоли мозга)

Неинвазивное картирование функционально значимых областей мозга перед планированием и осуществлением хирургического вмешательства.

Хирургия эпилепсии

В сочетании с интегрированной ЭЭГ eXimia NBS позволяет определять фокусы эпилептической активности и создавать карту для хирургического вмешательства.

Инсульт и реабилитация

Картирование работающих областей мозга в острую стадию инсульта, отслеживание динамических изменений функционального представительства в моторных областях коры в период восстановления.

Транскраниальная магнитная стимуляция в лечебных целях

Точная дозировка индуцируемого магнитным импульсом тока в нужные области коры головного мозга, документированные параметры проведенной терапии. Повторные сеансы терапии можно проводить с той же дозировкой и в ту же область мозга.

NBS - единственная на сегодняшний день система, с помощью которой возможно создавать алгоритмы терапевтического воздействия ТМС, соответствующие принципам доказательной медицины.

Исследование функции мозга

Целевое картирование и анализ процессов возбуждения и подавления при воздействии магнитным импульсом на сенсорные, ассоциативные и моторные области коры головного мозга и совмещение получаемых данных о функционировании мозга с результатами МРТ, функционального МРТ, ПЭТ и ЭЭГ.



Реклама. Рег. удостовер. № ФССЗ 2009/03951 от 14.05.2009 г., серг. соотв. № РОСС ФЛ ИЛ/24. В02642 от 26.05.2009 г.

МЕДИЦИНСКИЕ СИСТЕМЫ

ОПТИМАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ КЛИНИК ЛЮБОГО МАСШТАБА

Представительство в России и странах СНГ
ЗАО «Медицинские системы»
Тел.: (812) 448-5775, (495) 651-6122.
WWW.MEDSYSTEMS.RU

ООО «Эртекс»
420044, г. Казань, ул. Ямашева, д. 36.
Тел.: (843) 277-13-23, +7 917 259 10 63.
kulikt@rambler.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

9	Важное звено
12	ФАПы нового поколения
16	Надежда, которая не умирает
19	Лечение рака - мультидисциплинарная задача
23	Первичные и метастатические опухоли ЦНС
26	Больше возможностей - богаче опыт
30	Паллиативная помощь: равнодушие здесь быть не должно
33	Колостома: быть или не быть? Все зависит от профилактики и ранней диагностики
36	Психология в онкологии
39	Сигал. Жизнь как служение
42	Сочетанное применение инновационных методик гистосканирования и соноэластографии в поиске рака предстательной железы
45	Диагностика рака молочной железы с помощью системы ACUSON S2000 ABVS
46	Спорт и здоровье
50	Травматолого-ортопедическая помощь в Татарстане: проблемы и пути совершенствования
52	Суставам - вторую жизнь
54	Непреднамеренная периоперационная гипотермия: незаметное осложнение с серьезными последствиями
58	Ответственность остается на первом плане
60	Компетентный сестринский уход - одно из условий выздоровления пациента
62	Доказанный эффект
65	Орфанные заболевания
67	Скрытая угроза
70	Новая эра в профилактике инсульта
72	Под контролем УЗИ-датчиков
74	Уганда: новый опыт для наших медиков
77	Хирург, поэт и депутат



Самарская область

Новое поколение оборудования - новые возможности

Они недавно были продемонстрированы в Самарской клинической больнице в ходе проведения 60-летнему пациенту, который страдал мочекаменной болезнью, а его правая почка практически не функционировала, операции - контактная уретеролитотрипсия со стентированием правой почки - ураскопом. Этот единственный в Самаре аппарат, а в России таких всего 6, стоимостью 19 млн 698 тыс. руб., закупленный в рамках целевой программы по модернизации здравоохранения Самарской области на 2011 - 2015 годы, поистине творит чудеса. Для его полноценной работы была создана новейшая урологическая рентген-операционная («Urosor Access»), где можно будет выполнять до 4 эндоскопических операций за смену. Эндоскопическая хирургия позволяет минимально травмировать ткани, не оставляет косметического дефекта (послеоперационного рубца), минимизирует послеоперационные боли, укорачивает срок пребывания в стационаре.

Донорский марафон «От сердца к сердцу»

Поволжский банк ОАО «Сбербанк России», Самарское отделение Сбербанка и Служба крови г. Самары подписали трехстороннее Соглашение о социальном сотрудничестве в сфере развития безвозмездного донорства крови сроком на три года с целью объединения усилий в сфере развития безвозмездного массового донорства крови и ее компонентов, для пропаганды здорового образа жизни среди сотрудников Сбербанка и развития донорства в Самарской области. Это событие стало открытием Донорского марафона среди сотрудников Поволжского банка, который стартовал 23 апреля под девизом «От сердца к сердцу». Марафон проходил в течение нескольких дней и завершился 27 апреля. Для его проведения были задействованы три крупных офиса банка.

Свое желание сдать кровь изъявили 435 сотрудников Поволжского банка, а также его высшее руководство. В рамках данного мероприятия также прошла презентация единственного в области мобильного комплекса заготовки крови (МКЗК), поступившего в Самарскую область в рамках Федеральной программы по развитию службы крови в конце прошлого года. Размеры передвижного комплекса, на базе которого можно в комфортных условиях на современном оборудовании производить забор крови, - 18 метров в длину, 4 метра в высоту и 2,5 метра в ширину, вес - 20 тонн. Комплекс рассчитан на одновременный забор крови у 5 доноров, предполагаемая пропускная способность в смену - не менее 100 человек.



Республика Башкортостан

ПЭТ-центр в Уфе

Он будет построен совместно с ОАО «РОСНАНО» на территории РКОД уже в этом году. Именно об этом - о реализации проекта «Создание центра позитронно-эмиссионной томографии с радиохирургией в Республике Башкортостан» - недавно шла речь на совещании в Доме Правительства РБ. ПЭТ/КТ - это на сегодня «золотой» стандарт ранней диагностики онкозаболеваний, инновационная технология, объединяющая два современных метода обследования: позитронно-эмиссионную томографию и компьютерную томографию (КТ). С их помощью можно распознать даже миллиметровые опухолевые структуры. ПЭТ-центр площадью около 4000 кв. м сможет обслуживать жителей не только республики, но и других близлежащих регионов - около двух - трех тысяч человек ежегодно.

Первые земские доктора

В современной России их пока немного. И одними из первых они появились в Башкортостане, поскольку республика восприняла федеральную программу «Земский доктор» как руководство к действию - обеспечению села квалифицированными медицинскими кадрами. Посетив недавно врачебную амбулаторию с. Максютово Кугарчинского района, Президент РБ Рустэм Хамитов вручил трем молодым врачам, участникам федеральной программы «Земский доктор», получившим по 1 миллиону рублей, именные подарки и пожелал успешной работы. По словам министра здравоохранения РБ Георгия Шебаева, такие выплаты получат 553 специалиста, приехавших в 2011 и 2012 годах работать на село. С этого года по аналогичной республиканской программе из бюджета Башкортостана им также будет выплачиваться по 100 тысяч рублей.

Для выхаживания новорожденных - все условия

В клиническом родильном доме №4 г. Уфы состоялась встреча специалистов по детству и родовспоможению с главным неонатологом Минздрава России РФ Еленой Байбарinou, на которой обсуждались переход на новые критерии регистрации новорожденных, рекомендованные ВОЗ, и проблемные аспекты выхаживания младенцев с экстремально низким весом - от 500 грамм. Для их выхаживания закуплено колоссальное количество оборудования, открываются перинатальные центры, растиражирован опыт ведущих клиник. Сложнейшее электронное оборудование - инкубаторы, респираторы, мониторы - позволяет создать для ребенка условия, приближенные к внутриутробным и выполнить часть еще не созревших функций организма. Это очередной этап действия госпрограммы по увеличению рождаемости, снижению младенческой смертности и улучшению здоровья детей.



Чувашская Республика

3D-диагностика в стоматологии

Не только сам по себе факт открытия нового отделения рентгенодиагностики в Республиканской стоматологической поликлинике после ремонта радует жителей республики, но и ввод в эксплуатацию здесь первого в республике специализированного трехмерного компьютерного томографа. В общей сложности на сам ремонт, приобретение оборудования и обучение специалистов было направлено 6,5 млн рублей. В новом отделении жители Чувашии теперь могут пройти полное обследование зубочелюстной системы. Особенно востребованными исследования на таких аппаратах стали благодаря повсеместному внедрению в стоматологическую практику таких услуг, как имплантация, операции синус-лифтинга, костной пластики, направленного остеосинтеза и т. п., проведение которых практически невозможно без точной диагностики и грамотного планирования.

Выполняют уникальные операции

В Республиканской детской клинической больнице на днях впервые была успешно выполнена уникальная высокотехнологичная операция - пластика гортани с трансплантацией собственного реберного хряща ребенку со стенозом гортани. Он проходил лечение в других регионах, поэтому эта операция была для него повторной. Состояние ребенка удовлетворительное, дышит самостоятельно через естественные дыхательные пути. И в области неонатологии сделан большой шаг вперед: главным детским хирургом Чувашии Анатолием Павловым была выполнена редкая операция ребенку с экстремально низкой массой тела (940 грамм) по коррекции сразу двух врожденных пороков развития одновременно - пластика левого купола диафрагмы по поводу левосторонней диафрагмальной грыжи и клипирование открытого артериального протока больших размеров. В настоящее время ребенок проходит лечение в отделении выхаживания недоношенных новорожденных.

Риск был, но все получилось

Операция на надпочечнике - правосторонняя адреналэктомия пациентке с глюкостеромой правого надпочечника - относится к категории сложных и выполняется довольно редко. Но в Республиканском клиническом госпитале для ветеранов войн благодаря усилиям врачей-хирургов, анестезиологов-реаниматологов и среднего медицинского персонала такая операция прошла успешно. В ближайшее время планируется выписка пациентки под наблюдение врача-эндокринолога. Трудность оперативного вмешательства на надпочечниках обусловлена глубиной их расположения, сложными анатомическими взаимоотношениями с окружающими органами, опасностью повреждения крупных сосудов и близлежащих органов. Кроме того, на любом этапе операции с надпочечниками, особенно при непосредственной манипуляции с опухолью, могут возникнуть опасные для жизни осложнения. Поэтому в ходе операции особенно тщательно проводится наблюдение за основными жизненными органами и системами.



Ярмарка достижений медицины

В начале апреля на Нижегородской ярмарке состоялась 21-я Международная специализированная выставка «Медицина+», в которой участвовали более 100 компаний из 13 регионов России, а также представительства зарубежных стран – производителей современной медицинской техники, оборудования, фармпрепаратов. В рамках выставки прошли специализированные конференции и форумы, посвященные актуальным вопросам совершенствования медицинской помощи.

На торжественной церемонии открытия выставки президент Нижегородской государственной медицинской академии Вячеслав Шкарин сказал, что в Нижний Новгород приехали около 200 представителей медицинского сообщества из девяти субъектов ПФО, гости из Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России. И каждый из них, исходя из своей врачебной специальности, может принять участие в том или ином мероприятии. Это, например, педиатрический форум, конференция хирургов, посвященная 90-летию выдающегося нижегородского ученого, известного далеко за пределами страны, Валентина Ивановича Кукоша. Именно на таких встречах можно поделиться результатами научных достижений, чтобы они как можно быстрее и успешнее внедрялись в практику.

«Эффективность здравоохранения во многом зависит от качества медицинской помощи и ее доступности, – отметила директор Территориального ФОМС Нижегородской области Елена Хлабутина, – для нашей работы важен обмен мнениями».

В рамках научной части выставки прошли межрегиональная научно-практическая конференция «Современные технологии в хирургии», региональное совещание «Программное обеспечение учета, анализа и контроля инфекционной заболеваемости в ПФО», симпозиум педиатров, конференция руководителей аптечных учреждений и др.

Одной из ключевых тем форума стало внедрение стандартов и порядков оказания медицинской помощи. Этому вопросу был посвящен доклад заместителя директора по организации ОМС ТФОМС Нижегородской области, к. м. н. Татьяны Романовой. Она отметила, что в новом законе об охране здоровья граждан указано, что доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются, в том числе, и применением порядков и стандартов.

Стандарт для страховой медицины является инструментом для выработки экономически обоснованного тарифа, контроля качества, а также минимизации врачебных ошибок. По данным литературы 14,7% таких ошибок связано с недообследованием пациентов. Если

выполнить заложенный в стандарте диагностический минимум, этот процент можно снизить.

2012 год – переходный, в течение которого Нижегородская область готовится перейти к оказанию медицинской помощи в полном объеме и в соответствии с требованиями законодательства. В прошлом году, по словам Татьяны Романовой, в Нижегородской области было предусмотрено 629 млн рублей на внедрение стандартов, освоено 556 млн. Из этого можно сделать вывод, что стандарты являются экономически обоснованными, программа лечения, заложенная в них, рентабельна для медицинского учреждения.

Положительный пример: с 1 апреля прошлого года в Нижегородской области был внедрен стандарт по сосудистым заболеваниям. Благодаря этому стали более доступны тромболизис, компьютерная томография. В результате в 2011 году госпитальная летальность при остром инфаркте миокарда снизилась, по данным Министерства здравоохранения Нижегородской области, почти на 4% по сравнению с 2010-м.

НОВОСТИ ТАТАРСТАНА

На всех онкобольных Татарстана заведены электронные истории болезни



Пациенты теперь не тратят время на повторные обследования при переводе из одной больницы в другую. Министерство здравоохранения РТ при участии Диспетчерского центра МЗ РТ создало единую базу данных на онкологических больных. Больницы, где они наблюдаются, обмениваются информацией посредством Интернета. Врачи-онкологи в районах осматривают больного на новом оборудовании, берут анализы и, если есть подозрение на рак, то по Интернету в онлайн-режиме записывают на прием к профильному врачу в Казань. Подобные кабинеты появились во всех районах Татарстана. Теперь на обследование больным не надо ехать в Республиканский онкологический диспансер, как это было раньше. Подобная инновация появилась благодаря единой информационной базе. К ней подключены все клиники республики. По статистике, если в начале прошлого года среднемесячное число записанных на прием посредством информационной системы составляло порядка 500 человек, то сегодня эта цифра перевалила уже за 3500. «Мы понимаем,

что с учетом нынешнего развития отечественных технологий необходимо сочетать инновационный подход к оказанию медицинской помощи с освоением наиболее продвинутых зарубежных технологий. Это позволит использовать современную технологическую матрицу для реализации оригинальных идей, - сказал министр здравоохранения РТ Айрат Фаррахов на совещании с руководящим составом ведомства. - Применение компьютерных технологий должно обеспечить повышение качества всех процессов управления здоровьем пациентов».

Меню для спортсменов



Президент Татарстана Рустам Минниханов недавно побывал в деревне Универсиады-2013, чтобы лично проверить, чем и как будут кормить гостей и ее участников. Блюда также продегустировали члены FISU. Компания «СОДЕКСО» потратит на организацию питания спортсменов Универсиады-2013 полмиллиарда рублей. Кормить придется 73 тысячи человек.

Ежедневно будет готовиться 185 тысяч порций еды. В меню участников Игр будут блюда нескольких кухонь. Спортсменов ждет 4-разовое питание по принципу шведского стола. Меню составлено с учетом того, что в день спортсмен должен получать по международным нормам семь тысяч калорий, то есть съедать 3,5 кг продуктов. Приготовление еды будет осуществляться на мощностях МУП «Департамент общественного питания Казани». Среди компаний, которые будут участвовать в организации питания, - БКК и «Бахетле», McDonalds и Coca-Cola.

Три новых медицинских объекта Нижнекамска



В городе нефтехимиков приступили к завершению долгой - поликлиники №2, строительство которой было начато более 20 лет назад. На эти цели выделено свыше 90 млн рублей. Новая поликлиника должна

стать самым современным медицинским учреждением города, здесь будут созданы все условия для людей с ограниченными возможностями здоровья. Параллельно в городе ведется капитальный ремонт физиологического отделения родильного дома. Объем выделенных средств - 62 млн рублей, работы должны быть завершены к концу лета этого года. Капремонт никак не отразится на деятельности роддома. Также планируется проведение капитального ремонта детского инфекционного отделения, которое в данный момент находится в крайне неудовлетворительном состоянии.

БСМП Набережных Челнов соответствует ISO 9001:2008.

Международная аудиторская группа подтвердила соответствие системы менеджмента качества больницы международному стандарту ISO 9001.



Аудит проводили представители органа по сертификации систем менеджмента качества Фонда «ВМТ». Аудиторы инспектировали 14 подразделений БСМП по элементам системы менеджмента качества. В своем отчете они подчеркнули, что в больнице организовано систематическое обучение персонала для разных групп специалистов. Также были отмечены высокое качество обслуживания клиентов и хорошее состояние оборудования. В ходе аудита были определены такие сильные стороны системы менеджмента качества ГАУЗ РТ «БСМП», как ориентация на потребителя, нацеленность на постоянное развитие, компетентность специалистов, обеспечивающих внедрение и функционирование системы менеджмента качества, а также система мониторинга показателей результативности деятельности.

Использовали единственно возможный метод

В РКБ недавно была успешно выполнена операция по удалению пораженных аденомами паращитовидных желез.



В ней приняли участие московские специалисты - доцент кафедры хирургии РГМУ Александр Ларин и хирург-эндокринолог Михаил Коган, продемонстрировавшие врачам РКБ новейшую для Татарстана методику лечения подобной патологии. Как отмечают ведущие хирурги республики, у больных хроническими болезнями почек начинают развиваться нарушения минерального, фосфорно-кальциевого обмена, они особенно выражены у получающих заместительную почечную терапию (диализ) и становятся причинами развития вторичного гиперпаратиреоза. Если консервативная терапия не приносит положительных результатов, единственно возможным методом остается хирургическое вмешательство. Его сложность состоит в том, что необходимо провести тотальную резекцию паращитовидных желез, а также предусмотреть развитие гипокальциемических кризов. Освоив методику хирургического лечения третичного гиперпаратиреоза, врачи РКБ впоследствии смогут корректировать состояние пациентов с данным диагнозом, а также значительно улучшить качество их жизни.

Перинатальный центр Закамской зоны

В Набережных Челнах после капитального ремонта начал функционировать Перинатальный центр Закамской детской больницы.



В торжественной церемонии открытия приняли участие руководители исполнительного комитета и управления здравоохранения Набережных Челнов. Для будущих мам здесь созданы все удобства: трехместные палаты, хорошие условия для проведения гигиенических процедур, индивидуальные родовые залы с современным оборудованием, имеется протившоковая палата, оснащена палата и для женщин с ограниченными физическими возможностями. Перинатальный центр города Набережные Челны - самый крупный в Татарстане, на это учреждение возлагается большая надежда на оказание высококвалифицированной медицинской помощи по родовспоможению для всей Закамской зоны.

Важное звено

Результаты модернизации здравоохранения видны сегодня, в основном, в крупных республиканских клиниках. Поликлиники, врачебные амбулатории и фельдшерско-акушерские пункты она практически еще не затронула.

Как будет развиваться первичное звено татарстанского здравоохранения? К разговору на эту тему журнал *Healthy Nation* пригласил начальника Управления по лицензированию и контролю за соответствием качества оказываемой медицинской помощи Рафика БАТЫРШИНА.

Здравоохранение Татарстана развивается небывалыми темпами. В 2011 году в ходе модернизации было отремонтировано более 100 тысяч квадратных метров площадей лечебных учреждений, построено более 6 тысяч квадратных метров. Для нужд врачей закуплено более 2400 единиц современного медицинского оборудования, в том числе аппараты УЗИ, современные томографы и ангиографы. После капитального ремонта принял первых пациентов Республиканский перинатальный центр. Завершены строительство современного приемно-диагностического отделения РКБ и капитальный ремонт консультативной поликлиники. Современные приемные отделения с пунктами скорой помощи появились в 12 центральных районных больницах.

Благодаря федеральным программам в республике создана сеть из 11 травмоцентров 1 - 3 уровней вдоль федеральных трасс М-7 «Волга» и М-5 «Урал». Согласованная работа этих учреждений позволила сократить время приезда бригад скорой медицинской помощи к месту ДТП до 14 минут. В Татарстане открылись 15 сосудистых центров. Для сравнения: во всем Приволжском федеральном округе их на сегодня только 32. Использование методов чрезкожного коронарного вмешательства и тромболитической терапии позволило снизить смертность от инфаркта миокарда на 43 процента. Открытие первой очереди Центра ядерной медицины подняло онкологическую помощь на мировой уровень. В прошлом году работники Центра провели более 11 тысяч диагностических исследований и выполнили более 12 тысяч процедур лучевой терапии. В итоге очередь на получение медпомощи для онкобольных практически исчезла.

Татарстан одним из первых регионов России заключил соглашение о модернизации здравоохранения в 2011 - 2012 годах с объемом финансирования более 9 миллиардов рублей.

На эти средства в 2012 году будет завершен капитальный ремонт ДРКБ, Закамской детской больницы с перинатальным центром, а также Казанской городской больницы №7, на базе которой к Универсиаде 2013 года откроется новая БСМП. В ближайшее время планируется провести капремонт в МКДЦ и Нижнекамской детской больнице, а также открыть приемно-диагностические отделения в 19 центральных районных больницах. Безусловно, это не может не радовать. А когда же начнется ремонт и оснащение первичного звена системы здравоохранения - поликлиник и фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФАПов)? Ведь некоторые из них находятся в удручающем состоянии.

НОВОСЕЛЬЕ ДЛЯ ФЕЛЬДШЕРОВ

В Татарстане сегодня разрабатывается республиканская целевая программа по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи населению на 2012 - 2016 годы (далее - целевая программа). Ожидается, что документ будет утвержден и введен в действие уже в ближайшие месяцы. Но модернизацию учреждений первичного звена нужно проводить уже сегодня. Не случайно в марте этого года на совещании у Президента РТ Рустама Минниханова было принято решение о выделении 330 миллионов рублей на реконструкцию поликлиник и сельских ФАПов. Эти деньги планируется освоить уже до конца 2012 года.



Как будут потрачены эти средства? По словам Рафика Батыршина, большую часть из них планируется направить на село. В республике функционируют 1792 ФАПы, которые обслуживают 932 тысячи человек, – примерно четверть населения республики. 70 процентов сельских пунктов работают более 20 лет и находятся, мягко говоря, не в лучшем состоянии. Согласно проведенной инвентаризации, более 310 ФАПов вообще не подлежат ремонту, а 52 находятся в аварийном состоянии. Еще около 400 ФАПов требуют срочного капитального ремонта. Если этого не сделать, многие из них придется закрыть, как это произошло в прошлом году в Пестречинском районе, где были ликвидированы Тагашевский и Толкиязовский ФАПы.

Минздрав РТ на сегодня не только составило перечень морально и физически устаревших ФАПов, но и сформировало их фоторегистр, где состояние медицинского учреждения представлено более наглядно, чем в описаниях.



– В тех населенных пунктах, где ФАПы не подлежат ремонту, будем строить новые, – говорит Рафик Батыршин. – Имеется проект быстровозводимого модульного здания, который утвержден всеми контрольными ведомствами. Это просторный теплый дом, в котором есть все необходимые помещения для работы медперсонала. Первый модульный ФАП смонтирован в селе Митряево Азнакаевского муниципального района и 19.04.2012 пущен в эксплуатацию. В 2012 году планируется установить 50 модульных ФАПов на сумму более 115 миллионов рублей. При этом выделение земельных участков, подведение коммуникаций и благоустройство территории должны полностью взять на себя местные власти. Проект соглашения по этому поводу с руководителями районов уже разработан.

Помимо этого, до конца года по всей республике планируется отремонтировать 300 ФАПов. Эти работы также будут вестись на условиях софинансирования со стороны местных властей. Из бюджета республики на эти цели выделено 30 миллионов рублей.

До конца года планируется также реконструировать три врачебные амбулатории (далее – ВА) в Верхнеуслонском, Высокогорском и Зеленодольском районах. Власти республики рассчитывают потратить на эти цели около 25 миллионов рублей.

Кроме того, по словам Рафика Батыршина, Минздравом РТ для решения проблем первичной медико-санитарной помощи населению активно используются возможности федеральных и республиканских программ и проектов.

Так, в 6 населенных пунктах Высокогорского, Дрожжановского, Елабужского, Кукморского, Муслимовского и Нурлатского районов ФАПы из аварийных зданий планируется перевести в здания сельских школ, подлежащих ремонту в 2012 году. На реконструкцию помещений из бюджета республики выделят 3 миллиона рублей из расчета 500 тысяч рублей на каждый пункт. Если этих средств не хватит, муниципалитеты оплатят окончание ремонтных работ.

Президентом РТ Рустамом Миннихановым дано поручение реализовать в 2012 году фе-

деральную целевую программу «Социальное развитие села до 2013 года» в части строительства ФАПов по схеме модульных зданий, что позволит увеличить количество возводимых объектов.

Некоммерческая организация «Государственный жилищный фонд при Президенте Республики Татарстан» готовит для обеспечения шаговой доступности варианты размещения офисов врачей общей практики (далее – ВОП) на первых этажах строящихся жилых зданий по опыту городов Набережных Челнов и Альметьевска.

Рассматривается возможность перевода ФАПов из аварийных зданий в здания многофункциональных центров (сельских клубов), подлежащих строительству в 2012 году.

Ожидаются результаты проведения Правительством России конкурсного отбора пилотного проекта «Концепция развития Камского инновационного территориально-производственного кластера на 2012 – 2016 годы», которым предусмотрены строительство и реконструкция 47 ФАПов, офисов ВОП и поликлиник в 6 муниципальных образованиях республики.

С ТОЛСТОЙ СУМКОЙ НА РЕМНЕ

Одним только ремонтом улучшить качество медпомощи на селе невозможно. Фельдшерам и акушеркам нужны новое медицинское оборудование, лекарства, перевязочный материал. Модульные ФАПы будут сдаваться под ключ со всем необходимым технологическим и медицинским оборудованием и мебелью.

Кроме того, на совещании у Президента РТ было принято решение – закупить для фельдшеров сумки-укладки со всем необходимым для оказания экстренной помощи. В них входят по 30 предметов, начиная от фонендоскопа и аппарата для измерения давления до хирургического скальпеля и шпателя для языка. В течение 2012 года Минздрав РТ планирует приобрести 1792 сумки-укладки для фельдшеров на сумму 14,5 миллиона рублей. Кроме этого, все фельдшеры ФАПов получат функциональные жилеты для работы на выездах.

Планируется также закупить специальные сумки-укладки для членов сельских домовых хозяйств, организуемых в пунктах с населением менее 100 человек, которые по согласованию с Минздравом РТ будут оказывать первую помощь односельчанам. На сегодняшний день список добровольных помощников сформирован, в него вошли 706 человек. Это бывшие врачи, учителя, люди с высшим образованием, обученные оказывать первую медицинскую помощь. Оплата их работы не предусмотрена, поэтому первую помощь односельчане будут получать от добровольных помощников на общественных началах. Хотя в Правительстве республики уже рассматривается вопрос о предоставлении этим людям налоговых льгот, как это делается для добровольных пожарных дружин при МЧС России.

Сумки-укладки, которые руководство Минздрава РТ планирует закупить для своих помощников в селах, тоже включают необходимые предметы для оказания первой помощи. До конца 2012 года планируется закупить 750 таких сумок. Координировать работу общественников будут сотрудники центральных районных больниц. Они же будут периодически проводить обучение сельчан – показывать, как правильно оказывать первую медицинскую помощь в той или иной ситуации.

РЕСЕПШЕН ДЛЯ ЗАПИСИ К ВРАЧУ

Остро нуждаются в ремонте, в новом медицинском оборудовании и городские поликлиники республики. На сегодня в Татарстане работают 138 амбулаторно-поликлинических учреждений (далее – АПУ), размещенных в 325 зданиях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь населению участковыми специалистами. Нагрузка, которую несут поликлиники, намного превышает нормативную. К примеру, в прошлом году зарегистрировано более 21 миллиона обращений за помощью к участковым врачам. На дому врачами АПУ сделано более 2 миллионов посещений. При этом условный дефицит мощности всех АПУ республики составляет 10% от имеющейся.



В течение 2012 года Минздрав РТ планирует приобрести 1792 сумки-укладки для фельдшеров на сумму 14,5 миллиона рублей. Кроме этого, все фельдшеры ФАПов получат функциональные жилеты для работы на вызовах.

Высокая посещаемость и регулярный ремонт привели к тому, что многие поликлиники и амбулатории имеют неприглядные фасады и интерьеры. Как показало исследование, проведенное специалистами Минздрава РТ, проблемы технического характера имеют более 100 зданий АПУ. Кроме того, 86 зданий требуют капитального ремонта, а еще 17 – реконструкции. В 2012 году будут капитально отремонтированы три поликлиники г. Казани (ГП №2, ГП №6 и ДП №10) и ГП №6 г. Набережные Челны. Из бюджета республики на эти цели выделено более 136 миллионов рублей.

Поликлиники планируется не только отремонтировать, но и изменить стандарт их внешнего вида, содержания входных и приемных групп. Как сообщил Рафик Батыршин, вместо привычных регистратур появятся ресепшен по образцу зарубежных поликлиник. Здесь разместят стойку с многоканальным телефоном, на стенах будут установлены плазменные панели, чтобы пациенты могли ознакомиться с необходимой информацией о работе поликлиники. А главное – будет унифицирована работа администраторов. Ожидается, что прием и регистрацию посетителей они будут проводить в электронном виде. Уточнив причину визита очередного посетителя, администратор присвоит ему порядковый номер и направит к нужному специалисту. Номер своей очереди пациент сможет увидеть на плазменных мониторах ресепшена. Для оказания неотложной медицинской помощи

в распоряжении приемной группы будет находиться стандартный набор аппаратуры и лекарств.

Буквально при тиражировании номера вышло распоряжение Кабинета Министров Республики Татарстан о финансировании в 2012 году перечисленных мероприятий по сооружению модульных ФАПов, капитальному и текущему ремонту ФАПов, АПУ и зданий сельских школ для размещения в них ФАПов, приобретению сумок-укладок для ФАПов и домовых хозяйств.

Работы по остальным объектам с 2013 года будут осуществляться в рамках Республиканской целевой программы «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению Республики Татарстан на 2012 – 2016 годы».

По предварительным подсчетам, только на капитальный ремонт, реконструкцию и строительство новых АПУ потребуются около 3 миллиардов рублей. На реализацию всей целевой программы потребуются ориентировочно 5 миллиардов рублей. Безусловно, кроме масштабного укрепления материально-технической базы учреждений первичного звена здравоохранения, целевая программа включает другие разделы.

В первую очередь, это реформирование инфраструктуры АПУ (размещение в районах новостроек офисов ВОП; реорганизация ВА в офисы/центры ВОП, крупных ФАПов в кустовые ВА; организация городских поликлинических клиничко-диагностических

центров; развитие сети дневных стационаров и стационаров на дому; открытие в офисах/центрах ВОП и в поликлиниках пунктов оказания неотложной помощи; развитие центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня).

Во-вторых, это оснащение АПУ современным оборудованием и аппаратурой (потребность в замене основных видов диагностической аппаратуры и оборудования со сроком эксплуатации свыше 10 лет составляет более 700 единиц).

В-третьих, это информатизация АПУ (разработка программы автоматизированного рабочего места ВОП; оснащение компьютерной техникой рабочих мест; внедрение комплексов для регистрации и передачи ЭКГ по телефону).

Важной частью целевой программы является раздел по образовательным мероприятиям (организация на базе КГМА и КГМУ тематических циклов по смежным специальностям для ВОП; увеличение количества мест по целевому набору абитуриентов из республики в КГМУ для подготовки ВОП и участковых врачей; переподготовка и сертификация ВОП, участковых врачей).

Запланированные в рамках целевой программы направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению республики не имеют прецедентов по масштабности и географии мероприятий, количеству привлеченных министерств и ведомств, объему финансирования, видам и количеству модернизируемых объектов.

Однако наличие положительного опыта реализации профильных федеральных и республиканских программ и проектов дает уверенность, что задачи целевой программы – повышение доступности, обеспечение преемственности и качества амбулаторно-поликлинической помощи населению Республики Татарстан – будут решены.



ФАПы нового поколения

В селе Митряево Азнакаевского района состоялось торжественное открытие первого в Татарстане быстровозводимого модульного фельдшерско-акушерского пункта.

Проекты быстровозводимых модульных зданий Азнакаевского завода «Нефтемаш», адаптированных под нужды сельского здравоохранения, впервые были продемонстрированы руководству республики на итоговой коллегии Минздрава РТ и получили одобрение Президента РТ Рустама Минниханова. Позже, на совещании, посвященном вопросам реализации демографической политики Российской Федерации, решения Азнакаевского завода были представлены министру здравоохранения и социального развития РФ Татьяне Голиковой, заслужили положительную оценку Председателя Правительства России Владимира Путина.

Общепринятым подходом в решении задач обеспечения первичной медицинской помощи было капитальное строительство. Впервые этим вопросом стал заниматься завод, изначально ориентированный на выпуск машиностроительной продукции. Он предлагает модульные здания как готовый к использованию продукт, а не как объект капитального строительства. Преимуществом такого подхода является не только скорость возведения – значительно сокращаются и сроки оформления разрешительных документов по сравнению с согласовательными

процедурами при капитальном строительстве. Модульные здания относятся к разряду мобильных, производятся в заводских условиях и монтируются на площадке под ключ, принимаются в эксплуатацию простым актом передачи на основании договора поставки. Завод «Нефтемаш» уже не первый год отработывает такой подход при обеспечении объектами различного социально-бытового назначения ОАО «Татнефть» и ОАО «Танеко».

Одними из первых модульный фельдшерско-акушерский пункт в Азнакаевском районе осмотрели члены Президиума Госсовета РТ. «Необходимо создавать новые условия для оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, – сказал председатель Госсовета Фарит Мухаметшин. – Сегодня в селе Митряево открылся ФАП нового типа. Надеемся, что реализация этого проекта будет успешно продолжена, и быстро строящиеся ФАПы появятся в других районах и даже областях, соседних республиках».

«Такие позитивные изменения, несомненно, важны не только для работников здравоохранения, но и для каждого жителя Татарстана. Благополучие любого государства зависит, в первую очередь, от здоровья

его граждан», – отметил глава Минздрава РТ Айрат Фаррахов.

Проект первого модульного ФАПа разрабатывался в тесном взаимодействии с Министерством здравоохранения РТ и администрацией Азнакаевской ЦРБ, финансировало его ОАО «Татнефть». Благодаря такому сотрудничеству удалось создать условия, которые полностью отвечают санитарным требованиям, обеспечивают достойный уровень комфорта. ФАП будет обслуживать 349 жителей Митряево. В нем есть процедурная, фельдшерский кабинет (он же детский и акушерский), место ожидания для больных, санузел и хозяйственная комната. ФАП оснащен всем необходимым, для хранения препаратов имеется фармацевтический холодильник.

Новый митряевский пункт оказания первичной медицинской помощи вызвал неподдельный интерес главных врачей центральных районных больниц республики. «Хороший модульный ФАП, нравится всем. Здесь приятно будет работать фельдшерам», – такую характеристику, в частности, получил пункт от Дамира Хазиева, руководителя Мамадышской ЦРБ. У главных врачей была возможность обсудить с руководством Азнакаевского завода вопросы по производству и эксплуатации ФАПов, поделиться замечаниями и пожеланиями.

«Это пилотный проект, на котором мы отработываем практические вопросы производства и монтажа строений, ориентированных на медицинские нужды, – сказал генеральный директор ОАО «Азнакаевский



завод «Нефтемаш» Марат Гайсин, – соответственно, нам необходимо решать задачи, которые ставят перед нами Минстрой и Минздрав. Мы будем оптимизировать проект, при этом обязательно учтем пожелания главврачей республиканских ЦРБ».

Руководитель предприятия также рассказал об основных достоинствах быстровозводимого ФАПа: «Главное преимущество модульных зданий перед капитальными – это сроки. Наш ФАП можно возвести на подготовленной площадке всего за 10 дней. Мы обеспечиваем полный цикл, начиная с фундамента, заканчивая инженерной коммуникацией внутри здания и даже медицинской мебелью. Все материалы, оборудование прошли сертификацию, полностью соответствуют требованиям СанПиНа, безопасны для здоровья и экологичны».

Изначально предполагалось, что часть работ, например, подготовку фундамента, заказчик может взять на себя, но на сегодня мы решили отказаться от такого варианта. Дело в том, что технология возведения модульных зданий предъявляет достаточно строгие требования к подготовке основания. Небольшая погрешность в фундаменте может дать существенное отклонение в верхней части строения. Мы сотрудничаем с монтажными организациями, которые уже себя зарекомендовали, что позволяет нам гарантировать стабильно высокое качество готовой конструкции.

Основной элемент здания – сэндвич-панель с готовой внутренней и внешней отделкой, каркас собирается из прочных металлоконструкций. Такие стены не нужно штукатурить или красить, здание долго не будет нуждаться в капитальном ремонте, что снижает эксплуатационные затраты.

Понимая условия, в которых будут возводиться и эксплуатироваться ФАПы, мы постарались сделать максимально автономной инженерную «начинку» здания, предложив различные варианты. Отопление предусмотрено газовое, внутри ФАПа монтируется все необходимое оборудование, заказчику остается лишь подключить газ. Я бы рекомендовал



Понимая условия, в которых будут возводиться и эксплуатироваться ФАПы, производитель модульных зданий постарался сделать максимально автономной их инженерную «начинку», предложив различные варианты.

прорабатывать этот вопрос заранее, поскольку процедура согласования поставки газа может занять несколько месяцев. Если же по какой-то причине газ подвести невозможно, можем предусмотреть электрический источник тепла.

К ФАПу подводятся электрические сети, водоснабжение – как централизованное, так и, например, из местного источника, водоотведение – опять же либо централизованное, либо это выгребная яма. Пункт оснащается системами сигнализации и пожарной безопасности, не забыли мы и о подключении информационных коммуникаций – телефона, Интернета. Таким образом, у фельдшера всегда будет возможность связаться с центральной районной больницей, нужным специалистом, в том числе и в режиме видеосвязи онлайн.

Сегодня нами разработаны четыре вида модульных ФАПов площадью от 33 до 84 кв. м. Ориентировочная стои-

мость комплекта, включая инженерные системы, все необходимое оборудование и мебель, монтаж, – от 1 до 3 млн рублей. На заводе все основные элементы здания упаковываются в специальные контейнеры, которые легко транспортировать.

В конце мая планируется открыть еще один ФАП – в Альметьевском районе, в селе Чупаево. Мощности нашего завода позволяют изготавливать один комплект ФАПа в день».

Проблема материально-технического состояния фельдшерско-акушерских пунктов на селе сегодня очень остра. В республике 399 ФАПов требуют ремонта, их износ – более 70%, и практически не подлежат ремонту 354 ФАПа, а в аварийном состоянии находятся 52 ФАПа. Тем отрадней факт, что ситуация с обеспечением достойных условий для оказания первичной медицинской помощи в сельской местности начала меняться к лучшему. И ФАП в Митряево – наглядный тому пример. *



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



БОЛЬНИЦА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



совместно с:

ФАРМАЦИЯ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

- Медицинская техника, оборудование
- Лабораторная техника
- Оптика и офтальмология
- Первичная медицинская помощь
- Ортопедия
- Реабилитация и спортивная медицина
- Проектирование, комплексное оснащение оборудованием лечебных учреждений
- Оборудование для очистки, дезинфекции и стерилизации
- Медицинская мебель
- Лечение за рубежом
- Системы автоматизации управления клиник
- Медицинская одежда
- Эстетическая медицина
- СПА-технологии
- Медицинские услуги
- Медицинские научно-исследовательские, учебные заведения



www.hospital.primexpo.ru

Всё лучшее
для мира
медицины!

Ленэкспо, Санкт-Петербург

2-4 октября 2012

Организаторы:



primexpo



ITE GROUP PLC



ufi

+7 (812) 380 6006/00, med@primexpo.ru



ТЕМА НОМЕРА:

ОНКОЛОГИЯ

НАДЕЖДА, КОТОРАЯ НЕ УМИРАЕТ



ЕЩЕ НЕДАВНО ДИАГНОЗ «РАК» ЗВУЧАЛ КАК ПРИГОВОР. ЛЕКАРСТВА ОТ ЭТОЙ СТРАШНОЙ БОЛЕЗНИ ПОКА НЕ НАЙДЕНО, НО СМЕРТНОСТЬ ОТ НЕЕ В СТРАНЕ СНИЖАЕТСЯ КАЖДЫЙ ГОД. О ТОМ, КАКИЕ МЕРЫ ПРИНИМАЕТ СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА ДЛЯ СПАСЕНИЯ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION РАССКАЗАЛ ГЛАВНЫЙ ОНКОЛОГ РОССИИ, АКАДЕМИК РАМН, ДИРЕКТОР МОСКОВСКОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ИМ. П.А. ГЕРЦЕНА **ВАЛЕРИЙ ЧИССОВ**.

К

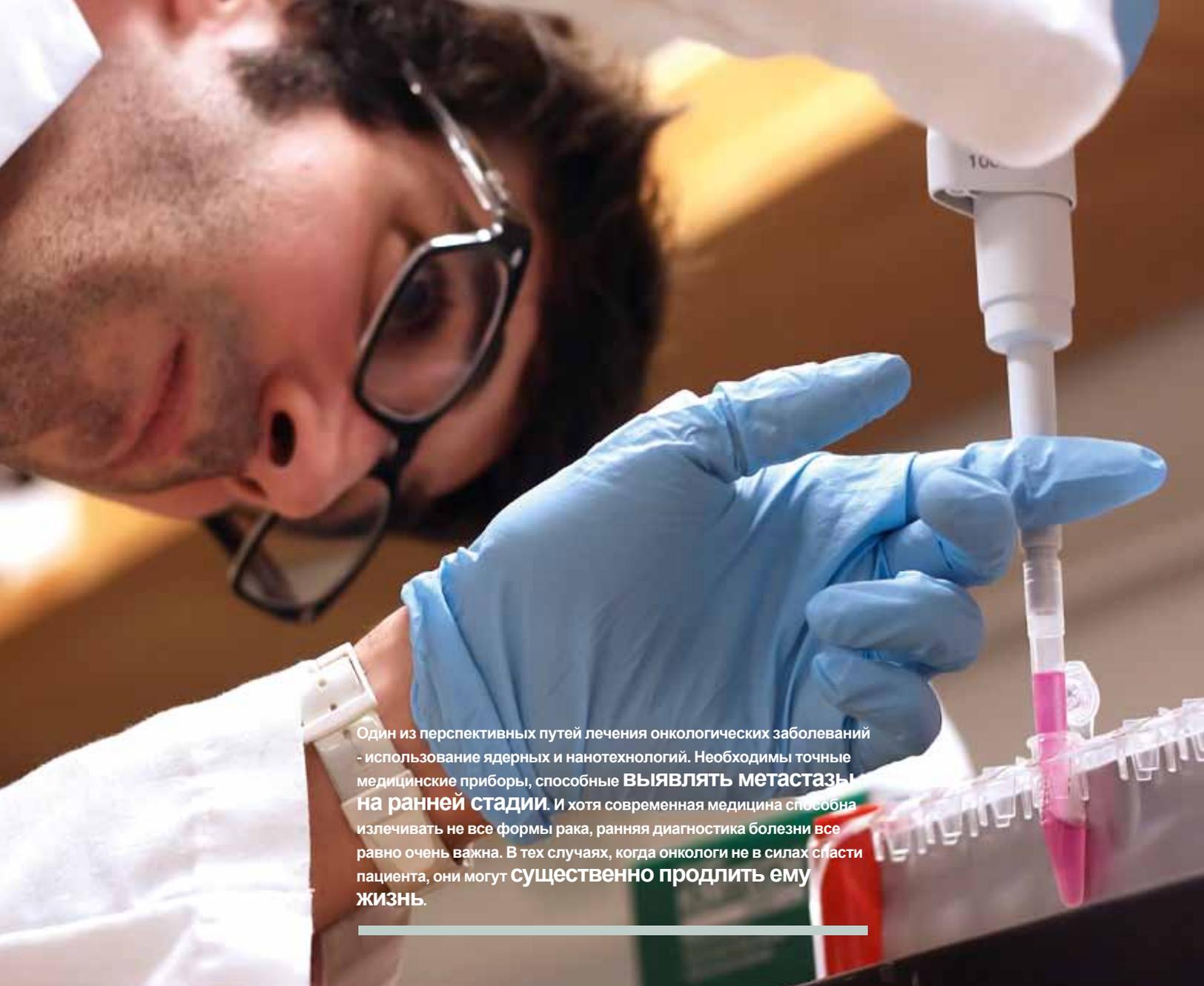
ачество жизни в нашей стране критикуют все - плохая экология, продукты с сомнительными пищевыми добавками, низкий уровень медицинской помощи. Вместе с тем, риск попасть в больницу со злокачественной опухолью у наших граждан гораздо ниже, чем у соседей - европейцев.

Судите сами. В России заболеваемость раком среди мужчин составляет 278 больных на 100 тысяч населения. В Англии этот показатель равен 313, Канаде - 331, Швейцарии - 405. В США общенационального регистра не ведется, но можно взять данные по отдельным штатам. В Коннектикуте статистика заболеваемости - 498 случаев. С женским населением прослеживается та же тенденция: в России 204 онкобольные на 100 тысяч, а в той же благополучной Швейцарии - 368. Конечно, это не

означает, что российские врачи меньше внимания уделяют выявлению и лечению злокачественных опухолей.

ИНЪЕКЦИЯ РУБЛЕМ

В середине марта в Москве прошло расширенное заседание коллегии Минздравсоцразвития РФ, на котором подводились итоги работы ведомства за последние четыре года. Немало слов было сказано по поводу лечения раковых заболеваний. Национальная онкологическая программа в стране заработала в 2009 году и сразу дала ощутимый результат. В 2010 году смертность от раковых заболеваний снизилась на 0,9 процента. А по итогам 2011 года количество смертей уменьшилось еще на 1 процент. Добиться этого во многом помогло выявление заболеваний на ранних стадиях.



Один из перспективных путей лечения онкологических заболеваний - использование ядерных и нанотехнологий. Необходимы точные медицинские приборы, способные **ВЫЯВЛЯТЬ метастазы на ранней стадии**. И хотя современная медицина способна излечивать не все формы рака, ранняя диагностика болезни все равно очень важна. В тех случаях, когда онкологи не в силах спасти пациента, они могут **существенно продлить ему жизнь**.

- По статистике, 28,6% онкобольных умирают на первом году после постановки диагноза, - говорит Валерий Чиссов. - Причина в том, что многие пациенты приходят за помощью, когда раковая опухоль развилась до третьей или четвертой стадии. В этом случае помочь больному бывает очень сложно. Эффективное лечение возможно лишь на ранних стадиях. Именно поэтому в России делается упор на выявление раковых заболеваний на первой или второй стадии, когда сохраняется шанс продлить человеку жизнь. Главную роль здесь играют первичные онкологические кабинеты, которые открываются по всей стране в рамках Национальной онкологической программы. За последние четыре года ее реализации было выделено 26 миллиардов рублей из федерального бюджета и более 10 миллиардов рублей - из региональных бюджетов. На эти средства были открыты тысячи кабинетов, оснащенных новейшим

оборудованием и лекарствами, подготовлены специалисты по проблемам онкологии. Если в первый год работы Национальной онкологической программы мероприятиями были охвачены только 10 регионов страны, то в 2012 году их количество увеличилось уже до 46. Число выявленных больных с I стадией развития раковой опухоли за это время увеличилось на 2,6 процента. При этом сама выявляемость рака на ранних стадиях составляет 48% за 2010 год.

НАЙТИ И ОБЕЗВРЕДИТЬ

По словам Валерия Чиссова, в последние годы у онкобольных России изменилась структура выявляемых опухолей. Сегодня среди мужчин лидирует рак легкого, кожи, предстательной железы, толстой кишки и желудка. У женщин - на первом месте опухоли молочной железы, кожного покрова, желудочно-кишечного тракта и половых органов. В южных регионах страны чаще стал встречаться рак кожи. Виной тому - сильная инсоляция.



Еще одна модная тенденция - лечение стволовыми клетками. Могут ли они помочь в борьбе с раком? По мнению Валерия Чиссова, это очень спорный вопрос. **Стволовая клетка** сама по себе универсальна, она может стать частью любого органа. При этом **онкологи не могут гарантировать, что эти клетки не станут материалом для раковой опухоли.**

Причины онкологических заболеваний до конца не изучены. В течение жизни иммунная система каждого человека борется с опухолевыми клетками. Организм сам себя исцеляет. Но в какой-то момент количество раковых клеток резко увеличивается, и организм оказывается бессильным побороть возникшую угрозу. В последнее время высказываются предположения, что развитию рака могут способствовать электронные высокочастотные устройства - компьютеры, мобильники, смартфоны. В то же время наукой не доказано, что электромагнитные волны стимулируют деление клеток опухоли. За последние 10 лет, что в обиходе появились персональные средства связи, заболеваемость раком в России не выросла. Увеличилась только выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях. Произошло это благодаря новому оборудованию и современным методам диагностики.

Еще одна модная тенденция - лечение стволовыми клетками. Могут ли они помочь в борьбе с раком? По словам Валерия Чиссова, это очень спорный вопрос. Стволовая клетка сама по себе универсальна, она может стать частью любого органа. При этом онкологи не могут гарантировать, что эти клетки не станут материалом для раковой опухоли.

Один из перспективных путей лечения онкологических заболеваний - использование ядерных и нанотехнологий. Необходимы точные медицинские приборы, способные выявлять метастазы на ранней стадии. И хотя современная медицина способна излечивать не все формы рака, ранняя диагностика болезни все равно очень важна. В тех случаях, когда онкологи не в силах спасти пациента, они могут существенно продлить ему жизнь. По словам Валерия Чиссова, успешному лечению на сегодняшний день поддается рак крови, лимфоидной и половой систем. Опухоли большинства внутренних органов приводят к летальному исходу при их выявлении в запущенных стадиях.

На последних международных выставках производители медицинского оборудования любят демонстрировать новые аппараты ПЭТ - КТ. В демонстрационном режиме они легко сканируют тело человека и с точностью до миллиметра выявляют пораженные участки тканей. Впрочем, одно дело - демонстрация на выставке и другое - использование в реальной клинике.

ГДЕ РОДИЛСЯ, ТАМ НЕ ДОЛЕЧИЛСЯ?

Онкологическая служба России представлена 107 диспансерами, 52 из них насчитывают от 100 до 300 коек, 37 - от 301 до 800 коек. Учет больных ведется с помощью единого федерального регистра. На сегодняшний день на учете состоят 2 миллиона 800 тысяч человек, правда, большинство из них наблюдается после удачно проведенного курса лечения.

Лицензии на работу медицинских учреждений выдают региональные министерства и управления системы здравоохранения. Сложившаяся практика иногда приводит к тому, что право на работу получают клиники, не способные провести качественное лечение. В итоге многие пациенты стремятся во что бы то ни стало получить лечение в московских клиниках, тем самым создается дефицит мест и вызываются подозрения в нечестности их распределения. По словам Валерия Чиссова, эти опасения беспочвенны.

- Система выдачи квот на лечение абсолютно прозрачна, - говорит он. - Есть электронные очереди, каждый человек находится на учете. Решение, кого направлять в Москву, принимается на региональном уровне. Минздравсоцразвития РФ и столичные НИИ отношения к этому процессу не имеют. Могу сообщить, что количество квот растет каждый год, и будет расти дальше. На сегодняшний день наш институт делает порядка 4,5 тысячи операций в год, но мы стремимся к тому, чтобы увеличить эту цифру.

Безусловно, любую болезнь легче предупредить, чем лечить. По словам главного онколога России, система профилактики от рака проста - вести здоровый образ жизни, побольше двигаться, пить витамины и почаще бывать на свежем воздухе. Как показывают исследования, нахождение в загазованной атмосфере - один из главных факторов риска. Не случайно впервые рак был обнаружен у трубочиста. Также необходимо правильно питаться - избегать копченостей, жареных продуктов. По возможности не употреблять еду с красителями и вкусовыми добавками. Многие из них являются канцерогенами, о чем не пишется на упаковках продуктов.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА – МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ ЗАДАЧА



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО ВРАЧА ГАУЗ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»,
ГЛАВНОГО ОНКОЛОГА МЗ РТ, ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ ОНКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ КГМА, ПРОФЕССОРА, Д.М.Н.
РУСТЕМА ХАСАНОВА ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION

- Рустем Шамильевич, каковы последние данные по заболеваемости и локализациям злокачественных новообразований (ЗНО) в Татарстане? Каковы тенденции последних лет?

- Если говорить об основных локализациях ЗНО, то по итогам 2011 года на первом месте по заболеваемости находится рак кожи - 12,6%, чуть меньше доля рака молочной железы и толстого кишечника - по 11,6%, далее следует рак легкого, женский половых органов, желудка и пр.

За последние десятилетия эпидемиологическая ситуация по ЗНО существенно изменилась. Так, в 70 - 80-е годы ведущую роль играл рак желудка, что было связано с недостатками в питании населения, а также пробелами в лечении язвенной болезни. В конце 80-х и вплоть до начала 2000-х годов превалировал рак легкого, а в 2008

году впервые на первое место вышел колоректальный рак. Его можно назвать болезнью цивилизации, одной из причин которой является гиподинамия. При этом характер питания людей не изменился - большую долю в рационе составляют мучное, макароны, мясо, мало потребляют клетчатки, овощей, фруктов. Раньше активный образ жизни, физическая работа позволяли дать выход всему тому, что накапливалось в организме. Сегодня многие имеют сидячую работу, и далеко не каждый находит время для посещения фитнес-клубов, тренажерных залов.

В 2009 году впервые на первое место среди всей популяции вышел рак молочной железы, притом, что это вообще-то женская болезнь. Этот факт можно рассматривать как следствие сексуальной революции в стране, как отражение процессов, происходящих в нашем обществе.



В 2011 году в структуре заболеваемости в Татарстане стал лидировать рак кожи. И этому тоже есть объяснение. Наша республика - довольно благополучный регион, многие ее жители могут позволить себе отдыхать в Турции, Египте, и не один раз в год. А молодежь буквально не вылезает из соляриев. Но надо понимать, что наша белая кожа просто не приспособлена к такой лучевой нагрузке, что зачастую приводит к печальным последствиям.

В целом наблюдается рост заболеваемости - с 330,2 на 100 тысяч населения в 2009 году до 352 в 2011-м (+6,7%). Она растет во всех возрастных группах, и все-таки по-прежнему раком заболевают, в основном, люди старше 40 лет. Средний возраст заболевшего - 64 года, средний возраст умершего от ЗНО - 66 лет.

Смертность с 2009 года по 2011-й снизилась на 1,1%. Растет пятилетняя выживаемость, сегодня в Татарстане она составляет 53,3%. Для сравнения: 15 лет назад этот показатель был около 45%. За эти годы мы значительно продвинулись в лечении ЗНО, наши результаты по многим локализациям одни из лучших в России. Но если сравнивать со Швецией, Финляндией, то там совсем другие показатели выживаемости, к ним надо стремиться.

- Что нового сегодня появилось в онкологии? Соответственно, что используете в своей практике?

- Онкология - одна из наиболее бурно развивающихся областей медицины. Мы активно применяем опыт других стран. В частности, в Татарстане были реализованы пилотные скрининговые проекты, например, маммографические исследования, которые охватывают порядка 30 тысяч женщин в год. К сожалению, речь пока не идет о популяционном скрининге, который должен охватывать не менее 80% населения. Это невозможно сделать в рамках только отраслевых программ, здесь должно быть участие совсем других государственных средств.

Скрининговые программы разработаны также для выявления рака предстательной железы, кожи, шейки матки, колоректального рака. Наружные локализации ЗНО составляют более 40% от всех случаев ЗНО в Татарстане, поэтому потенциал ранней диагностики очень велик.

Но у ряда локализаций нет маркеров для популяционного скрининга, например, у рака поджелудочной железы. Да и выявленные ЗНО после лечения могут рецидивировать. Поэтому наряду с развитием скрининговых программ стратегически важно развивать и внедрять в практику новейшие методики диагностики и лечения. Одно из таких направлений - иммуногистохимическая диагностика. Наш коллектив одним из первых в России стал использовать ее в своей работе. Казалось бы, одна лаборатория, но ее результаты применимы к любой локализации ЗНО. Сегодня мы провели множество научных исследований с применением иммуногистохимических маркеров, которые позволяют определять прогноз развития заболевания и помогают сформировать индивидуальную схему лечения. Так, если специалист имеет дело с опухолью молочной железы, то он может провести исследование на предмет наличия положительных рецепторов гормонов. Если, например, статус HER2 положительный, для лечения используется специальный (таргетный) препарат, имеющий целенаправленное действие, который дает хороший прогнозируемый эффект.

На базе нашего диспансера активно внедряются молекулярно-генетические технологии. В плане генетических исследований Россия вообще пока terra incognita. Те данные, которые были получены в США, европейских странах, не могут быть в полной мере использованы в нашей стране. Нужно самим провести базовые исследования, которые и станут точкой отсчета. Приведу пример: по гранту американского Национального института рака мы проводили исследования на предмет предрасположенности к курению, оказалось, что в этом плане мы больше похожи на японцев.

Сегодня благодаря диагностике мутаций определенных генов мы определяем чувствительность к таргетной химиотерапии. Нужно знать молекулярно-генетический портрет опухоли, чтобы подобрать оптимальное лечение. Еще 10 лет назад для нас это было лишь теорией, а сегодня - уже практика. Инвестиции в научные разработки позволяют более рационально использовать препараты.



С 1996 года диспансер аккредитован на участие в международных клинических испытаниях. Благодаря этому в химиотерапевтические отделения поступают самые современные препараты, а значит, появляется больше шансов помочь пациентам.

- В 2010 году Татарстан стал участником Национальной онкологической программы, в рамках которой началась работа по созданию онкологического кластера. Как выстроена эта схема с организационной точки зрения?

- В рамках этой программы в 2010 - 2011 годах на укрепление материально-технической базы онкологической службы республики из федеральных средств выделено около 840 миллионов рублей. Софинансирование из средств Татарстана составило почти 1 миллиард рублей. С 2010 года республика участвует в реализации мероприятий Национальной онкологической программы, в рамках которой построен, оснащён и в 2011 году введен в эксплуатацию Центр ядерной медицины. В нем проводят различные виды лучевой диагностики и радиотерапию опухолей. Кроме радиологического оборудования, в РКОД поступило новейшее эндоскопическое оборудование и роботизированная патоморфологическая лаборатория.

В 2011 году мы получили статус окружного онкологического диспансера, предусматривающий организацию на базе РКОД центра позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-центр) и отделения радионуклидной терапии. В этом году будет завершена подготовка помещений ПЭТ-центра, в котором разместятся радиофармпроизводство, мощные ПЭТ-сканеры и компьютерные томографы. В отделении радионуклидной терапии будет проводиться лечение пациентов жидкими радиоизотопами.

Но кроме оснащения современным оборудованием, потребовалось совершенствование системы организации онкологической помощи. Для этого в республике все учреждения, участвующие в организации онкологической помощи населению, функционально объединены в онкологический кластер, который можно представить в виде пирамиды. Основой системы онкологической помощи являются учреждения

здравоохранения, расположенные по месту проживания пациентов. Именно там силами врачей поликлиник и фельдшеров происходит выявление подозрения на онкологическое заболевание. При необходимости пациенты направляются в первичные онкологические кабинеты (к настоящему времени они открыты в 70 поликлиниках республики, а на базе 6 поликлиник созданы первичные онкологические отделения, 3 из которых, в Арске, Буинске и Чистополе, с функциями межмуниципальных). Первичные онкологические кабинеты и отделения структурно являются подразделениями поликлиник по месту жительства пациентов. Но функционально - это этап первичной онкологической помощи. А уже из первичного онкологического кабинета пациент направляется в специализированное онкологическое учреждение. Но это только схема. Для эффективной работы такой системы было бы крайне необходимо обеспечить информационное взаимодействие всех участников процесса.

В нашей республике решением Министерства здравоохранения, при поддержке Министерства информатизации и связи в 2010 - 2011 годах проведены масштабные мероприятия по объединению всех учреждений здравоохранения онкологического кластера информационной системой Диспетчерского центра Минздрава РТ, через каналы связи Государственной информационной системы телекоммуникаций, - ДЦ. Онко. Было создано 600 автоматизированных рабочих мест в 85 учреждениях здравоохранения. Проведена подготовка почти 1300 пользователей системы. В РКОД МЗ РТ была внедрена медицинская информационная система, интегрированная с системой ДЦ. Онко. И сегодня пациент при подозрении на онкологическое заболевание, во-первых, проходит всю предварительную диагностику, не отрываясь от своего дома, во-вторых, направляется в Республиканский онкодиспансер не хаотично, а на конкретные дату и время, путем дистанционной записи в электронном расписании РКОД, и, в-третьих, все данные о результатах исследований пациента, его лечении и рекомендации по дальнейшему наблюдению также заносятся в электронную базу. По возвращении пациента к месту жительства врач его первичного онкологического кабинета уже знает, какая помощь оказана пациенту, и что ему требуется далее. Таким образом, обеспечивается

контроль всего цикла - от подозрения на заболевание до его лечения и последующего наблюдения за пациентом. Именно внедрение современных информационных технологий в деятельность учреждений онкологического кластера позволяет повысить эффективность оказания онкологической помощи населению и комфортность при ее получении.

При этом необходимо понимать, что ведущую роль в раннем выявлении ЗНО должен играть не онкологический кластер, а вся общая лечебная сеть. Основа основ - методики осмотра здоровых, нацеленность на выявление ЗНО. Онкологи не должны подменять терапевта, дерматолога, гинеколога. Мы издали специальный приказ, дополнили его приложением, в котором описано, что должен делать врач при подозрении на опухоль той или иной локализации. Есть комплекс обследований, которые должны быть проведены до того, как человек попадет в онкологическое отделение. Терапевту на месте необходимо проконсультироваться с онкологом первичного онкологического кабинета, а подозрение на новообразование нужно подтвердить рентгеновским снимком, анализами. Если предполагается, что в специализированном онкологическом учреждении будут проводиться инвазивные процедуры, то врач общей сети должен заранее подготовить своего пациента - отправить на анализы ВИЧ, RW и т.п. Так должна работать эта схема в идеале, и сегодня мы отлаживаем ее.

Об эффективности такого подхода говорит и опыт стран с передовой медициной. В Израиле впервые рак диагностируют, как правило, врачи общей практики, онкологи лишь проводят уточняющее дообследование.

Еще один комплекс задач, который также неразрывно связан с первичным медицинским звеном, - долечивание онкологических больных. После того как пациент покидает наш стационар, мониторинг его состояния на предмет рецидивов ЗНО продолжается. Первый год он проходит диспансеризацию раз в месяц, затем в три месяца и уже потом каждые полгода, через год. Очень важно, чтобы пациенты после получения специальных методов лечения (достаточно травматичных) соблюдали щадящий режим. Ведь они могут умереть не от прогрессирования онкологической патологии, а от неправильного образа жизни, других болезней. Допустим, у нас пролечился больной из одного из сельских районов республики с раком легкого, и оно у него было ампутировано. Он возвратился к себе домой, зная о запретах на чрезмерные физические нагрузки. И здесь очень важно, чтобы местный врач рекомендовал ему воздержаться от них. Решит такой человек кинуть сена корове, поднимет вилы, ему этого может хватить, чтобы получить осложнение - слетает лигатура и т.п. Дыхательная система человека, перенесшего рак легкого, очень уязвима, еще не до конца восстановилась микроциркуляция и т.д. Если у него возникают симптомы пневмонии, его нужно сразу начинать лечить, не дожидаясь, пока болезнь перейдет в более выраженную стадию. Если врач общей лечебной сети будет сначала наблюдать такого больного, высока вероятность неблагоприятного исхода.

Сегодня есть пробелы в реабилитации онкологических больных. До сих пор нет санаториев, специализирующихся на этом профиле, не разработаны показания и противопоказания, не выдаются путевки. У нас есть опыт реабилитации больных раком молочной железы после

мастэктомии в одном из санаториев республики по линии социального страхования. Потеря груди - это не только физический урон, но и психологическая травма. В течение 21 дня такие женщины занимались лечебной физкультурой, проходили курсы специального массажа, с ними работал психотерапевт, наконец, их окружали люди, которые прошли через то же самое. Три недели хватало нашим пациенткам, чтобы набраться сил после операционной травмы, осознать происшедшее и смириться с этим. Результаты были положительными. В конечном счете, ранняя реабилитация позволяет сократить время, необходимое на восстановление работоспособности человека. А это ведет к снижению затрат как его близких, родных, так и государства.

Онкология - это мультидисциплинарная наука. К такому выводу пришли многие страны, имеющие передовые позиции в медицине. Например, в Германии при получении страхового свидетельства человек должен предъявить талон профилактического осмотра и ряда специалистов - проктолога, гинеколога, уролога, стоматолога, маммолога. Они же отслеживают онкологическую патологию. Впоследствии человек должен регулярно проходить такие осмотры, если он проигнорировал их и заболел, страховка покрывает лечение не в полном размере.

Борьба с раком - дело не одного специалиста. Для того чтобы выработать эффективную стратегию лечения больного, мы нередко собираем консилиум из многих специалистов: патоморфолога, лучевого терапевта, химиотерапевта, хирурга, терапевта. Знание эпидемиологической ситуации по раку позволяет нам предполагать, какие локализации ЗНО наиболее вероятны у мужчин, а какие - у женщин, какие формы свойственны той или иной возрастной группе и т.д.

- Какое место Республиканский клинический онкологический диспансер занимает сегодня в России и мире?

- У нашей онкологической школы - достойные позиции. Мы ведем научные изыскания и внедряем их в медицинскую практику, все современные методы и технологии диагностики и лечения ЗНО находят применение в условиях нашего диспансера. К нам приезжают больные не только из районов Татарстана, но и со всей России. Наши выдающиеся врачи и ученые, такие как профессора Рафкат Тазиев, Евгений Сигал, Ильдар Аглуллин, Артур Исмагилов, Ильгиз Гатауллин, Владимир Потанин, Семен Петров и другие, известны далеко за пределами республики. Диспансер является членом Ассоциации онкологических учреждений Европы, что позволяет нам быть в курсе новейших достижений в мировой практике.

Вместе с тем нужно признать, что до сих пор некоторые обеспеченные татарстанцы, столкнувшись с грозным заболеванием, предпочитают лечиться в зарубежных медицинских учреждениях. Пока мы проигрываем в плане создания комфортных условий пребывания.

В последние годы в Татарстане были сделаны важные системные шаги в развитии онкологической помощи, есть понимание и поддержка со стороны Минздрава и руководства республики. Главная же наша опора - это высококвалифицированные кадры. К нам приходят и молодые одаренные специалисты, что также внушает оптимизм относительно дальнейшего развития онкологической службы.



Валерий ДАНИЛОВ,
руководитель нейрохирургического
направления МКДЦ,
заведующий кафедрой неврологии
и нейрохирургии КГМУ, профессор, д.м.н.



Андрей АЛЕКСЕЕВ,
заведующий нейрохирургическим
отделением МКДЦ,
ассистент кафедры неврологии
и нейрохирургии КГМУ, к.м.н.

ПЕРВИЧНЫЕ И МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ОПУХОЛИ ЦНС

В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В РОССИИ, КАК И В ДРУГИХ СТРАНАХ МИРА, ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ТЕНДЕНЦИЯ К УВЕЛИЧЕНИЮ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС), ЧТО СВЯЗАНО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.



Онкологические заболевания ЦНС составляют не менее 8% от общего количества опухолей, в том числе опухоли головного мозга - 92%, спинного мозга - 8% (В.Б. Карахан, 2009). Частота первичных опухолей ЦНС - от 7,42 до 13,9 на 100 000 населения в год. По данным

статистического обзора, в США первичные опухоли ЦНС находятся на третьем месте по причинам смертности в возрасте от 15 до 35 лет и на втором месте у детей в возрасте до 15 лет (Jemal A. et al., 2009).

Метастатические поражения значительно превосходят количество вновь выявляемых первичных новообразований ЦНС. Особое место занимают метастатические опухоли в головной мозг, показатели которых в различных странах в 2 - 4 раза превышают таковые при первичных опухолях (В.Д. Розуменко, 2006).

Структура новообразований головного мозга представлена различными типами опухолей. Подавляющее большинство из них (31,3 - 70%) составляют опухоли нейроэпителиального происхождения. Самая большая группа новообразований головного мозга объединяет нейроэктодермальные опухоли (до 60%), наибольшую долю среди которых составляют опухоли астроцитарного ряда (35 - 42%). Частота встречаемости глиом различной степени злокачественности - глиобластом, анапластической астроцитомы, глиомы низкой степени злокачественности - составляет 5:3:2 (Greenberg M.S., 1997).

Менингиомы (опухоли, растущие из оболочек ЦНС) головного мозга составляют от 13 до 27% всех первичных опухолей головного мозга (Г.С. Тиглиев и др., 2002; Yasargil M.G., 1996). Значительно реже встречаются опухоли черепных нервов и гипофиза.



F.M. Gliardi and S. Mercuri (1983), D. Yardeni et al. (1984) отмечают, что в 22,7 - 39% случаев онкологических больных с метастазами в ЦНС поражение мозга - первое, а иногда и единственное проявление скрыто протекающей первичной злокачественной опухоли. Метастазы в головной мозг наиболее часто встречаются у больных раком легкого, молочной железы, почки, предстательной железы, лимфомой, меланомой. Каждый третий больной раком легкого или молочной железы, а при меланомах 3/4 пациентов страдают от метастатического поражения мозга.

Опухоли спинного мозга составляют 10 - 15% опухолей ЦНС (Г.Ю. Евзиков, 2006). Частота встречаемости опухолей спинного мозга (без учета метастатического поражения позвоночника с вторичной компрессией спинного мозга) - 1 - 2 случая на 100 000 человек в год. В зависимости от локализации спинальные опухоли принято разделять на следующие группы: экстрадуральные, составляющие 50 - 60%, интрадуральные экстрамедуллярные - 30 - 40% и интрамедуллярные - 5 - 10%.

Основными факторами, определяющими прогноз пациентов с опухолями ЦНС, являются гистологический тип опухоли, возраст, функциональный статус пациента, локализация опухоли и объем хирургического вмешательства, при этом такой показатель, как «гистологическое строение опухоли», доминирует над прочими факторами. Среди пациентов с глиальными опухолями головного мозга благоприятный прогноз сопутствует новообразованиям I степени злокачественности.

Опухоли головного и спинного мозга представляют собой особую группу новообразований, существенно отличающихся по своей биологии, топографии, специфике распространения на окружающие ткани. Развиваясь в замкнутой полости, опухоль уже на ранних стадиях приводит к сдавливанию и деформации мозговых структур. Поэтому при появлении устойчивых неврологических симптомов размеры опухоли остаются сравнительно небольшими. Экстракраниальное метастазирование даже высокозлокачественных внутримозговых опухолей является казуистикой. Согласно современным представлениям церебральные опухоли развиваются вследствие кумуляции генетических изменений, в результате

чего клетки приобретают способность к бесконтрольному делению и не элиминируются иммунной системой. На сегодняшний день наиболее исследованы генетические изменения при опухолях астроцитарного ряда и их низкодифференцированных типах.

Диагностика опухолей ЦНС является одной из наиболее сложных проблем современной нейроонкологии. Несмотря на многочисленные работы, посвященные клинической диагностике опухолей головного мозга, дифференцировать данную патологию ЦНС с другими заболеваниями сложно. Затруднено и раннее выявление новообразований ЦНС, что связано, в частности, с многообразием вариантов дебюта нейроонкологической патологии и полиморфизмом ее клинико-неврологических проявлений.

Наиболее распространенным методом исследования в нейрохирургии, особенно для проспективного наблюдения пациентов со злокачественными глиомами, на сегодня является компьютерная томография (КТ) с контрастированием или магнитно-резонансная томография (МРТ) (Stieber V.W., 2001). Также важна оценка функционального статуса пациента, проводимая как перед лечением, так и на разных его этапах. С этой целью широко используется шкала Карновского. Сегодня большие сложности вызывает проблема интерпретации данных нейрорентгенологических исследований в дифференциальной диагностике метастатического поражения головного мозга, особенно при солитарном (одиночном) поражении, как в постановке предоперационного диагноза, так и последующего решения вопроса о тактике лечения. С развитием методов визуализации - от прямой ангиографии до МРТ и ПЭТ - дилемма дифференциального диагноза между первичными и вторичными опухолями головного мозга остается по-прежнему в центре внимания. Крайне актуальными являются усилия, направленные на определение первичного источника метастазов.

Основным современным методом инструментальной диагностики спинальных опухолей является МРТ. Она дает возможность оценить локализацию, форму и размеры новообразования, степень локального расширения спинного мозга, наличие опухолевых кист и перитуморального отека.



Начальным этапом лечения глиальных опухолей головного мозга любой степени дифференцировки является хирургическое вмешательство, направленное на установление точного морфологического диагноза, обеспечение максимально возможного удаления новообразования с соблюдением принципов анатомической и функциональной доступности для уменьшения эффекта объемного воздействия опухоли на головной мозг, а также обеспечение удовлетворительной ликвороциркуляции.

С развитием современных технологий за последние годы в лечении внутримозговых опухолей достигнуты определенные успехи, что позволило существенно расширить показания к оперативным вмешательствам даже в случаях, которые ранее считались неоперабельными. Послеоперационная летальность при этой патологии снизилась, по некоторым данным (И.А. Медяник, А.П. Фраерман, 2008), до 2,4%. Использование только хирургических технологий не позволяет решить две основные проблемы: существенно увеличить продолжительность жизни пациентов с опухолями высокой степени злокачественности и предотвратить продолженный рост опухоли. Следовательно, применение других методик комплексной терапии для улучшения результатов лечения также крайне необходимо. Важнейшим компонентом терапии больных с интракраниальными опухолями являются лучевая и химиотерапия, которые могут использоваться после хирургического вмешательства и без него.

При ранней диагностике и небольших размерах опухоли применимы современные методы стереотаксической радиохирургии. В некоторых случаях они способны вызвать полный регресс опухоли и улучшить состояние больного даже без оперативного вмешательства.

Результаты лечения нейроонкологических больных во многом зависят от биологических свойств опухоли и, в частности, от того, является ли она первичным новообразованием головного мозга или метастазом. В связи с этим ранняя верификация морфологического строения новообразования ЦНС становится основой лечебной тактики у каждого больного. В настоящее время при лечении метастатических поражений головного

мозга широко используются открытые хирургические вмешательства, облучение всего головного мозга, стереотаксическая радиохирургия и химиотерапия. Согласно современным протоколам лечения внутримозговых метастазов, показания к хирургическому лечению ограничены одним или несколькими метастазами (как правило, не более четырех), доступными для безопасного и полного удаления.

Проблема лечения опухолей ЦНС, несмотря на достижения современной медицинской науки, еще не разрешена. Однако несомненные успехи в нейроонкологии вывели на качественно новую ступень проблему диагностики и лечения пациентов с первичными и метастатическими опухолями ЦНС. Новые возможности визуальной диагностики и новые хирургические методы, методы радиохирургии и радиотерапии позволили перенести лечение к ранним и более безопасным вмешательствам.

В Республике Татарстан проводится большая работа, направленная на улучшение выявляемости этой патологии. Активная работа кафедры неврологии и нейрохирургии КГМУ (зав. кафедрой - проф. В.И. Данилов), направленная на повышение знаний врачей-неврологов, общей практики, врачей скорой медицинской помощи в вопросах диагностики опухолей ЦНС, наряду с существенным увеличением количества компьютерных и МР-томографов, способствовали значительному прогрессу в выявляемости первичных опухолей ЦНС. В 2000 году, по данным обращаемости, показатель заболеваемости составлял 5,74 на 100 тыс. населения, в 2011-м выявляемость первичных опухолей ЦНС существенно улучшилась и составила 20 на 100 тыс. населения.

Хирургические пособия больных с опухолями ЦНС проводятся в нейрохирургические отделения МКДЦ и РКБ, БСМП г. Набережные Челны. Оснащение этих отделений современным оборудованием, внедрение принципов микронейрохирургии способствовали уменьшению послеоперационной летальности - с 7,1% в 2000 году до 2,3% в 2011-м. Дальнейшее развитие нейроонкологии в республике сопряжено с внедрением радиохирургии (оборудование монтируется в КОД МЗ РТ).

Артур ИСМАГИЛОВ,

врач-маммолог ГАУЗ «РКОД МЗ РТ»,
президент Международной ассоциации пластических
хирургов и онкологов IAPSO, доцент кафедры онкологии
и хирургии КГМА, д.м.н.

БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОГАЧЕ ОПЫТ



РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РМЖ) - ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ АГРЕССИВНЫХ И ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ФОРМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ. ОН ЗАНИМАЕТ ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В СТРУКТУРЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ВО ВСЕХ ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ. ЕЖЕГОДНО В МИРЕ ЭТОТ ДИАГНОЗ СТАВЯТ БОЛЕЕ ЧЕМ ОДНОМУ МИЛЛИОНУ ЖЕНЩИН. В РОССИИ РАК ДАННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТАКЖЕ ЗАНИМАЕТ ВЕДУЩИЕ ПОЗИЦИИ СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ.

ТЕНДЕНЦИИ

Каждая 13-я россиянка имеет риск заболеть раком молочной железы, и, к сожалению, в последние годы отмечается рост заболеваемости как в России в целом, так и в Татарстане в отдельности. Особую тревогу вызывает увеличивающееся число заболевших женщин фертильного возраста. Такую тенденцию во многом можно объяснить отходом большинства российских семей от традиционного уклада жизни. Женщины реже рожают, меньше кормят своих детей, раньше выходят на работу.

Наряду с ростом заболеваемости РМЖ нельзя не отметить стабилизацию ситуации по смертности в Татарстане. Есть достижения в плане повышения эффективности лечения, но главную роль все-таки играет ранняя диагностика. Выявленный на первой стадии РМЖ в 90% случаев можно излечить. При

этом затраты на лечение будут значительно ниже, чем в ситуации, когда мы имеем дело с поздними стадиями, а врачи могут использовать более щадящие для организма методы.

Опыт зарубежных стран показывает, что там, где в скрининговых программах участвуют 80% женщин, смертность снижается на 25 - 30%. Татарстан стал одним из первых субъектов России, где были запущены пилотные проекты по маммологическому скринингу. За пять лет реализации проекта структура стадийности выявленного РМЖ существенно изменилась. Если в 90-е годы рак на 1 - 2 стадиях выявлялся у около трети от общего числа заболевших, то теперь этот показатель составляет больше 50%.

ДИАГНОСТИКА

Основными методами диагностики РМЖ являются физикальное обследование, инструментальное



(маммография, УЗИ, МРТ), биопсия с последующим патоморфологическим исследованием. Изменения, которые при первичном наружном осмотре могут указывать на РМЖ:

1. Наличие в молочной железе опухолевидного образования.
2. Одна молочная железа стала заметно больше другой.
3. Изменение соска - втянутость, изменение положения или формы; появление вокруг него складок или ямок.
4. Сыпь на соске или вокруг него.
5. Кровянистые выделения из одного или обоих сосков.
6. Припухлость в подмышечной впадине или в области ключицы.
7. Утолщение кожи с образованием так называемой лимонной корки.
8. Постоянная боль в участке молочной железы или в подмышечной впадине.

Маммография - рентгенография молочной железы - является основным инструментальным методом, используемым для детального исследования патологических изменений, которые нельзя определить при физикальном обследовании. Она также является основным методом скрининга.

В патоморфологическом заключении указывается тип опухоли - злокачественная или доброкачественная. К последней относятся кисты и воспаление. Рак молочной железы подразделяют на *in situ* (преинвазивный) и инвазивный. Если опухоль приобрела характер инвазивного роста, резко повышается риск распространения заболевания по всему организму. Около 80% всех случаев приходится на долю инфильтрирующего протокового рака.

Для описания стадийности рака используется классификация TNM: показатель T отражает размер опухоли, N - поражение лимфатических узлов, M - наличие или отсутствие отдаленных метастазов. На основании классификации TNM определяется стадия заболевания молочной железы:

Стадия 0 - опухоль неинвазивна.

Стадия I - опухоль инвазивна, имеет размер менее 2 см в диаметре, поражения лимфоузлов нет.

Стадия II - опухоль инвазивна, имеет диаметр 2 - 5 см или меньшего размера с распространением на подмышечные узлы со стороны пораженной молочной железы.

Стадия III - опухоль более 5 см в диаметре или меньшего диаметра, имеющая распространение на лимфоузлы, которые слились друг с другом или окружающими тканями, имеющая распространение на кожу молочной железы, грудную клетку и внутригрудные лимфоузлы.

Стадия IV - опухоль не ограничена молочной железой или окружающими лимфатическими узлами и распространилась на другие органы.

ЛЕЧЕНИЕ

Благодаря ранней диагностике специалисты маммологического отделения ГАУЗ «РКОД МЗ РТ» все чаще сталкиваются с непальпируемыми опухолями. Раньше хирурги были вынуждены делать большие резекции, чтобы удалить опухоль наверняка. В 90-х годах в нашем отделении появилась установка АВВЕ, которая позволяет проводить биопсию в автоматическом режиме под рентгеновским контролем. При проведении таких операций удаляется только пораженная ткань, что позволяет



снизить урон, наносимый организму, женщина в большинстве случаев имеет возможность сохранить молочную железу. К тому же гистологи, получив такой «локализованный» препарат, могут с высокой степенью достоверности подтвердить диагноз, даже когда опухоль имеет размеры в несколько миллиметров.

Излечение раковой опухоли, особенно на более поздних стадиях, невозможно без хирургического иссечения. Говоря об онкологической хирургии, нельзя не упомянуть профессора Михаила Семеновича Сигала. Именно ему мы обязаны тем, что представители казанской школы обладают такой хирургической техникой и при прочих равных условиях выгодно отличаются качеством выполнения операций, в том числе и по сравнению с европейскими коллегами.

Оперативная маммология - это достаточно масштабные вмешательства, затрагивающие соседние ткани и органы. Одной из уникальных методик нашего диспансера является малоинвазивное видеотораскопическое удаление парастеральных лимфоузлов, предложенное профессором Евгением Иосифовичем Сигалом. Сегодня такие оперативные вмешательства снова стали активно применяться в России и в странах ближнего зарубежья.

Еще одним нашим достижением в онкохирургии молочной железы является применение стационарсберегающей технологии. Как правило, больные РМЖ находятся в стационаре около четырех недель. Наши пациентки могут выписаться уже на седьмые сутки. Процедура проста и в то же время эффективна. После удаления пораженной ткани образуется полость, в которой скапливается жидкость. В связи с этим возникает необходимость дренировать рану, пока полость не склеится. Это занимает достаточно долгое время. Мы же разработали и запатентовали методику, согласно которой ушиваем полость еще в ходе операции. Это позволяет снизить количество осложнений и уменьшить время, необходимое для реабилитации после операции.

Отдельная тема, напрямую связанная с онкохирургией, - психологическая травма, которую наносит удаление молочной железы. На одной из специализированных конференций был интересный доклад, в котором проанализировано, почему женщины зачастую приходят к врачу с уже запущенными формами рака. Выяснилось, что это не представительницы сельской местности, которым, возможно, менее доступна специализированная медицинская помощь, а, в основном, городские жительницы, многие с высшим образованием. На вопрос, почему они так поздно обратились к специалисту, женщины отвечали, что их останавливал страх утраты молочной железы во время лечения.

За последние 20 лет нами накоплен большой опыт по реконструкции молочной железы. По спектру и объему выполняемых пластических операций наше маммологическое отделение является одним из лидеров на постсоветском пространстве. Как уже упоминалось, ранняя диагностика позволяет избежать мастэктомии. В этом случае может быть осуществлена частичная резекция либо в чистом виде, либо с проведением ремоделирования груди.

Все-таки многим пациенткам приходится удалять молочную железу. Соответственно встает вопрос о пластической реконструкции груди, и здесь также есть различные варианты. Реконструкция груди выполняется с использованием экспандера, импланта, собственного тканевого лоскута. Реконструктивная маммопластика может проводиться через

несколько месяцев после удаления молочной железы, она также может выполняться непосредственно во время мастэктомии, одномоментно. Проводится полное удаление молочной железы, и тут же осуществляется ее восстановление.

Маммологическое отделение накопило богатый опыт подобных пластических операций, и на протяжении девяти лет мы регулярно делимся им с нашими российскими коллегами, проводим интенсивные курсы, конференции, мастер-классы. 17 - 19 мая организуем Международную школу по маммопластике, в которой примут участие и ведущие европейские специалисты.

Опыт Татарстана интересен и тем, что мы одни из первых стали устанавливать импланты и протезы, приобретенные в рамках программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Руководство нашей республики вышло на федеральный уровень с этой инициативой, и сегодня закупка имплантов во многих случаях проводится по государственным квотам. 100-процентного охвата у нас пока нет, но сделан большой шаг в этом направлении. Постепенно меняется и отношение женщин к РМЖ, к нему перестают относиться как к чему-то фатальному.

В маммологическом отделении применяются различные схемы химиотерапии, лучевой и гормонотерапии. В зависимости от специфики течения болезни, особенностей организма используются тот или иной метод, их комбинации. В разработке индивидуальных программ лечения большую роль играет иммуногистохимическая лаборатория, которая имеет статус референс-лаборатории Приволжского федерального округа.

Стоит также отметить, что наш диспансер прошел лицензирование на проведение клинических исследований, что дает возможность использовать в химиотерапии новейшие препараты при согласии пациента, которые пока еще широко не применялись в медицинской практике.

Большие перспективы мы связываем и с открытием Центра ядерной медицины на базе онкологического диспансера. Благодаря внедрению в практику внутритканевой брахитерапии у нас появилась, в частности, возможность облучать только злокачественные новообразования, не затрагивая здоровые органы.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Благодаря открытиям современной онкологии удается продлить жизнь женщин с раком молочной железы на долгие годы. Вместе с тем у многих из них возникают определенные психозомоциональные проблемы. У перенесших рак молочной железы наблюдаются страхи и тревожные состояния по поводу возможного возвращения болезни, нежелание оглядываться назад, множество вопросов относительно своего нынешнего состояния. У них происходит серьезная переоценка ценностей, они ищут «новую нормальную жизнь».

На каждом этапе «новой жизни» необходимы поддержка лечащих врачей и соответствующие рекомендации относительно образа жизни. Перенесшие рак молочной железы должны находиться под постоянным динамическим наблюдением врача и регулярно (частота посещений зависит от периода, прошедшего после оперативного лечения) проходить следующие обследования: маммографию, ультразвуковое обследование области молочной железы и послеоперационного рубца, органов

брюшной полости и малого таза, рентгенографическое исследование, сканирование костей, при наличии показаний - КТ и МРТ. Также большинству женщин нужно носить компрессионные рукава и протезы (при отсутствии реконструкции груди) для предотвращения слоновости руки.

Необходимо корректировать образ жизни таким образом, чтобы по возможности максимально сократить риск возврата заболевания:

1. Несколькими рандомизированными исследованиями доказано, что снижение индекса массы тела приводит к снижению риска рецидива заболевания.

2. Даже умеренное потребление алкоголя увеличивает как риск развития нового рака, так и скорость метастазирования опухоли.

3. Можно принимать стандартные дозы витаминов, которые рекомендованы женщинам данной возрастной категории.

Убедительных доказательств в пользу того, что женщины, перенесшие рак молочной железы, должны принимать больше витамина D, не существует.

4. У большинства женщин на фоне психосоциальных проблем часто наблюдаются депрессия, сексуальная дисфункция и проблемы в семейной жизни. У 10 - 20% женщин на этапе химиотерапии распадаются семьи, уходят партнеры. Многие стесняются разговаривать об этом, и онкологи не обращают внимания на такой важнейший аспект жизни пациенток, усугубляя тем самым проблему. Эффективным методом ее решения являются работа с семьей и родственниками, создание групп пациенток, где они могут обсуждать похожие проблемы, помощь квалифицированных психологов.

5. Излишняя инсоляция кожи приводит не только к повышению риска развития рака, но может повреждать и клетки молочной железы.

6. Следует избегать греющих процедур в области послеоперационной раны (массажи, компрессы и т.д.), потому что усиление кровоснабжения может привести к повышению риска метастазирования.

Подытоживая, следует признать, что одному маммологическому отделению сегодня не по силам полностью решить проблему рака молочной железы в республике. Тем важнее роль врачей первичного звена в городах и районах Татарстана в деле профилактики этого заболевания. Нужно, чтобы они обращали внимание своих пациенток на важность регулярной диагностики. Каждая женщина старше 45 лет раз в два года должна проходить маммологическое обследование. Положительную роль в деле профилактики РМЖ должен сыграть новый порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, согласно которому в структуре женской консультации должен быть маммолог.

Маммологический скрининг, а именно он имеет наибольший потенциал по снижению смертности от РМЖ, можно было бы проводить также массово, как, например, флюорографию, что дало бы не меньший эффект. Технически это выполнимо, в республике есть около 40 функционирующих маммографов, но не хватает кадров, в районах по-прежнему мало квалифицированных рентгенологов-маммологов.

Маммологическая служба Татарстана сегодня занимает в нашей стране неплохие позиции, но многое еще предстоит сделать. Мы имеем хорошую дорожную карту по всем направлениям диагностики и лечения РМЖ.

Ильдар ШАЙМУРАТОВ,заведующий отделением паллиативной помощи
ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», доцент кафедры онкологии
и хирургии КГМА, к.м.н.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: РАВНОДУШИЯ ЗДЕСЬ БЫТЬ НЕ ДОЛЖНО



СЕГОДНЯ В ТАТАРСТАНЕ НА УЧЕТЕ СОСТОЯТ БОЛЕЕ 70 ТЫСЯЧ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ИЗ НИХ ПОРЯДКА 16 ТЫСЯЧ С ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ. ИМЕННО ДЛЯ ТАКИХ БОЛЬНЫХ, ДЛЯ КОТОРЫХ РЕСУРСЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЖЕ ИСЧЕРПАНЫ, КОГДА ОНО НЕВЫПОЛНИМО ИЗ-ЗА ТЯЖЕСТИ ОБЩЕГО СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРВОСТЕПЕННОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЮТ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, А ТАКЖЕ РЕШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ. ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - ДОСТИЖЕНИЕ МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНОГО КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И ИХ СЕМЕЙ.

ПОМОЩЬ - НА ДОМ

Паллиативное отделение было открыто в Татарстане в 1999 году после принятия Постановления Кабинета Министров РТ №275 «Об организации отделения паллиативной помощи и реабилитации онкологических больных на базе КОД МЗ РТ». В штатное расписание входят 18 человек: заведующий, он же анестезиолог-реаниматолог, 3 врача-онколога, психолог, 9 медсестер, санитарка и 3 водителя. К сожалению, сегодня отделение не доукомплектовано кадрами. Работа с тяжелыми больными ложится, в основном, на медсестер, некоторые не выдерживают постоянной психологической нагрузки. Отделение обслуживает больных Казани, плановое число - 45, реальное - больше 80.

Работа нашего отделения ведется по принципу «стационар на дому», при котором больные

обслуживаются выездной бригадой. В Татарстане также работает экстренная онкологическая помощь, в районах и городах республики паллиативная помощь оказывается специалистами ЦРБ, участковых больниц. В процессе создания находится хоспис, ориентированный, прежде всего, на социально незащищенных, одиноких пациентов.

После того как incurable (неизлечимый) пациент выписывается из стационара, специалисты паллиативного отделения, опираясь на данные амбулаторной карты, разрабатывают первичную тактику лечения, учитывая особенности его состояния.

С учетом того, что уровень медицинской грамотности в районах Татарстана может быть разным, мы также рекомендуем специалистам онкологического диспансера в медицинских документах детально прописывать для врачей на местах, в каких именно лечебных процедурах, препаратах и т.п. нуждается больной.



БОРЬБА С БОЛЬЮ

В основе паллиативной помощи находится симптоматическая терапия. Большинство онкологических пациентов в терминальной стадии испытывают хронический болевой синдром.

Основные принципы противоболевой терапии:

1. Доза анальгетиков подбирается индивидуально, в зависимости от интенсивности и характера болевого синдрома, добиваясь устранения или значительного облегчения боли.
2. Назначать анальгетики необходимо строго по часам, вводя очередную дозу до прекращения действия предыдущей.
3. Необходима регулярная переоценка потребностей пациента в анальгетиках в ходе развития болезни. Когда возможности лечения основного заболевания исчерпаны и близок летальный исход, разумнее увеличить дозу обезболивающих, придавая меньшее значение побочным эффектам.
4. Анальгетики применяются «по восходящей», т.е. от максимальной дозы слабо действующего опиата к минимальной дозе сильно действующего.

Алгоритм противоболевой терапии

Интенсивность болевого синдрома	Схема обезболивания, рекомендованная ВОЗ
Слабая боль	Ненаркотические анальгетики: НСПВП (ацетилсалициловая кислота, диклофенак, ибупрофен, индометацин и др.), производные пиразолона (анальгин и др.), производные парааминофенола (парацетамол), сложные препараты на основе анальгина, спазмолитика и др. (баралгин, пенталгин, седалгин, спазмалгон и др.).
Умеренная боль	Слабые опиаты (кодеин), синтетические опиоиды (трамал, трамадол).
Сильная боль	Сильнодействующий опиат (промедол, омнопон, морфина гидрохлорид), антиконвульсанты - нейронтин, лирика синтетические опиоиды (бупренорфин), сильный опиод (дюрогезик).

Типы боли и причины ее развития:

1. Соматическая - поражение мягких тканей, костей, мышечный спазм.
2. Висцеральная - поражение и перерастяжение полых и паренхиматозных органов, канцероматоз серозных оболочек, асцит, гидроторакс, запоры.
3. Нейропатическая - повреждение (сдавление) нервных структур.

Методы обезболивания при различных типах боли

Тип боли	Метод обезболивания
Соматическая	Фармакотерапия (противоболевые, спазмолитические и симптоматические лекарственные средства), детоксикация, проводниковые блокады.
Висцеральная	Фармакотерапия, детоксикация, паллиативная хирургия (лапароцентез, гастростомия, энтеростомия, трахеостомия, эпицистостомия), регионарные блокады (эпидуральная и субарахноидальные анестезии).
Нейропатическая	Фармакотерапия, детоксикация, регионарные блокады.



ПИТАНИЕ КАК ЛЕЧЕНИЕ

До 70% наших пациентов страдают от кахексии - крайнего истощения организма, которое характеризуется общей слабостью, резким снижением веса. Опухолевые клетки размножаются более агрессивно, поглощая почти все питательные вещества. Раньше в медицинском сообществе возникали дискуссии относительно питания онкологических больных. Многие специалисты задавались вопросом: «А кого, собственно, мы кормим - опухоль или ее хозяина?» Проводились исследования влияния голодания на развитие раковой опухоли. Результат - развивался аутоканнибализм, рост опухоли продолжался за счет распада собственных органов и тканей.

Физическое истощение зачастую приводит к тому, что больной умирает не от самой опухоли, а от осложнений, которая она вызывает, нарушений функций органов, обмена веществ, который идет по катаболическому типу.

Для решения этой проблемы было разработано специальное питание, оно полностью сбалансировано, содержит необходимое количество белков, жиров и углеводов. Специальные смеси не имеют вкуса и запаха, которые неприятны онкологическим больным. Питание преподносится больному как элемент лечения, поскольку оно позволяет дольше поддерживать силы.

Виды нутритивной поддержки: полное парентеральное, энтеральное, смешанное питание. Подбор смесей проводится индивидуально, обязательное условие - родственники должны обучиться методикам и проводить процедуры по введению домашнего клинического питания (ДКП). В случае возникновения осложнений или подозрений пациент имеет возможность связаться с ответственным врачом. Одновременно проводятся лабораторный клинический контроль эффективности ДКП, сопутствующая симптоматическая терапия - коррекция соматических расстройств.

Направление домашнего клинического питания активно развивается, если в 2007 году ДКП получили 126 больных, то в 2010-м - уже 396. Выводы, которые можно сделать, исходя из нашей практики применения нутритивной поддержки:

ДКП показано онкологическим больным с нутритивной недостаточностью в периоперационном периоде, при проведении химио- и лучевой терапии. Оно позволяет сократить пребывание больных в стационаре.

Предпочтение следует отдавать энтеральному питанию жидкими сбалансированными смесями. При парентеральном питании - использовать системы «три в одном».

Применение ДКП позволяет сохранить нормальную социальную, а в ряде случаев и профессиональную активность.

ТИРАЖИРОВАНИЕ ОПЫТА

Одно из важнейших направлений деятельности паллиативного отделения - организационно-методическая работа. Мы регулярно проводим выездные семинары для врачей и медсестер в поликлиниках, ЦРБ в городах и районах республики, республиканские конференции «Борьба с болью», лекции по паллиативной помощи. Основные тезисы, которые озвучиваются в течение учебного цикла: «Самое важное для больного - отношение врача. Нужно повернуться лицом к пациенту, быть человечным», «Необходимо точно

соблюдать предложенный алгоритм действий». Если у местного врача возникают вопросы, можно связаться со специалистом паллиативного отделения, и он проведет консультацию. Телефон: (843) 519-26-93.

Роль врача в поддержке моральных и душевных сил пациента очень велика. Равнодушие, некомпетентность могут нанести вред не меньший, чем сама болезнь. К сожалению, некоторые медицинские работники относятся к онкологическим больным без должного внимания, считая, что они не стоят усилий. Люди страдают от многих других хронических заболеваний, которые тоже не излечимы, например, от диабета, но к онкологическим больным отношение иногда почему-то бывает иным. Рак на поздней стадии - это тоже хроническая болезнь, которая протекает более коротечно и тяжело.

По моим наблюдениям, наиболее добросовестное отношение к онкологическим больным с запущенными формами рака отмечается в районах республики, там, где люди живут более компактно. Очевидно, большую роль здесь играют более тесные родственные и приятельские связи. Только добрые слова я могу сказать о сельских фельдшерах. Мы обязательно привлекаем их на наши обучающие курсы, они внимательно относятся к той информации, которую мы им даем, пользуются ею в своей практике.

Постепенно меняются стереотипы поведения медицинских работников и в городах. Наглядный пример - то, как меняется отношение врачей к патологическим переломам у онкологических больных. Вследствие метастазов в трубчатых костях может возникнуть, например, перелом шейки бедра. Раньше специалист мог просто развести руками: «А что вы хотите? У него же рак!» В результате человек оставался прикованным к койке, и через несколько месяцев мог умереть от гипостатической пневмонии. Сегодня травматологи стали по-иному относиться к «тяжелым» пациентам, проводят остеосинтез, что позволяет сохранить подвижность. Большой вклад в оказание медицинской помощи больным в терминальной стадии вносят пульмонологи, гастроэнтерологи и др. У разных профилей есть свои особенности, онколог просто не может знать специфику каждого раздела медицины.

На сегодня паллиативная служба в России и Татарстане находится на начальном этапе развития. Само определение «Паллиативная медицинская помощь» впервые было дано в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», который вступил в силу 1 января 2012 года.

Заблеваемость злокачественными новообразованиями в России и Татарстане неуклонно растет. Нужно понимать, что одного онкологического больного окружают около десяти условно здоровых людей - родные, друзья, коллеги. Уход за человеком в терминальной стадии рака становится для них, в том числе, и психологической нагрузкой. Постоянный негатив, который им приходится пропускать через себя, может стать причиной обострения хронических болезней, появления новых недугов. В итоге это дает довольно ощутимый отрицательный экономический эффект.

В большинстве развитых стран паллиативная помощь получает развитие, в основном, за счет благотворительных и спонсорских средств. Надеюсь, что со временем мы тоже сможем достигнуть такого уровня развития гражданского общества.

Игорь МАЛКОВ,
заведующий кафедрой хирургии КГМА, профессор, д.м.н.



КОЛОСТОМА: **БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?** ВСЕ ЗАВИСИТ ОТ ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВО ВСЕХ ИНДУСТРИАЛЬНО РАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА ОТМЕЧАЮТСЯ
УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
И ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.



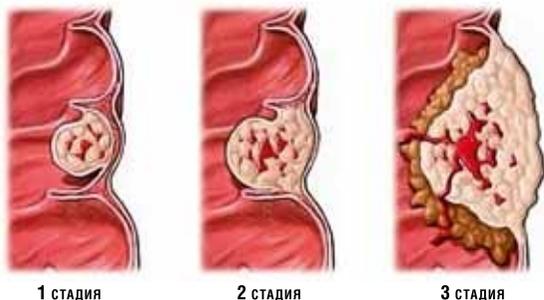
еотложные состояния при онкологических заболеваниях данной локализации чаще всего обусловлены тремя причинами: обтурационной опухолевой непроходимостью, перфорацией опухоли и кровотечением. Только в России ежегодно регистрируется 45 000 больных

колоректальным раком, из них сотни оперируются в экстренном порядке с вынужденным выведением колостомы. Как показывает практика, такие осложнения возникают у большинства больных как «гром среди ясного неба». В связи с этим выявление и верификация злокачественной опухоли происходят уже в условиях дежурного общехирургического стационара.

Возникает вопрос: «Можно ли поставить диагноз на ранней стадии заболевания, не доводя опухолевый процесс до осложнения?» Ответ может быть утвердительным лишь при своевременном обращении

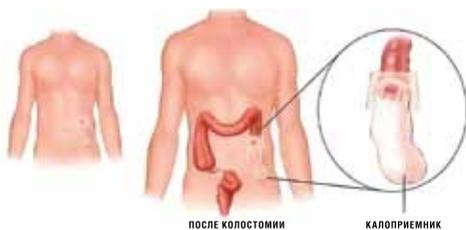
больного за медицинской помощью. Считается, что способность пациента обнаруживать у себя те или иные симптомы заболевания во многом зависит от уровня его культуры и образования. Однако это далеко не так, да и не всем врачам, к сожалению, удастся вовремя выявить это заболевание. Ситуация такова, что его запущенные формы регистрируются у 30% больных, первично обратившихся к гастроэнтерологу с характерными симптомами. Все они погибают в течение одного года после операции. Между тем, ранняя диагностика колоректального рака при профилактическом осмотре пациентов в возрасте старше 40 лет позволяет в 90% случаев восстановить здоровье. Для определения степени распространения колоректального рака, его метастазов и рецидивов, кроме колоноскопии и ирригографии, используют:

1. УЗИ брюшной полости.
2. Трансректальное УЗИ.
3. Компьютерную томографию.



1 стадия 2 стадия 3 стадия

Рис. 1. Развитие обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза



после колостомии КАЛОПРИЕМНИК

Рис. 3. Выведение одноствольной колостомы после радикального удаления опухоли сигмовидной кишки (операция ГАРТМАНА)

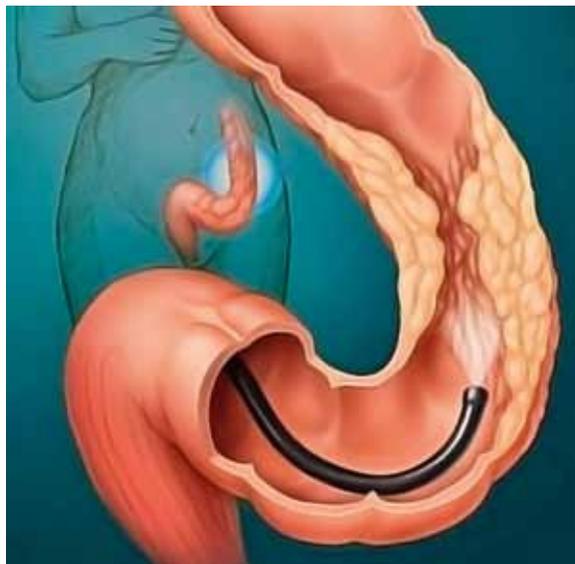


Рис. 2. Визуализация с помощью колоноскопии рака сигмовидной кишки

4. Ядерно-магнитно-резонансную томографию.
5. Определение в периферической крови ракового эмбрионального антигена (РЭА) как одного из маркеров рака.

К сожалению, в нашей стране профилактические осмотры пока не могут охватить все слои населения, а выполнение колоноскопии в амбулаторных условиях ограничено недооценкой врачами поликлинического звена важности такого исследования у больных с хроническими запорами (рис. 1).

Самих же пациентов часто пугают сама процедура и подготовка к ее проведению. Эффективную помощь в очистке толстой кишки могут оказать специальные препараты (Фортранс, Флит Фосфо-Сода, Дюфалак, Лавакол), действие которых основано на их высокой осмотической активности. Это приводит к накоплению и задержке значительного объема жидкости в кишечнике, разжижению его содержимого и развитию слабительного эффекта.

Опухолевая обструкция наиболее характерна для левой половины ободочной кишки - 79%. Это объясняется особенностью гистоструктуры новообразования. Поэтому эндоскопический осмотр именно этого отдела наиболее важен, а само его проведение не вызывает особых затруднений у специалистов.

Рост злокачественного новообразования проходит три стадии: компенсации, субкомпенсации и декомпенсации (рис. 2). У всех больных, поступивших в хирургический стационар по экстренным показаниям с клиникой острой кишечной непроходимости, процесс находился на 3-й стадии своего развития.

Возникновению кишечной непроходимости при раке правой половины предшествуют боли по типу кишечных колик. В последующем появляются вздутие живота, запоры, сменяющиеся поносами с примесью крови или слизи, в периферической крови отмечается лейкоцитоз. По мере нарастания

непроходимости симптомы становятся все более выраженными. Рвота не характерна для начальной стадии заболевания и возникает в запущенных случаях.

Лечение больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью только хирургическое, оно проводится в зависимости от степени запущенности опухолевого процесса и тяжести общего состояния пациента. Задержка с операцией возможна лишь для проведения предоперационной подготовки с целью коррекции водно-электролитного обмена, метаболических нарушений и дополнительных диагностических исследований. При выраженных явлениях кишечной непроходимости и тяжелом общем состоянии больного выполняются радикальные многоэтапные хирургические вмешательства. При наличии отдаленных метастазов производят паллиативные операции (без удаления опухоли) с выведением колостомы или накладывают обходные межкишечные анастомозы.

Немаловажным в данной проблеме является качество жизни пациента. Колостомия - это хирургическое вмешательство, направленное на выведение части ободочной кишки наружу через переднюю брюшную стенку. Цель операции - дренирование приводящего отдела толстой кишки с эвакуацией наружу ее содержимого (рис. 3).

Если операцию Гартмана (удаление опухоли с выведением колостомы) проводят первично, то в последующем, при отсутствии данных за генерализацию опухолевого процесса, можно рассматривать вопрос о проведении восстановительной операции.

Методика наложения свища в плановой и неотложной хирургии отличается. Ввиду того, что при кишечной непроходимости стенка выводимой кишки инфильтрирована, создание плоских колостом сопряжено с высоким риском их отхождения в брюшную полость. Поэтому надежнее выводить мобильную петлю кишки вместе с брыжейкой на 5 см выше кожи. В последующем, когда



уменьшится ее интерстициальный отек и произойдет надежная спайка с передней брюшной стенкой, всегда можно сформировать противоестественный анус необходимого размера путем иссечения избытка ткани.

Важно также правильно фиксировать колостому. Для этого необходимо соединить 8 узловыми швами апоневроз наружной косой мышцы с пристеночной брюшиной, формируя в передней брюшной стенке колостомический канал. Этими же швами фиксируют по окружности стенку выведенной кишки. Вторым рядом узловых швов, которые накладываются на 1 см отступа от первого, кишка дополнительно подшивается к коже. Важным условием является оптимальная ширина колостомического канала. В узком канале может произойти ущемление колостомы, в широком - пролапс кишечной стенки либо сформироваться колостомическая грыжа.

Закрытие временной колостомы проводится через три месяца после наложения. За этот период ликвидируется воспалительный процесс, кишечная стенка становится эластичной, спайки в брюшной полости - более тонкими и растяжимыми. После закрытия колостомического отверстия кететным швом, окаймляющим разрезом вблизи слизисто-кожного рубца, послойно вскрывается брюшная полость. Под контролем введенного в брюшную полость пальца кишку отделяют от передней брюшной стенки. При этом рассекают спайки, деформирующие отводящую петлю. Иссекается зона колопариетальных сращений. Выполняется поперечная двухрядная

колорафия с восстановлением кишечного пассажа. Восстановительный этап после операции Гартмана требует лапаротомии с наложением анастомоза.

С целью уменьшения объема восстановительного этапа при наличии благоприятных условий (отсутствие значительного супрастенотического расширения толстой кишки, проведения ее интраоперационной декомпрессии) можно наложить Т-образный анастомоз. При этом приводящая кишка выводится на переднюю брюшную стенку как одноствольный противоестественный анус, а отводящая анастомозирует конец в бок с приводящей.

Как правило, после создания колостомы больные пользуются калоприемниками. Колостомия может носить временный или постоянный характер. Временная колостома проводится, чтобы через некоторое время вновь восстановить естественное продвижение по кишечнику каловых масс и кишечных газов. Постоянная колостома остается у пациента на всю жизнь. Большинство больных после колостомии вынуждены кардинально изменить образ жизни и профессиональную деятельность. Такая операция - нелегкое испытание и для родственников. Человек, перенесший такую вынужденную операцию, переживает сильный стресс, его характер может сильно измениться. Чтобы психологически и социально облегчить участь больных с колостомой, в США, Англии, Италии и других странах, в том числе и в России, созданы общества таких пациентов. Единственный вариант, гарантирующий жизнь без колостомы, - профилактика и ранняя диагностика колоректального рака.

Владимир МЕНДЕЛЕВИЧ,
заведующий кафедрой медицинской и общей психологии
с курсом педагогики КГМУ, профессор, д.м.н.



ПСИХОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ

ТРАДИЦИОННО ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ОТНОСИТСЯ К СФЕРЕ ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ. ШОКИРУЮЩИЙ ДИАГНОЗ РАКА, НЕОБХОДИМОСТЬ ОБРАЩЕНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ТРУДНОСТИ ОБЩЕНИЯ С ОКРУЖАЮЩИМИ СТАНОВЯТСЯ ДЛЯ МНОГИХ ПАЦИЕНТОВ ПРЕГРАДОЙ НА ПУТИ К ВОССТАНОВЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ИЛИ КОМПЕНСАЦИИ БОЛЕЗНИ.

В не менее сложном психологическом состоянии могут находиться врачи и родственники. Они не всегда способны наладить эмоционально открытые отношения с онкобольными, и сами нередко испытывают тяжелые переживания. Важным для окружающих больного лиц становятся готовность и умение наладить позитивный контакт, проявить осознанное переживание (эмпатию).

Можно выделить три аспекта обозначенной проблемы: 1) особенности системы отношений, облегчающей возникновение онкологической патологии; 2) особенности системы стабилизации личности онкологического пациента в ситуации болезни; 3) специфика отношений в системе онкологической медицинской помощи между врачами, средним медицинским персоналом и пациентами.

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Наиболее часто упоминаемой особенностью системы отношений онкологического пациента с близкими и значимыми людьми как до, так и после заболевания является паттерн созависимости. Это означает, что человек сильно поглощен и озабочен потребностями других людей, а также крайне зависим (эмоционально, социально, а иногда и физически) от другого человека. Основная черта созависимой системы отношений состоит в том, что ее участники заботятся о потребностях другого человека, порой угадывая его состояние и желания, и при этом игнорируют собственные потребности и могут долго терпеть или не замечать дискомфорт. В отношениях с партнером онкобольные склонны к идеализации отношений с одновременным отрицанием себя и собственных интересов.



Другие особенности семьи, облегчающие возникновение онкологической патологии у своих членов, описываются при помощи теории семейных систем М. Боузона. Для таких семей характерны наличие хронической тревоги в нескольких поколениях, смешение функциональных ролей, блокирование сепарационных процессов. Частый случай - псевдосепарация повзрослевшего ребенка через замужество (женитьбу) или рождение детей. Со стороны такие семьи могут выглядеть дружными и напоминать кланы, где законы системы всегда первичнее и важнее индивидуальных потребностей ее членов. В итоге вырастает личность с низким уровнем дифференцированности от семейной системы, незавершенными процессами психологического отделения от родителей, нарушенными либо вообще несформированными личностными границами.

Одна из наиболее изученных с психологической точки зрения патологий - рак молочной железы. Для женщин, страдающих этим заболеванием, характерны (по данным А.В. Асеева) наличие дискомфортных отношений в семье (36%), развод (12%), вдовство (12,3%), дисгармоничные сексуальные отношения (46,9%); в родительской семье пациентки присутствовал доминирующий родитель, опекающий либо авторитарный (по данным М.Г. Ивашкиной).

ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ СТАБИЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Система стабилизации личности - это функциональная система, обеспечивающая в данной (стрессовой) ситуации психическую стабильность, возможность адаптации к стрессу, сохранность психического и соматического здоровья. Основными компонентами системы стабилизации личности являются прогностическая компетентность, психологические защиты и копинг (совладающее) поведение.

Среди механизмов психологических защит, характерных для онкологических пациентов, многие авторы называют отрицание, посредством которого потенциально тревожная информация игнорируется. Также характерны отрицание и подавление раздражения, других негативных эмоций и реакций, которые могут обидеть окружающих или вызвать конфликт. Высокое отрицание приводит к тому, что симптомы заболевания игнорируются, а диагноз ставится с опозданием.

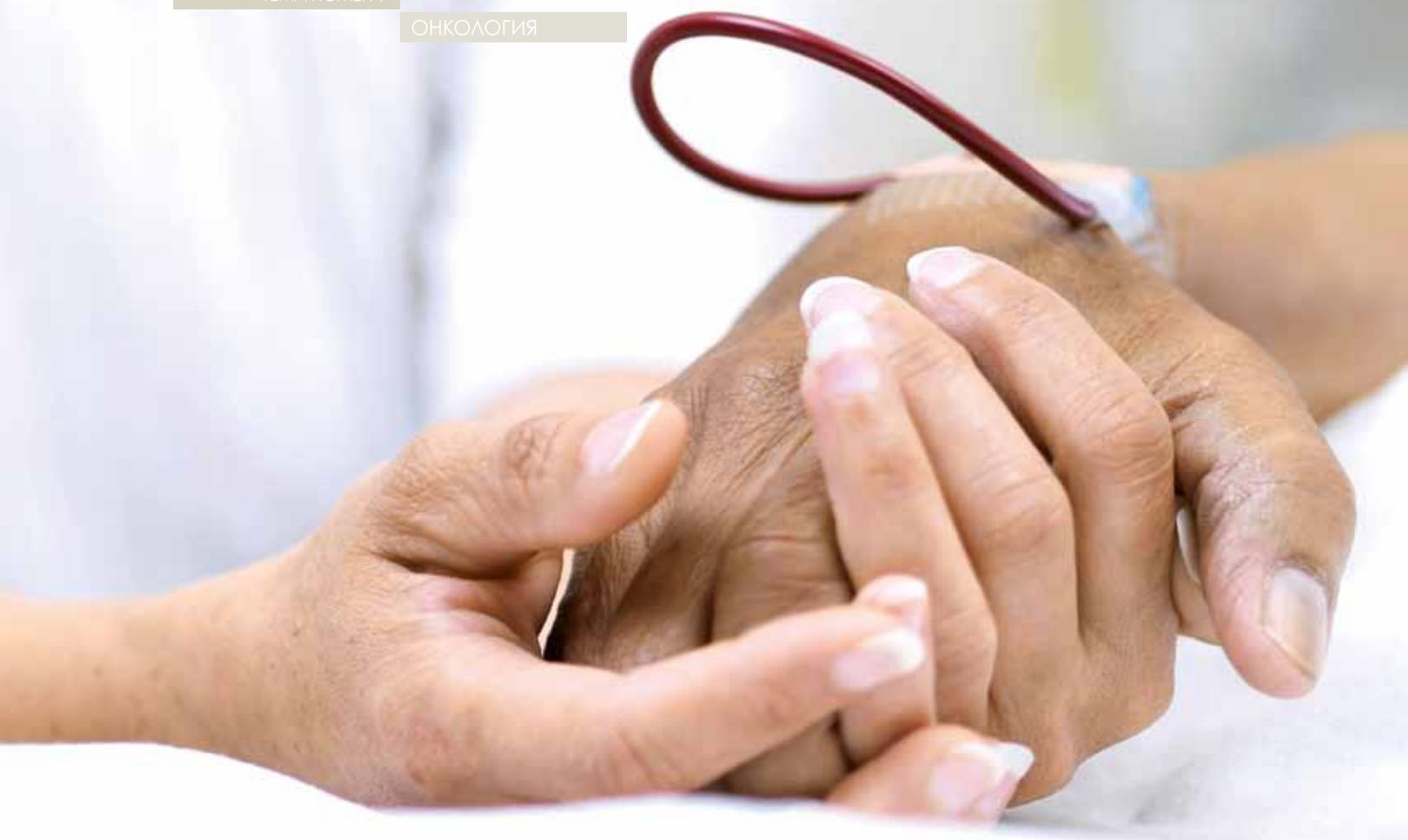
В области совладающего (копинг) поведения в ситуации болезни для онкологических пациентов характерны поиск информации, обращение за социальной поддержкой к близким и медицинскому персоналу, осмысление заболевания в жизненной перспективе с религиозной ориентацией или без нее. Реализация этой стратегии зачастую приводит человека к религии и усиливает веру. Поиск информации в случае ее дефицита приводит к тому, что, узнав онкологический диагноз, пациент задействует все доступные источники, зачастую без должной критики воспринимая околонаучные, наивные и откровенно ложные теории, концепции и схемы исцеления. Некоторые авторы указывают на избегание онкологическими решения проблем.

Что касается прогностической компетентности онкологических больных, то она не высока. Прогнозы относительно возможного будущего по аналогии с чертами личности, свойственными этой группе пациентов, также в определенной степени инфантильны. Это проявляется как нежелание думать о неприятностях и откладывание во времени неблагоприятного события; невысокая и слабо дифференцированная эмоциональная окрашенность прогнозируемых событий; экстернальный локус контроля как неготовность признавать свою ответственность и возможность влияния на исход ситуации.

СПЕЦИФИКА ВРАЧЕБНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ОНКОСТАЦИОНАРЕ

Вышеперечисленные особенности отношений онкологического пациента зеркально отражаются в системе медицинской онкологической помощи - между врачами, средним медицинским персоналом и пациентами.

Отношения в онкологическом стационаре строятся на созависимой модели, согласно которой принято догадываться о потребностях другого и проявлять опеку. К хирургам больные испытывают безусловное доверие, формируют теплую привязанность и склонны поддерживать с ними отношения спустя много времени после операции, часто обращаются к ним за поддержкой. Заметим, что подавляющее большинство онкохирургов - это мужчины. К химиотерапевтам пациенты относятся с некоторой опаской, неприязнью, обидой, агрессией, зачастую считают их черствыми и малокомпетентными. Химиотерапевтическое лечение начинается после операции, и это время приходится на период отношений, для которого характерны проявления накопленной агрессии, которая к тому же легко провоцируется у пациента травмирующими последствиями химиотерапии.



Она редко предъявляется хирургам, так как к этому времени больной, как правило, уже выписан из хирургического отделения. Практически все химиотерапевты - женщины, видимо, потому, что мужчины малоспособны выдерживать большие дозы инфантильной агрессии, они не умеют с ней обращаться и поэтому не выбирают эту специальность.

Другая особенность отношений в системе медицинской онкологической помощи состоит в том, что она не легализует, ограничивает, запрещает проявления агрессии и неконфликтна. Коллективы онкологических клиник, как правило, теплые, дружные, средний медицинский персонал исполнительен, соблюдает субординацию, избегает открытых конфликтов с врачами и пациентами.

Неоднозначность и даже противоречивость деонтологических позиций в отношении информирования пациента о его заболевании вносят много неопределенностей в отношении пациента к своей болезни. В ряде случаев врачи не склонны предоставлять пациенту максимально полную объективную информацию о заболевании и возможных исходах; в онкостационаре не произносится слово «рак», и участники медицинского процесса избегают напрямую обсуждать наилучшие варианты течения болезни. Тактика умалчивания страшной правды и транслируемая позиция

«не волнуйтесь, все будет хорошо», преподносимая под соусом сохранения надежды на выздоровление, на самом деле поддерживают отрицание и, как следствие, анозогнозию (А.Ш. Тхостов).

Подводя итог, можно сделать следующий вывод. Система медицинской онкологической помощи эксплуатирует и поддерживает те базовые паттерны пациента, которые когда-то послужили плодородной почвой для возникновения онкологической патологии. В целом поддерживаются инфантильность, отрицание и созависимая модель отношений, свойственных онкобольному. Может быть, поэтому, несмотря на современные достижения медицины в сфере онкологии, вероятность рецидива заболевания остается достаточно высокой, продолжает угрожать жизни пациента даже после успешного лечения, сохраняет высокую тревогу и снижает качество жизни.

Альтернативой такому положению дел могли бы быть такие тактики взаимодействия с онкологическим больным, в которых сочетались бы разумная социальная поддержка и автономия, правдивость и эмпатия, реалистичные прогнозы и надежда на выздоровление. Поэтому в обращении с онкологическим пациентом важно апеллировать к зрелым структурам личности, на которых основаны субъектность и личная ответственность за выздоровление, и стремиться к партнерским отношениям.

СИГАЛ. Жизнь как служение

Открытые им методы лечения и сегодня, спустя 20 лет после его смерти, более чем актуальны и используются в повседневной медицинской практике, а его последователи продолжают поддерживать славу Казани как одного из центров отечественной онкологии. О нашем прославленном соотечественнике, выдающемся ученом, талантливом хирурге, онкологе, оставившем после себя огромное наследие, и просто замечательном человеке - в воспоминаниях его учеников.



Фоат АХМЕТЗЯНОВ,
главный онколог г. Казани,
заведующий курсом онкологии КГМУ,
заслуженный врач РФ, д. м. н. :



Евгений СИГАЛ,
заслуженный врач РФ,
лауреат Государственной премии РФ
в области науки и техники, заведующий
отделением хирургии пищевода и желудка
РКОД, профессор кафедры онкологии
и хирургии КГМА, д. м. н. :

Научил не бояться операций

- Что такое онкологическая школа Сигала? Это правильное понимание механизмов развития патологического процесса, точное определение необходимого объема вмешательства, исключение всех возможных осложнений. Когда я защищал кандидатскую диссертацию под руководством Михаила Семеновича, некоторые оппоненты скептически говорили: «Подумаешь, убрали лишний лимфоузел». Но это, как впоследствии оказалось, ключевой момент в увеличении продолжительности жизни пациентов, предупреждении осложнений и теперь всеми признан. Впоследствии я защитил докторскую диссертацию по этой теме.

Казань по гастрохирургии до сих пор - самый передовой центр не только в Европе, но и в мире. Многие стремятся поехать в Германию на лечение, несмотря на то, что у них 5-летняя выживаемость пациентов после операций на желудке - 14%, а в Казани - 42%. Причем мы эти проценты получаем, оперируя самые сложные случаи, от которых все отказываются. Где еще возьмут на операцию пациентку в возрасте 85 - 90 лет? И все это - наследие Сигала, которое мы планомерно развиваем.

Михаил Семенович научил нас не бояться большого объема операции, поэтому мы в Казани исповедуем активную хирургическую тактику. При желудочно-кишечной локализации рака лучевая и химиотерапия практически бесполезны. Фармацевтические компании просто лукавят, чтобы продвигать на рынок свои препараты. Таким больным помогает только операция.

Михаил Семенович очень много времени отдавал своим диссертантам - день и ночь после тяжелого дня в клинике. Моя диссертация у него была 40-й. А всего у него их было около 50. И всеми он руководил неформально, все пропускал через себя, читал, что-то просил убрать, часто диктовал, чтобы показать, как должно быть сделано. Большим трудом это все досталось.

Три года мы писали с ним книгу «Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака», встречались каждый день. Он говорил: «Приходите. Если не сможем заниматься, то хотя бы чай попьем». А когда уже книгу издали, он сказал шуткой: «Извините за ложную скромность, но такой книги уже никогда не будет!» Он был уверен в этом, и книга действительно расхотелась мгновенно. Ее два раза переиздавали. Должны были издать в Германии на немецком, но началась перестройка. И наше руководство того времени своих обязательств перед коллегами из Германии не выполнило.

Вообще, Михаил Семенович это нелегкое для нашей страны время воспринимал очень болезненно. Он ведь много повидал на своем веку. Было и «дело врачей» в 50-х годах, когда его незаслуженно уволили с кафедры. Он два года искал справедливости и добился своего - суд восстановил его на работе. Но то, что творилось в перестройку, он не понимал, все говорил, что же это они занялись торговлей, когда производство надо поднимать. И в медицине стали появляться кооперативы, врачи бросились зарабатывать деньги, уходили пораньше, чтобы успеть на коммерческие приемы. Он из-за этого не мог делать операции допоздна, как это было раньше. Раньше у него было заведено так, что никто не мог уйти из клиники, пока он на работе. И, конечно, все это его возмущало.

Мне было очень тяжело потерять его. Он был для меня как отец. Все, у кого нынче докторские и кандидатские звания, кто с ним работал и учился у него, выросли в профессиональном плане только благодаря ему.

Большой интерес к науке - это от него

- Когда в Казанском ГИДУВе работал Михаил Семенович Сигал, среди врачей Советского Союза была поговорка: «Если хочешь хорошо отдохнуть - езжай на курсы в Москву, если хочешь походить по музеям - поезжай в Ленинград, если хочешь научиться - тебе надо в Казань». И это абсолютно справедливо.

Михаил Семенович не просто создал великолепные методики операций, он всех заражал своим энтузиазмом и трудолюбием, преданностью профессии, стремлением помочь людям. Он читал великолепные лекции, но еще важнее были операции, которые он делал вместе с курсантами, обходы, на которых его всегда сопровождала целая свита слушателей, чтобы на практике освоить и применить полученные знания в диагностике онкологии.

Михаил Семенович нам привил интерес к науке и творчеству, он считал, что можно каждый день заниматься рутинной работой так, чтобы не становилось скучно, чтобы все время что-то продвигать, что-то придумывать, как-то улучшать. Он оставил нам методологию научного поиска. И мы этим продолжаем заниматься. Поэтому у нас в диспансере столько докторов наук.

А еще он научил нас отстаивать свои идеи. Ведь когда он создал так называемые «крючки Сигала», то есть ранорасширитель для улучшения доступа во время операции, они совсем не легко пробивали себе дорогу. Академику Блохину они очень не понравились и в производство не пошли. В Казани их изготавливали местные машиностроительные заводы, а курсантам ГИДУВа выдавались чертежи устройства. Разумеется, им всем пришлось по душе, что великолепный доступ облегчает проведение операций, и они разъезжались по своим городам и там изготавливали такие же ранорасширители. Со временем появилось и промышленное производство. Теперь они есть в любой больнице.

Работать с Михаилом Семеновичем было очень тяжело. Он любил порядок, был очень требовательный к себе и, соответственно, к нам. Конечно, в интересах больного. Возникла парадоксальная ситуация: если он видел, что из человека выйдет толк, что с ним можно будет дальше работать, то получал «сигаловской требовательности» по полной программе. Если было очевидно, что специалиста из него не получится, то он на него даже голоса не повышал. Иногда мы обижались, спрашивали, почему одним ничего не говорят, с других высокий спрос? Он отвечал: «А смысл?»

А в домашней обстановке Михаил Семенович был совершенно другим - милейшим человеком, очень неприхотливым и гостеприимным. Хотя свободного времени у него практически не было, утром - лекции, днем - операции, вечером - чередой шли диссертанты, он находил время читать, и был очень эрудированным человеком. Когда я учился в 10 классе, перед экзаменом он занимался со мной химией, мы решали задачи, и меня очень удивляло, что он, взрослый человек, давно закончивший школу, помнит эти формулы - и по органической химии, и по неорганической. Также огромный был и диапазон его научных изысканий, начиная с теперешней маммологии и заканчивая только начинавшей тогда развиваться эндоскопией.



Рафкат ТАЗИЕВ,
заслуженный врач РТ,
заслуженный деятель науки РТ,
член-корреспондент Петровской академии
наук и искусств, профессор кафедры
онкологии и хирургии КГМА, д. м. н. :

Когда брал в руки скальпель, его собственные болезни исчезали

- Михаил Семенович Сигал был бесконечно предан хирургии. Он невероятно много оперировал, задерживался в клинике допоздна. А если его больной оказывался неоперабельным, то мог отнять операцию у других хирургов. Он продолжал оперировать даже после того, как получил инфаркт, и у него развилась аритмия. Я пытался его убедить уменьшить нагрузки, побережь себя. Убеждал, что, сделав операцию, он спасет одного больного, а написав книгу - сотни и тысячи. Но его это не убеждало. Когда он брал в руки скальпель, его собственные болезни исчезали.

Я проработал с Михаилом Семеновичем 21 год, наверное, больше, чем кто-либо другой. Говорят, что с ним было тяжело работать, что он мог и по столу кулаком стукнуть, и выволочку устроить. Но надо понимать ситуацию, в которой сложился такой стиль руководства. Онкологический диспансер был только создан, квалифицированных специалистов не хватало, были ошибки и банальная халатность. И все это сказывалось на больных, чего Михаил Семенович допустить не мог. Но он всегда находил способ потом разрядить обстановку, восстановить отношения. И в этом я понимаю его лучше других, потому что после смерти Михаила Семеновича мне довелось возглавлять кафедру в течение 13 лет.

Его стиль руководства в мое время уже не проходил, возникали обиды и напряженность. Да и ситуация изменилась - коллектив уже не состоял из неопытной молодежи, все с учеными званиями и даже именами в науке. Я нашел свой стиль, дал людям возможность проявить инициативу и раскрыть потенциал, заложенный в них еще Михаилом Семеновичем. Появились целые новые направления, такие как эндоскопия. По многим операциям мы занимаем лидирующее положение в России, к нам присылают больных даже из Москвы. Это операции по поводу рака панкреатодуоденальной зоны, удаления пищевода и пластики пищевода, удаление легкого с бифуркацией трахеи и соединение остатка трахеи с бронхом и многие другие. Сейчас у нас - 16 докторов наук, более 70 кандидатов наук, которые подготовлены, в основном, этими же докторами наук.



Игорь ФЕДОРОВ,
профессор кафедры
эндоскопической и общей хирургии КГМА,
автор книги «Врачебная династия Сигал»
д. м. н. :

Рядом с нами тоже есть подвижники

- Нам всем нравится читать о великих людях, которые жили пять-сот - тысячу лет назад в тех или иных странах мира. Но нередко забываем, что рядом с нами, на нашей земле тоже есть интересные люди, подвижники, для которых главное в жизни - служение. Причем не отдельные личности, а целые семьи. Одна из них - врачебная династия Сигал. Я близко дружу с Евгением Иосифовичем Сигалом - тоже хирургом, онкологом, профессором. Он мне часто рассказывал о своих родных, и я понял, насколько интересна история их семьи. Ведь первое поколение династии Сигал вышло из семьи стекольщика в г. Каменец-Подольске. После смерти жены и матери пятерых его детей он очень хотел, чтобы его сыновья стали врачами. И они ими стали: трое братьев - хирургами, один - кардиологом. Жизнь их была непростая, но любовь к своей специальности оказалась очень сильна в этих простых людях с Западной Украины. И это вдохновило меня на работу над книгой.

Мне посчастливилось быть лично знакомым с Михаилом Семеновичем Сигалом. Он был оппонентом моей кандидатской диссертации, и меня удивило, насколько ответственно отнесся к этому делу. Он не только прочел мою работу, но и часа полтора расспрашивал обо всех нюансах, а затем блестяще выступил на защите. Умудренный опытом, известнейший в СССР ученый столько времени уделил молодому врачу. Я понял, что это Человек с большой буквы.

В процессе работы над книгой я общался со многими людьми: коллегами Сигала, его ровесниками, учениками - не только хирургами, но и гистологами, патоморфологами, анестезиологами. И все говорили об удивительной способности Михаила Семеновича заряжать своим энтузиазмом, энергией, любовью к своему делу.

Я не онколог, для меня особую ценность имеет, прежде всего, его дар педагога, хирурга, передающего свое мастерство молодежи. 4-месячный цикл на кафедре онкологии ГИДУВа всегда начинался с того, что десять дней подряд шли операции, каждый день на 5 операционных столах. Один день - опухоль желудка, второй день - пищевода, третий день - легкого. И когда через 10 дней эта группа курсантов уже понимала принцип работы клиники, Михаил Семенович начинал читать лекции. Читал очень эмоционально и всегда подчеркивал - рак излечим, если своевременно распознан.

НАУЧНЫЙ ВКЛАД

Михаил Семенович Сигал - автор более 200 научных работ, в том числе 12 монографий, имеет 10 авторских свидетельств, 15 удостоверений на рационализаторские предложения. Под его руководством защищено 10 докторских и более 50 кандидатских диссертаций. Ему принадлежат первые в стране публикации по проблеме аутоаллергии. Им установлено ранее неизвестное явление устойчивости эпидермального трансплантата к действию проникаю-

щей радиации и предложен метод комбинированного лечения злокачественных новообразований поверхностных локализаций, включающий иссечение очага, свободную кожную пластику и облучение ложа опухоли через трансплантат. М.С. Сигалом предложены методики трансиллюминационной ангиоскопии и методика определения кровяного давления в интрамуральных сосудах полых органов. М.С. Сигал сформулировал новый принцип создания хирургического

доступа, предложил метод и получил авторское свидетельство на устройство. Он - автор оригинальной методики асептической электрохирургической гастрэктомии, принципиально отличающейся от известных способов этой операции. Под руководством М.С. Сигала кафедра онкологии и хирургии Казанского ГИДУВа успешно выполняла большую методическую и педагогическую работу, обучая врачей-курсантов из различных регионов страны.



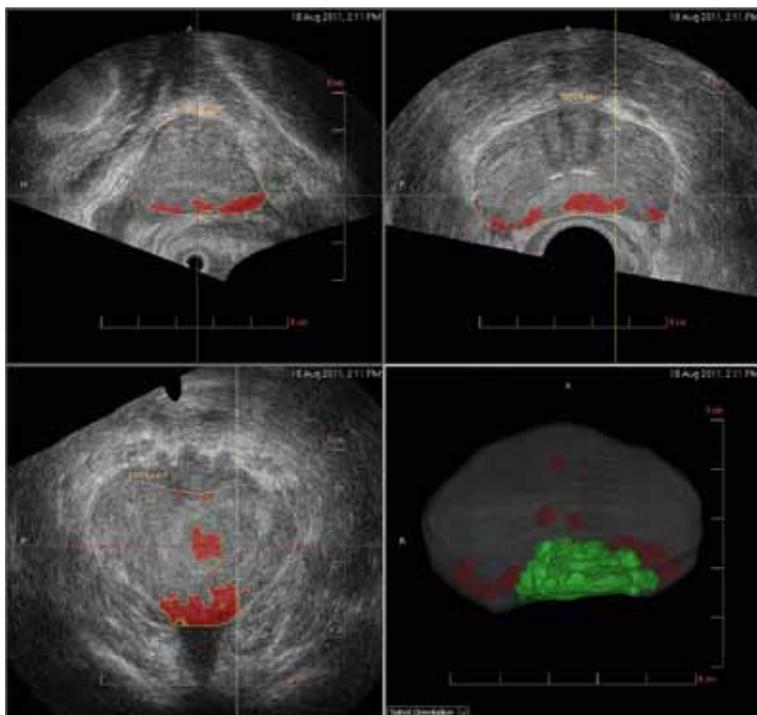
Александр ЗУБАРЕВ,
заведующий кафедрой лучевой диагностики, профессор, доктор
медицинских наук, консультант по ультразвуковой диагностике
Главного медицинского управления Управления делами Президента РФ,
председатель Российской ассоциации радиологов,
вице-президент Московского общества медицинских радиологов,
член Европейского конгресса радиологов, директор российского
филиала Джефферсоновского университета ультразвука



Анна ФЕДОРОВА,
аспирантка кафедры лучевой
диагностики Федерального
государственного бюджетного
учреждения «Учебно-научный
медицинский центр» Управления
делами Президента РФ

Сочетанное применение инновационных методик гистосканирования и соноэластографии в поиске рака предстательной железы

Гистосканирование простаты – это новейшая неинвазивная, основанная на ультразвуке технология, которая позволяет на клеточном уровне при помощи специальных алгоритмов характеристик тканей выявить наличие неопроцесса в ткани предстательной железы.



Технология гистосканирования впервые была апробирована на кафедре лучевой диагностики ФГБУ УНМЦ УД Президента РФ, где было проведено углубленное обследование 150 пациентов с подозрением на рак предстательной железы с помощью сочетанного применения двух инновационных технологий – гистосканирования и эластографии.

Соноэластография дает качественно новую информацию о ткани предстательной железы, позволяя дифференцировать различные по плотности участки на основании различий в характере сдвиговых волн. Метод также оценивает степень распространенности опухолевого процесса, дает информацию о степени инвазии за пределы капсулы, что важно для постановки диагноза и выбора дальнейшей тактики лечения.

Метод гистосканирования, когда используется компьютерный анализ отраженных нативных УЗ-сигналов от всего объема ткани предстательной железы, позволяет определить присутствие в железе раковых клеток путем построения объемной трехмерной модели предстательной железы и получить поперечные, сагитальные и коронарные срезы органа. Наличие или отсутствие опухолевого процесса устанавливается

в пределах небольшого дискретного объема, составляющего 0,5 см³, при этом точно оцениваются объем опухолевых очагов, их пространственная ориентация на трехмерной модели железы и более точное расположение опухоли в железе.

Сочетанное использование технологий гистосканирования и соноэластографии в диагностике рака предстательной железы позволяет увеличить информативность при выполнении ультразвукового исследования, повышая точность исследования до 96%; более точно дифференцировать подозрительные на неопроцесс участки, предоставить важную диагностическую информацию о точной локализации опухолевого процесса, особенно зон, сложных для прицельной биопсии.

Гистосканинг является многообещающей методикой, способной в ближайшем будущем снизить количество необоснованных биопсий и избежать повторных нерезультативных биопсийных вмешательств, а также выработать дальнейшее оптимальное лечение пациента. Применение данных диагностических методик может служить дополнительным критерием при принятии решения о проведении биопсийных вмешательств и радикальных простатэктомии при повышении уровня ПСА. *



PRIDE
LINE

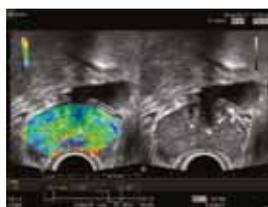
Авторизированный поставщик
медицинского оборудования



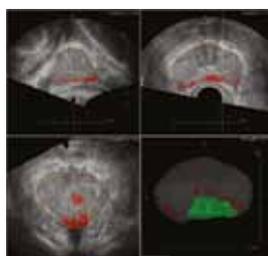
HITACHI
Inspire the Next

Соноэластография + Гистосканнинг

Используйте сразу две уникальные технологии для достижения
96 - 99% точности в поиске рака различных локализаций!



Соноэластография



Гистосканнинг



ЭКСКЛЮЗИВНО ДЛЯ НАШИХ КЛИЕНТОВ – УНИКАЛЬНЫЙ КУРС ОБУЧЕНИЯ

«Сочетанное использование соноэластографии и гистосканнинга
для поиска рака различных локализаций»

Соноэластография – стремительно развивающаяся ультразвуковая технология для оценки плотности/эластичности тканей, используемая для поиска рака на самой ранней стадии в самых разных областях исследования, включая молочные железы, печень, поверхностные органы, урологию, гинекологию, эндоскопические исследования (поджелудочная железа, лимфоузлы).

Гистосканнинг простаты – это инновационная, основанная на ультразвуке технология, которая использует специальные алгоритмы характеристики тканей, позволяющих визуализировать положение и степень вовлечения в опухолевый процесс дифференцированной ткани, подозреваемой на злокачественность.

Узнайте подробности на сайте: www.pride-line.ru



Российская неделя здравоохранения



Реклама



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

3-7 декабря 2012

Центральный выставочный комплекс
«Экспоцентр», Москва, Россия

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

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

Диагностика рака молочной железы с помощью системы ACUSON S2000 ABVS

В промышленно развитых западных странах рак молочной железы – одна из наиболее распространенных видов опухолей. По статистическим данным, жертвой этого заболевания в Европе оказывается каждая десятая женщина. Однако, несмотря на эту пугающую статистику, бороться с раком молочной железы можно при условии своевременной диагностики.



Для женщин с небольшой плотной молочной железой диагностическая эффективность традиционной маммографии невысока. В таких случаях лучше провести ультразвуковое исследование, но качество такого исследования полностью зависит от опыта и квалификации врача, поскольку методика ультразвукового сканирования является операторзависимой. Компания Siemens разработала систему для унификации и автоматизации процесса ультразвукового сканирования молочной железы ACUSON S2000 ABVS (Automated Breast Volume Scanner). Кроме того, в этой системе впервые реализована возможность получать трехмерные ультразвуковые изображения.

Принцип работы – автоматизация процесса сканирования. Пациентке на грудь устанавливают специальный датчик, два или три раза сканирующий всю об-

ласть железы. Встроенное программное обеспечение обрабатывает полученные данные и позволяет получить объемное изображение сканированной области, представляемое на экране компьютера рабочей станции. «Система ABVS – это развитие метода ультразвуковой диагностики молочной железы в сторону автоматизации и унификации методики. Унификация позволяет получать стандартизированные изображения определенных областей молочной железы, независимо от опыта и квалификации врача», – объясняет радиолог, доктор Франк Штёблен. Автоматизация значительно сокращает время обследования – с 30 до 15 минут.

Обычно у женщин с плотной молочной железой доктор Штёблен дополнительно к маммографии проводит ультразвуковое исследование, чтобы убедиться, что

не диагностированных областей не осталось. Система ABVS позволила сократить продолжительность этого процесса. Дополнительные преимущества: 3D-реконструированное изображение позволяет тщательно осмотреть ткани молочной железы во всех проекциях – от кончика соска до грудной стенки.

В настоящее время компания Siemens разрабатывает методы объединения маммографической и ультразвуковой методик. Изображения, полученные с помощью слияния результатов двух методов, позволяют врачу получить максимальный объем диагностической информации за минимальное время. Эта технология пока не представлена на рынке, но вряд ли какие-то другие методы позволяют выявлять патологии молочной железы с большей степенью достоверности. *



Спорт и здоровье

Восстановительную медицину и медико-биологическое обеспечение физкультуры и спорта обсуждали участники IV Российской научно-практической конференции «Здоровье человека в XXI веке», прошедшей в Казани.

В ОСНОВЕ СПОРТИВНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ - ТЕХНОЛОГИИ ПОДГОТОВКИ СПОРТСМЕНОВ

Егор АКИМОВ,
начальник управления научно-методического сопровождения Центра сборных команд и спортивных технологий Москомспорта, к. б. н. :

- В составе сборной команды Москвы по зимним видам спорта - 949 спортсменов, по летним - 4920. Научно-методическое обеспечение такого числа спортсменов - это довольно большая и кропотливая работа. С каждым годом мы все четче осознаем, что спорт высоких достижений во многом зависит не только от самого спортсмена, но и от технологий, использующихся в его подготовке.

Научное обеспечение подготовки московских спортсменов включает:

- медицинское
- медико-биологическое
- научно-методическое
- антидопинговое
- психологическое
- информационно-аналитическое.

Чтобы правильно управлять тренировочным процессом, необходимы данные о функциональных резервах организма спортсмена, его возможностях адаптироваться к нагрузкам. Сегодня управление тренировочным процессом напоминает собой современный истребитель, оснащенный большим количеством информационных датчиков и систем, сообщающих о том, как его вести. Также и при подготовке спортсмена информация о

физиологических, биохимических, медицинских параметрах работы организма дает основу составления тренировочного плана и его корректировки.

В своей работе мы опираемся на парадигму, что никакое тестирование не может со стопроцентной точностью предсказать, какой спортивный результат покажет атлет, хотя тесты надежно коррелируются с результатом. Наблюдения за спортсменом в ходе его тренировки могут дать более достоверную информацию о его подготовленности, но на основании этих данных нельзя определить, какие именно физиологические параметры и в какой степени влияют на спортивный результат. Функциональное тестирование, медико-биологические обследования позволяют определить, какие физиологические параметры в наибольшей степени влияют на результат, сильные и слабые стороны спортсмена, обосновать решения о направленности тренировочного процесса.

Посетив некоторые спортивные объекты Казани и, в частности, училище олимпийского резерва, я думал, что после Москвы меня будет трудно чем-либо удивить. И все-таки был приятно удивлен, увидев стоматологический кабинет, оснащенный самым передовым медицинским оборудованием, полноценную биохимическую лабораторию. В Москве ни одно училище не может себе такого позволить. Порадовал и новый спортивный комплекс «Олимпийский», где тренируются спортсмены училища. В Москве также строятся новые здания, но они все-таки не имеют таких шикарных возможностей, какие есть в столице Татарстана.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УНИВЕРСИАДЫ

Марат ГАТАУЛЛИН,
заместитель руководителя управления здравоохранения г. Казани:

- До недавнего времени медицинское обеспечение спортивных мероприятий такого масштаба, как Универсиада, имело слабую нормативную и законодательную базы, пока не вышел Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №613н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий». Сегодня, когда до начала Всемирных летних студенческих Игр осталось 434 дня, мы уже ведем ежедневный обратный отсчет, но предстоит еще выполнить колоссальный объем работ. Только за 2011 год в Казани введены в строй 27 новых спортивных объектов, планируются к открытию еще 10. На всех объектах предусмотрены медицинские пункты, которые мы оснащаем медицинским оборудованием, модернизируется госпиталь Универсиады, строится новая Больница скорой медицинской помощи.

В соответствии с требованиями FISU сформирована структура для оказания медицинской помощи двум основным клиентским группам. Участники Универсиады, члены семьи FISU, официальные члены делегаций будут обслуживаться мобильными медицинскими бригадами, стационарными медпунктами для спортсменов, бригадами скорой медицинской помощи, при необходимости

Структура научно-методического и медико-биологического обеспечения московских спортсменов



Больница скорой медицинской помощи

Хирургия, травматология, челюстно-лицевая хирургия, гинекология, неврология, реанимация, токсикология



- транспортировать в Медицинский центр деревни Универсиады и в ее госпитали.

Зрители, обслуживающий персонал объектов Универсиады, волонтеры будут обслуживаться стационарными медпунктами для зрителей, бригадами скорой медицинской помощи. А при необходимости транспортироваться в поликлиники и больницы Казани.

Медицинскими образовательными учреждениями республики готовятся медицинские кадры для Универсиады. За 2011 год было подготовлено 574 специалиста санитарной службы, по спортивной медицине обучено 57 врачей. Прошли подготовку 50 волонтеров-медиков.

Организацию контроля и мониторинга обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в период подготовки и проведения Универсиады осуществляют Управление Роспотребнадзора и Центр гигиены и эпидемиологии Республики Татарстан. В их задачи входит контроль инфекционной заболеваемости, состояния объектов окружающей среды (вода, воздух, почва, электромагнитное излучение и уровень радиации), условий проживания и пребывания. Особое внимание уделяется организации питания и обеспечению готовности сил и средств для ликвидации возможных актов биотерроризма.



НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ СПОРТИВНЫХ ПОБЕД

Радик ЯКУПОВ,
профессор кафедры неврологии
и рефлексотерапии КГМА, д. м. н. :

- Методы нейрофизиологии позволяют нам тестировать всю систему управления движением, включая кору головного мозга, подкорку, сегментарный аппарат спинного мозга, нервы, нервно-мышечную передачу, мышцы. Причем состояние нервной системы спортсмена изучается в балансе и взаимосвязи со всеми системами организма. Где бы в организме не появлялась проблема, мы можем ее объективно редуцировать. Это дает возможность в нужный момент, в нужном месте и нужным методом оказать минимальное, но определяющее воздействие на функциональное состояние, и этим самым помочь спортсмену обеспечить высокий результат. Таким образом, функциональная диагностика открывает дорогу превентивной функциональной коррекции. И в этом - огромная новизна метода, который мы применяем.

Очень важный момент в работе нервной системы - соотношение таких фундаментальных факторов, как возбуждение и торможение. В норме они должны быть в балансе. Как только он нарушается, ухудшается функционирование соответствующего раздела нервной системы. Преобладание возбуждения над торможением является типовым патологическим процессом, который наблюдается у спортсменов во многих случаях.

Если использовать концепцию Павлова о типах нервной деятельности, то спортсмен находится в оптимальной функциональной готовности, когда относится к сильному, уравновешенному, быстрому типу. И в этом состоянии спортсмены достигают наилучших результатов.

Особенностью спортсменов высокого уровня является чрезвычайная устойчивость нервной системы к раздражителям. Чем они и отличаются от обычных людей и даже в предстартовый период сохраняют оптимальный нормовозбудимый тип. Редко наблюдается гиповозбудимый тип в состоянии предстартовой апатии, более часто - гипервозбудимый тип, для которого характерна предстартовая лихорадка. В ряде случаев нам удалось провести коррекцию спортсменов непосредственно в процессе проведения соревнований.

По мере утомления спортсмена нормовозбудимый тип сменяется на гипервозбудимый. По обратному процессу можно определить глубину восстановления нервных клеток. Надо отметить, что мы не говорим о болезни и здоровье - это дело медицины, мы говорим о тонких состояниях функциональной готовности.

Принципы медико-биологического обеспечения функциональной готовности спортсменов



Комплексный подход

- исследование всех основных физиологических систем организма спортсмена

Мониторинг

- контроль показателей функциональной готовности на протяжении различных периодов спортивной деятельности

Информационная доступность

- своевременное доведение результатов исследований до спортсменов, тренеров, спортивных врачей

Превентивная коррекция

факторов, лимитирующих достижение высокого результата или представляющих угрозу здоровью спортсмена

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СПОРТА

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

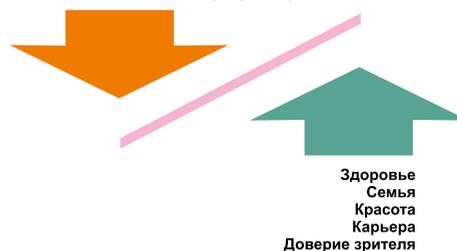
- Этические проблемы спорта высоких достижений связаны с:

- отношением общества к спортсмену как к объекту коммерческих сделок
- установкой спортсмена на жестокую эксплуатацию собственного организма, формированием поведения, далекого от самосохранительного
- несовершенством медицинского сопровождения спортсмена
- отсутствием обеспечения спортивного долголетия профессионала
- современными возможностями науки для стимуляции спортивных достижений (допинг, генная модификация организма спортсмена) и др.

В спорт постоянно вводятся новые технические элементы, появляются новые виды спорта, сопровождающиеся высоким риском для здоровья и жизни;



Пагубные последствия для здоровья
Вынужденная смена пола
Привлечение к административной ответственности
Невозможность карьерного роста



происходит омоложение спорта, расширение перечня женских видов спорта из арсенала типично мужских. При этом стираются отличия между мужчинами и женщинами - и те и другие проявляют амбиции, хотят быть первыми, победителями. К ним предъявляются одинаковые требования, граничащие с возможностями организма.

Сегодня появились огромные возможности, чтобы имитировать спортивные результаты: это гормоны, прогормоны, анаболики. Уже перестало быть фантастикой применение генных и нанотехнологий. Под действием этих факторов отклонения приобретают практически все системы организма. Повышается уровень половых гормонов, происходит перестройка организма. Следствием маскулинизации становятся преобладание быстрых мышечных волокон над медленными, дифференцировка центральной нервной системы с активацией мужских характеристик и поведения, изменения в кардиоваскулярной системе, увеличение риска сосудистых катастроф.

У спортсменов проблем еще больше, чем у спортсменок. Им угрожают патологии женской половой сферы вплоть до бесплодия, возможна тяжелая адаптация в браке, вызванная трансформацией психологического поведения. При принятии большого количества гормонов возможна ситуация, когда необходима смена пола. В частности, замечательная спортсменка сборной ГДР Хайди Кригер была вынуждена сменить пол в результате того, что препараты, которые ей давал тренер, вызвали необратимый процесс.

На Олимпиаде в Осаке были дисквалифицированы сразу семь российских спортсменок. А как результат применения допинга можно назвать потерянное здоровье, длительный перерыв в работе, а часто и невозможность вернуться в большой спорт, снижение спортивных результатов и задержка карьерного роста, разочарование болельщиков, последующая зависимость от препаратов, подрыв авторитета страны.

Хочется еще раз сформулировать истинные задачи спорта:

- сохранить и приумножить здоровье нации
- снизить в обществе уровень потребления алкогольных напитков, табака, наркотиков
- предложить молодежи новые способы досуга и активного образа жизни
- сформировать социально и экономически привлекательный образ спортсмена для молодежи
- прославить свою страну на международном уровне.

Петр АНДРЕЕВ,
главный детский специалист-травматолог-ортопед
МЗ РТ, заведующий детским травматолого-
ортопедическим отделением РКБ, доцент кафедры
травматологии и ортопедии КГМА, к. м. н.

Травматолого-ортопедическая помощь в Татарстане:

проблемы и пути совершенствования

В последнее десятилетие как в России в целом, так и в Татарстане наблюдалась неблагоприятная демографическая ситуация. До 2010 года отмечалось снижение общей численности населения, в том числе детского. Одновременно с этим растет травматизм, особенно в подростковом возрасте.

Показатели повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей и подростков имеют тенденцию к небольшому росту, но их удельный вес в общей заболеваемости остается постоянным. Отмечается стабилизация показателей детской инвалидности в связи с ортопедической патологией. Поэтому профилактика травматизма по-прежнему является наиважнейшей задачей, так

как травма по частоте находится у подростков на втором месте, у детей – на третьем среди всех первично зарегистрированных заболеваний.

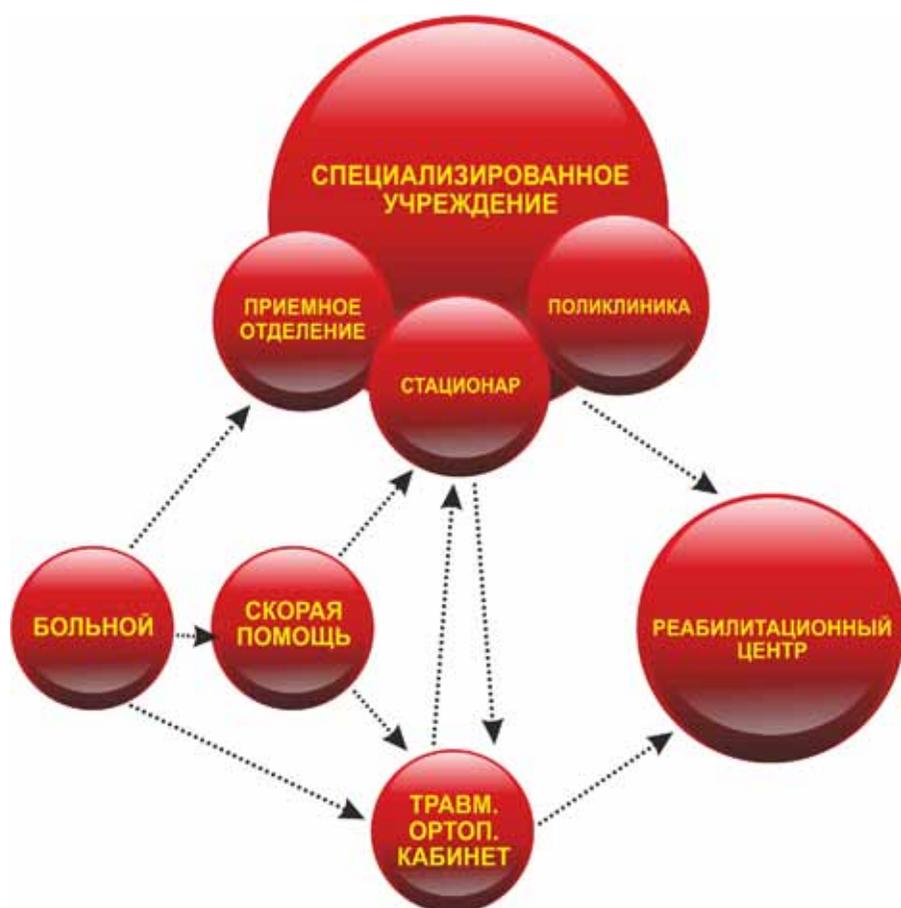
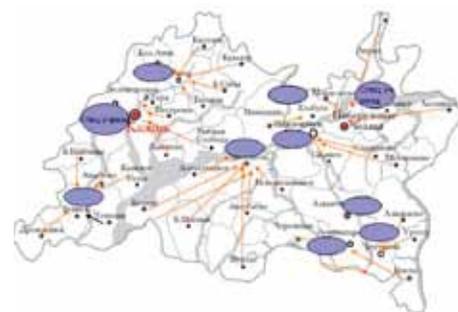
Неблагоприятные тенденции в деле организации детской травматолого-ортопедической службы во многом связаны с недостаточным материально-техническим оснащением и финансированием специализированных учреж-

дений. Имеются трудности с кадровым обеспечением службы, особенно в первичном звене. Большая нагрузка и ответственность травматолога-ортопеда как в стационаре, так и в поликлинике делают специальность недостаточно престижной.

Отсутствие квалифицированных специалистов-ортопедов в небольших городах и в сельской местности, большое число совместителей в амбулаторной сети приводят к запоздалой диагностике врожденной патологии органов опоры и движения, позднему началу лечения, ошибкам, следствием которых являются неудовлетворительные результаты. Это делает необходимым последующие оперативные вмешательства с большими материальными затратами государства и родителей, увеличивает число детей-инвалидов.



Схема организации травматолого-ортопедической помощи населению РТ



Для улучшения качества оказания специализированной медицинской помощи необходимо обеспечить этапность и преемственность в лечении: поликлиника - хирургический стационар - реабилитационно-восстановительный центр для детей с патологией опорно-двигательного аппарата - поликлиника.

С целью обеспечения доступности и эффективности специализированной медицинской помощи населению в крупных городах целесообразно создавать одноименные травмпункты из расчета один травмпункт на 100 тысяч детского населения с соответствующим штатом и необходимым оснащением. Их задача - не только оказывать квалифицированную медицинскую помощь, но и проводить организационно-методическую работу по профилактике детского травматизма.

В сельской местности при крупных районных больницах необходимо орга-

Отмечается стабилизация показателей детской инвалидности в связи с ортопедической патологией. Поэтому профилактика травматизма по-прежнему является наиважнейшей задачей, так как травма по частоте находится у подростков на втором месте, у детей - на третьем среди всех первично зарегистрированных заболеваний.



низовывать межрайонные травматолого-ортопедические кабинеты с теми же функциями. При муниципальных управлениях городов и районов целесообразно создавать межведомственные комиссии по профилактике детского травматизма с включением в них представителей муниципальных управлений, ЖКХ, здравоохранения, образования, культуры, ДПС, МВД. С целью эффективности восстановительного лечения необходима организация реабилитационных центров стационарного и амбулаторного типа.

Суставам - вторую жизнь

Современные технологии и высокая квалификация специалистов привлекают в Чебоксарский ФЦТОЭ пациентов из самых дальних уголков России и стран СНГ. Сроки ожидания эндопротезирования здесь на порядок ниже, чем в западных клиниках.



Николай НИКОЛАЕВ,
главный врач Федерального
центра травматологии,
ортопедии
и эндопротезирования
в Чебоксарах

ЦЕНТР ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ

Сегодня уже можно утверждать, что Национальный проект «Здоровье» в плане строительства центров высоких медицинских технологий полностью себя оправдал. За два с половиной года наш центр вышел на плановую мощность - более 5 тыс. операций в год, государственное задание выполняется на 100%. Медицинскую помощь в Центре получают жители 31 региона России, среди которых есть и такие отдаленные, как Калининградская и Сахалинская области, Чукотский автономный округ и Карачаево-Черкесская Республика. Кроме того, у нас немало пациентов из стран СНГ, в 2011 году, например, медицинская помощь была оказана жителям Украины и Казахстана. В целом доля жителей других регионов составляет около 60%.

От всего объема медицинской помощи, которую оказывают наши специалисты, 70% занимает эндопротезирование крупных и мелких суставов. При этом мы максимально удовлетворяем потребность в данном виде медицинской помощи и довели сроки ее ожидания до 2 - 3 месяцев, тогда как в европейских странах они составляют в среднем 2 - 3 года. Показателем высокого качества оказываемых услуг и удовлетво-



рения потребностей пациентов является тот факт, что в 2011 году наш Центр был сертифицирован по стандарту ISO 9001:2008. К нам направляются пациенты с самыми сложными и запущенными случаями. Чтобы не доводить их до тяжелого состояния и дать им возможность вернуться к полноценной жизни, организаторам здравоохранения следует учесть необходимость своевременного направления пациентов на консультацию к квалифицированным специалистам. С 2012 года в наш Центр может обратиться житель любого региона России по направлению органа исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения.

ПО МИРОВЫМ СТАНДАРТАМ

Чебоксарский ФЦТОЭ оснащен медицинским оборудованием по мировым стандартам. В диагностике - это компьютерный и ядерно-магнитно-резонансный томографы, современные рентгенологические, ультразвуковые аппараты и автоматические лабораторные анализаторы. Большинство операций проводятся с использованием робототехники. При операциях на позвоночнике - это Spine Assist по размещению трансплантатов, компьютерная программа которого автоматически увеличивает точность медицинских манипуляций. Эта вторая установка в России, а всего в мире -



От всего объема медицинской помощи, которую оказывают специалисты ФЦТОЭ в Чебоксарах, 70% занимает эндопротезирование крупных и мелких суставов. Здесь максимально удовлетворяют потребность в данном виде медицинской помощи и доводят сроки ее ожидания до 2 - 3 месяцев, тогда как в европейских странах они составляют в среднем 2 - 3 года.

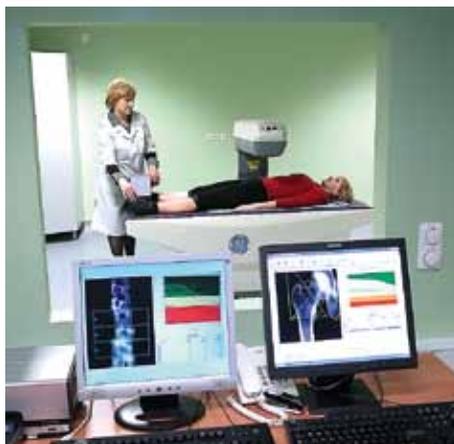
их около 30. При эндопротезировании коленного сустава - компьютерная навигационная система, позволяющая имплантировать протез с максимальной точностью.

За относительно небольшой срок работы в центре освоены и внедрены современные технологии оперативного лечения:

- эндопротезирование крупных суставов с максимальным сохранением костной ткани (поверхностное протезирование тазобедренного сустава, одномышечковое и двуотдельное протезирование коленного сустава)
 - эндопротезирование коленного сустава (с использованием компьютерной навигационной системы), локтевого, плечевого, лучезапястного, мелких суставов кисти и стопы
 - коррекция сколиотической деформации позвоночника, в том числе с помощью стереотаксической роботизированной системы Spine Assist
 - стабилизация позвоночника методом GO-LIF (упрощенная, бесстержевая фиксирующая конструкция) с планированием траектории и чрезкожной установкой винтов с помощью Spine Assist.
- Кроме того, у центра есть и собственные патенты на изобретения.

ЗДЕСЬ РАБОТАЮТ ЛУЧШИЕ

Подбор и обучение кадров - важнейший вопрос, которым мы занялись еще на этапе строительства Центра. При наборе специалистов большое внимание уделяется опыту их работы по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по травматолого-ортопедическому профилю, причем не только первичных операций, но и повторных, а также ревизионных вмешательств. Подготовка специалистов проводится в ведущих лечебных учреж-



дениях России и зарубежных стран (Германии, Испании, Израиле, Франции, США и др.), периодически в Центре проходят мастер-классы. Наши специалисты успешно интегрированы в российскую и европейскую сеть ортопедии и травматологии, ежегодно участвуют в международных ассоциациях врачей-травматологов-ортопедов (AAOS, EFORT). В 2011 году было налажено сотрудничество с ведущими европейскими клиниками: клиникой ортопедии, неотложной травматологической хирургии и спортивной медицины госпиталя Иоанн-Етьен-Кроненхауз (г. Нойсс, Германия), клиникой Вилла Ербоза (Италия), клиникой Ихилов и Асута (Израиль), университетом г. Лунд (Швеция) и др.

СТРОЙНОСТЬ ПРЕДУПРЕДИТ БОЛЕЗНИ

Медицинскую и социальную проблему в экономически развитых странах представляет распространенность ожирения. Наряду с развитием тяжелых соматических заболеваний при повышенной массе тела в 4 раза возрастает риск возникновения остеоартроза. Более 50% операций по эндопротезированию суставов проводится по поводу данного заболевания. Кроме того, избыточный вес повышает вероятность развития механических осложнений после эндопротезирования, что требует повторного оперативного вмешательства.

Нарушение метаболических процессов на фоне ожирения приводит и к развитию остеопороза - основной причине переломов проксимального отдела бедра, переломов позвонков. По статистике летальность в первый год после перелома шейки бедра составляет около 35%. Единственным выходом из ситуации является ранняя активизация пациента посредством оперативного лечения, главным образом, эндопротезирования тазобедренного сустава. Длительность лечения требует от врача и пациента большого терпения и выполнения необходимых диагностических и лечебных мероприятий с учетом стадийности процесса.

Основными причинами увеличения заболеваемости остеопорозом в РФ, кроме неправильного питания, являются низкая инсоляция у подавляющего большинства населения, высокая распространенность среди населения вредных привычек (курение, употребление алкоголя) при чрезвычайно низком уровне физической активности. Также сказывается низкая информированность врачей первичной медико-санитарной помощи в отношении остеопороза и метаболических остеопатий. Во многих регионах отсутствуют программы профилактической работы.

В Чебоксарском ФЦТОЭ имеются все возможности для оказания высококвалифицированной специализированной помощи пациентам с остеопорозом. В распоряжении наших специалистов находится такой «золотой» стандарт диагностики, как рентгеновская двухэнергетическая абсорбциометрия (DXA), спиральная компьютерная томография, лабораторная диагностика показателей костного метаболизма, метод прогнозирования вероятности 10-летнего риска остеопоротических переломов (FRAX). *

Непреднамеренная периоперационная гипотермия:

незаметное осложнение с серьезными последствиями



Клиницистам хорошо известно, что анестезия не лучшим образом сказывается на системе терморегуляции.

Снижается теплопродукция, изменяются пороги компенсаторных сосудистых реакций, уменьшаются потоотделение и дрожательный термогенез, больной остывает. Незапланированное снижение центральной температуры тела ниже 36 °С во время анестезии и в раннем послеоперационном периоде называется непреднамеренной периоперационной гипотермией. Это осложнение встречается практически у всех прооперированных больных.

Основными предикторами непреднамеренной периоперационной гипотермии являются низкая температура в операционной, пожилой возраст, малая площадь поверхности тела больного и его астеническое телосложение, длительность анестезии; сердечная недостаточность, женский пол; низкая центральная и периферическая температура тела перед индукцией в ане-

стезию, а также использование проводниковых методов анестезии.

Многолетними исследованиями доказано, что даже умеренная интраоперационная гипотермия значительно ухудшает результаты хирургического лечения больных. Увеличивается риск кардиальных и инфекционных послеоперационных осложнений. Возрастает послеоперационная кровопотеря и

потребность в гемотрансфузии. Пациенты со сниженной температурой тела медленнее просыпаются, их пробуждение чаще сопровождается мышечной дрожью. В конечном счете, периоперационная гипотермия приводит к увеличению сроков госпитализации и внутрибольничной летальности.

Наиболее эффективным методом предотвращения периоперационной гипотермии

является активное согревание пациента и переливаемых растворов. В таком случае удается избежать температурных градиентов между центральными и периферическими областями тела. Поддержание нормотермии (36 °С) позволяет избежать нарушений периферической и центральной микроциркуляции. Так как именно нарушение кровотока в микроциркуляторном русле является причиной многочисленных последствий непреднамеренной гипотермии.

Каждый тип систем активного согревания больного (а также каждый конкретный прибор) имеет свои положительные и отрица-

и нуждается в дезинфекции. Кроме того, он не полностью прилегает к поверхности тела, имеет низкую эффективность при расположении матраса под больным. Водяные подогревающие матрасы даже с гелевой поверхностью также могут быть недостаточно эффективны и нуждаются в санобработке.

Воздушные системы активного подогрева больного – это ведущая методика поддержания нормотермии в операционных и отделениях интенсивной терапии США. Высокая эффективность воздушных систем обусловлена хорошим контактом подогревающих одеял и матрасов с большой площадью поверхности тела больного.



Воздушные системы активного подогрева больного – это ведущая методика поддержания нормотермии в операционных и отделениях интенсивной терапии США. Высокая эффективность воздушных систем обусловлена хорошим контактом подогревающих одеял и матрасов с большой площадью поверхности тела больного.

тельные стороны. Для эффективного согревания необходимо, чтобы элементы плотно прилегали к поверхности тела пациента. Очень важно, чтобы обогревалась передняя поверхность тела.

Электрические системы активного согревания достаточно распространены в европейских странах. Обогревающий элемент в таких системах не является одноразовым

Для использования в различных областях хирургии имеются различные варианты нагревающих элементов. Они легки, дешевы и не теряют своей функциональности при повреждении. Являются одноразовыми и не нуждаются в обработке. В нашем Центре мы успешно используем воздушный матрас, располагающийся под пациентом, во время кардиохирургических операций (Bair

Hugger™, компания 3М). При подобном расположении матраса им можно полностью заполнить пространство под больным и обогревать не только нижнюю, но и боковую поверхность тела.

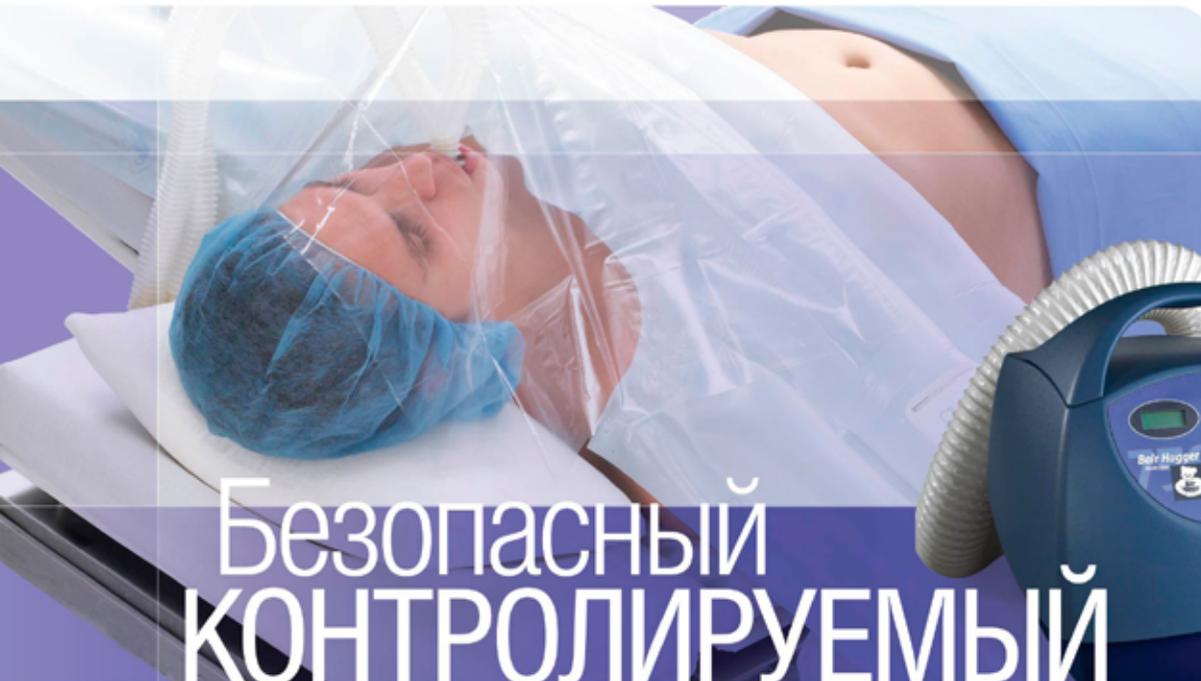
Для предотвращения охлаждения больного, помимо активного согревания тела пациента, требуется согревание растворов, что особенно важно при большой скорости инфузии. Часто используется предварительное согревание растворов и компонентов крови с помощью стационарных согревающих систем. Однако наиболее эффективным способом является применение проточных систем с обратной связью (Ranger™, компания 3М).

И все же почему проблема периоперационной гипотермии по-прежнему стоит остро? Причин тому немало. Снижение температуры тела больного во время операции часто остается незамеченным или не воспринимается врачами как серьезное осложнение. Во многом это обусловлено тем, что последствия гипотермии становятся заметны только при статистическом анализе результатов лечения больших групп пациентов. Врачу также достаточно сложно представить экономический ущерб, который наносит периоперационное охлаждение больных.

Для эффективного предотвращения периоперационной гипотермии требуется комплексный подход. В него должно входить активное «предсогревание» – согревание больного до вводной анестезии, активное согревание больного и инфузионных растворов во время операции и в послеоперационном периоде. Это требует достаточно больших организационных усилий.

В современной хирургии есть факторы, которые препятствуют согреванию больного. Например, операционные сегодня оснащены высокоэффективными системами кондиционирования, и в них поддерживается стабильная, но достаточно низкая температура воздуха (до 20 °С). В то же время известно, что для эффективного предотвращения непреднамеренной гипотермии температура в операционной должна быть не ниже 24 °С, однако подобная температура плохо переносится персоналом и не соответствует санитарно-эпидемиологическим требованиям. Другими причинами могут быть расширение объема хирургических вмешательств и утяжеление контингента больных.

Совершенно очевидно, что предотвращение непреднамеренной гипотермии должно стать важной частью анестезиологического обеспечения больного во всех областях хирургии. Мы должны согревать больных не только своим добрым отношением, но и с помощью современной аппаратуры. Только комплексный подход к решению данной проблемы может предотвратить это незаметное осложнение с серьезными последствиями. *



Безопасный КОНТРОЛИРУЕМЫЙ ОБОГРЕВ



Практически все пациенты после индукции в анестезию подвержены риску возникновения непреднамеренной периоперационной гипотермии, которая характеризуется снижением центральной температуры тела ниже 36 °С. И даже гипотермия средней степени может вызвать серьезные осложнения и существенно замедлить процесс выздоровления¹. Таким образом, гипотермия не только дорого обходится для здоровья пациентов, но и ухудшает показатели работы самого лечебного учреждения¹.

Современная методика обогрева пациентов поможет сэкономить бюджетные средства, снизить риск возникновения осложнений, возникающих вследствие непреднамеренной периоперационной гипотермии.

Особенности системы Bair Hugger™

Системы обогрева Bair Hugger™ конвекционного типа доказали существенное превосходство над другими методами обогрева пациентов^{3, 4, 5}, а применение в рамках данной системы термостабилизирующих матрасов Bair Hugger™ с уникальным дизайном сделали данную методику еще более эффективной. Теперь есть возможность безопасно согреть пациента активным обдувом теплого воздуха даже при проведении обширного хирургического вмешательства.

А какова частота возникновения гипотермии в Вашем учреждении?

Сравните случаи возникновения гипотермии до и после использования систем Bair Hugger™, и Вы увидите разницу, которую обеспечивает по-настоящему эффективный метод обогрева.

Нежелательные явления, связанные с развитием гипотермии²

Нежелательные явления	Снижение риска у пациентов с нормотермией по сравнению с пациентами, подвергшимися гипотермии
Инфекции хирургической раны (вероятность)	64%
Трансфузия (литров)	86%
Пребывание в стационаре (кол-во дней)	40%
Проведение ИВЛ (часов)	43%
Инфаркт миокарда (вероятность)	44%

1. Anesthetic Surg J 2006;26:551-571
2. Mahoney CB, Odom, J. Maintaining intra-op normothermia. AANA J. 1999;67(2):155-163
3. Roder, G, Sessler, D.L, et al. Intra-op rewarming with Hot Dog resistive heating and forced-air heating: a trial of lower-body warming. Anaesthesia. 66: no doi: 1-1111/j.1365-2044.2011.06722.x
4. Engelen, S, et al. A Comparison of Under-Body Forced-Air and Resistive Heating during Hypothermic Bypass. ASA abstracts, 2010. A075
5. Nguyen, H.H, et al. A New Underbody Resistive Warming Device vs Forced Air Warming to Prevent PH. ASA abstracts. 2010. A087

Технологии 3M для профилактики инфекций

Инновации в действии



МЕЖДУНАРОДНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ФОРУМ



Медицина

ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

2 - 4 октября
УФА, ДК «Нефтяник»

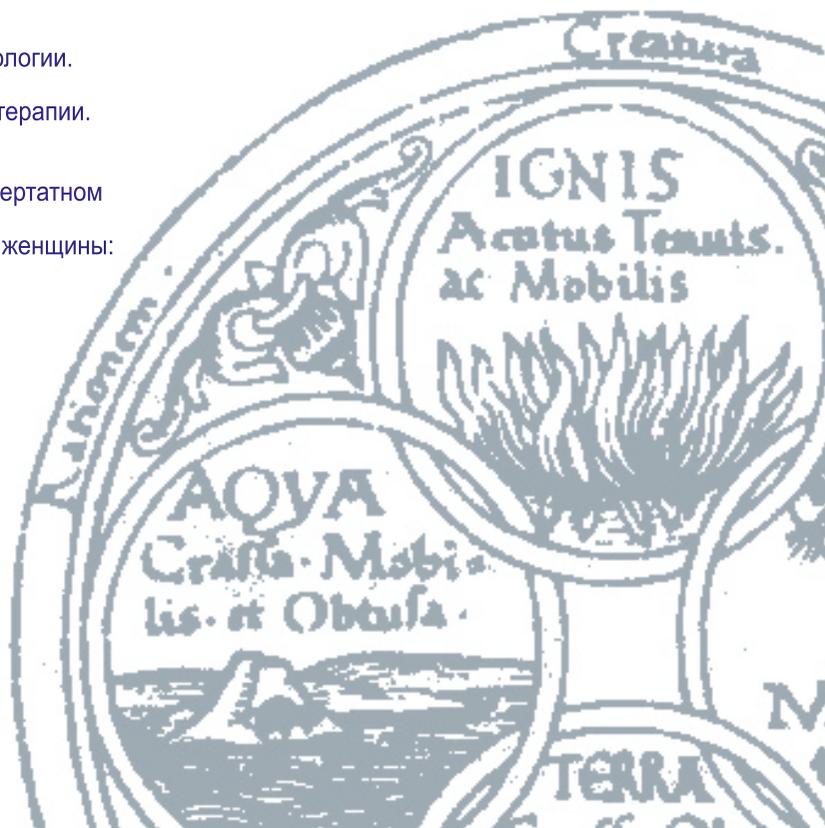
Научная программа:

- 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>



Ответственность остается на первом плане



Уже не одно поколение медиков, ученых борется с внутрибольничными инфекциями. Но какие бы эффективные современные средства они не использовали, человеческий фактор, квалификация, ответственность врачей, среднего и младшего медицинского персонала по-прежнему будут играть в этом деле главенствующую роль.

И об этом мы беседуем с главным внештатным эпидемиологом Минздравсоцразвития России в ПФО, д.м.н., профессором, директором Нижегородского НИИ эпидемиологии и микробиологии, полковником медицинской службы запаса Евгением ЕФИМОВЫМ.

- Евгений Игоревич, в силу того, что микробы довольно легко приспосабливаются к агрессивным по отношению к ним средам, какие требования должны применяться к дезинфекции в лечебных учреждениях?

- Как и все живые существа, микробы под влиянием различных агрессивных сред - дезинфектантов, антибиотиков, ультрафиолетового излучения и т.п. - изменяются и вырабатывают удивительную устойчивость к этим факторам. Более того, как показали последние исследования, микроорганизмы могут существовать и развиваться в ассоциации - в виде так называемых бактериальных пленок - и вырабатывать совместные механизмы защиты. Возбуди-

тели инфекционных заболеваний не просто скапливаются вместе, а обмениваются информацией, нарабатывают совместные поверхностные защитные слои, которые содержат вещества, препятствующие негативному на них воздействию. При устранении последнего микроорганизмы могут сворачивать свои защитные механизмы и возвращаться в исходное состояние.

Эту чрезвычайную гибкость и приспособляемость микробов необходимо учитывать в повседневной практике медицинских учреждений и, в частности, при выборе и применении средств дезинфекции. Они должны быть эффективны на день применения в отношении именно тех микроорганизмов, на которые мы пытаемся воздей-



ствовать. Чтобы достичь этого сегодня, существуют два подхода. Первый состоит в том, чтобы инструментальными методами выявить уровень чувствительности микроорганизмов к дезсредствам и применить их соответственно результатам тестов.

Этот подход в литературе обсуждается давно, но на практике применяется пока редко, поскольку не во всех лечебных учреждениях имеются условия для таких исследований. В таком случае рекомендуется второй метод - периодическая ротация дезинфекционных средств. Их сегодня достаточно много и самых разнообразных - это хлорсодержащие, перекисные, четвертичные аммонийные соединения, группа феноловых препаратов и т. п. Внутри этих групп также представлен широчайший перечень продуктов разных производителей. Руководствуясь нормативными документами и практикой применения, можно задать наиболее подходящую периодичность. Химические способы дезинфекции дополняют всевозможные воздействия на основе физических эффектов - ультрафиолетовое облучение, воздушные фильтры, озонирование помещений, применение таких проверенных временем устройств, как люстра Чижевского для ионизации воздуха.

- Что сегодня наиболее широко и эффективно используется медиками для достижения стерильности в медучреждениях?

- Стерильность инструментов и материалов в лечебных учреждениях еще не так давно обеспечивалась работой центральных стерилизационных отделений, сегодня практически повсеместно применяются одноразовые материалы - от иглолок и шприцев до халатов, шапочек и масок для докторов и медсестер. Но эти меры не конкурируют, а дополняют друг друга. Даже самое идеальное снабжение одноразовыми материалами вряд ли когда-нибудь полностью отменит стерилизацию. Тем более что она постоянно совершенствуется, появляются новые технологии. Если раньше использовались сухожаровые шкафы и автоклавы, то сегодня все шире применяется методика обработки СВЧ-излучением и даже жестким рентгеновским излучением.

В последнее время наблюдается тенденция, когда вопросы дезинфекции и стерилизации передаются лечебными учреждениями на аутсорсинг. В целом отношусь к этому позитивно, но на этапе становления и развития подобных специализированных компаний все-таки следует проявлять осторожность. Купить автоклав и получить лицензию указанным компаниям несложно. Руководство же ЛПУ, если оно решится передать столь важную функцию внешней организации, должно убедиться в квалификации тех, кому оно доверяет. В дальнейшем, когда на рынок выйдут серьезные, ответственные компании, можно будет только приветствовать сотрудничество с ними.

- Какие есть решения, как организационные, так и технические, которые помогают разграничить различные категории персонала и пациентов, чтобы избежать распространения инфекций?

- Борьба с внутрибольничными инфекциями начинается с этапа проектирования здания для лечебного учреждения, оно должно строго соответствовать требованиям санитарных норм и правил. К сожалению, многие наши медучреждения все еще размещены в приспособленных помещениях, что в условиях возрастного потока больных результативно повышается уровнем заболеваемости внутрибольничными инфекциями. Игрет роль увеличение доли пожилых людей, ухудшение показателей здоровья у мо-

От человеческого фактора зависит очень многое. Даже в новейших клиниках, которые возводятся в крупных городах, где используются современные технические достижения, важнейшую роль играют организация противозидемических мероприятий и квалификация специалистов и персонала в вопросах дезинфекции.

- Смогут ли когда-нибудь технический прогресс полностью решить проблему внутрибольничных инфекций?

- В сфере борьбы с инфекциями особенно очевиден драматический процесс противостояния техногенной цивилизации и живой природы. Каждый день изобретаются все новые и новые средства борьбы с микроорганизмами, которые, по сути, становятся средствами селекции новых



лодых, что, несомненно, сказывается на уровне здоровья малышей. Возникает несоответствие между необходимыми нормативами размещения и числом больных. Последнее ведет к скученности в больницах, палатах, больных вынужденно начинают размещать в коридорах, что, несомненно, провоцирует нарушение противозидемического режима клиники.

Как следствие, при тесном общении между людьми начинают активно работать всевозможные механизмы передачи инфекции: аэрозольный, фекально-оральный, контактный. В этой ситуации без эффективных средств дезинфекции не обойтись, не говоря уже об ответственном отношении к своим обязанностям всех медицинских работников - не только врачей, но и среднего и младшего медицинского персонала.

поколений микробов, выводя все более устойчивых и опасных. Ситуация усугубляется тотальным ослаблением иммунитета человеческой популяции, а также длительным и не всегда эффективным процессом реформирования отечественного здравоохранения.

Если раньше государство брало на себя все заботы по охране здоровья, то сегодня очень многое отдается на откуп коммерческой медицине и самим людям. И созревание нового отношения к здоровью, понимание своей ответственности, разумеется, приходят не сразу. Здесь большое поле работы не только для организаций здравоохранения, но и для образовательных учреждений, средств массовой информации.

Здоровье есть результат ответственного отношения человека к своим поступкам, делам и мыслям.

Аида САФИНА,
председатель Ассоциации медицинских сестер
Республики Татарстан, главная медсестра
ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр»

Компетентный сестринский уход - одно из условий выздоровления пациента

Система здравоохранения за многие десятилетия претерпела значительные изменения, а вместе с ней и сестринское дело как одна из составных ее частей. Но какие бы изменения не вносились в него, оно всегда должно соответствовать современным профессиональным стандартам и иметь законодательную основу.

Говоря о сестринском уходе, хочу сегодня обратить внимание коллег на профилактику пролежней. В этом направлении мы провели ряд исследований, поскольку пациенты нашего центра в силу сопутствующих заболеваний и особенностей самой операции (искусственное кровообращение, глубокая гипотермия) часто подвержены чрезвычайно высокому риску развития пролежней.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Определяющими величинами для циркуляции крови в тканях являются:

- давление в артериальной части капилляров 32 (21 - 48) мм рт. ст.
- давление в венозном отделе капилляров 12 (6 - 18) мм рт. ст.
- внутриклеточное давление кожи 5 - 12 мм рт. ст.

Считается, что ткань не будет снабжаться кровью, если внешнее давление превышает давление в артериальном отделе капилляров (в среднем > 30 мм рт. ст.). Если сильное давление длительно воздействует на кожу (абсолютные цифры зависят от толерантности пациента к ишемии), то сначала это может компенсаторно привести к воспалительной реакции с вазодилатацией, гиперемией, отеком и ацидозом. Если давление продолжает воздействовать, то появляется ишемия. Доставка веществ значительно уменьшается, и возникает некроз.

Что необходимо для предупреждения пролежней? Прежде всего, дать объективную, стандартизированную оценку риска их возникновения. И уже на этом основании начать заниматься их профилактикой, то есть соответствующим уходом за пациентом.

Риск пролежней можно определить по расширенной шкале Нортона, которая охватывает девять категорий. Наиболее оптимальной является шкала Ватерлоу, поскольку она исчерпывающе учитывает особые риски (например, недостаточное питание тканей или сердечную недостаточность).

Уход за кожей неразделимо связан с правильным, компетентным подбором средств. Правильное мытье тела (медицинское обмывание) относится к основным мероприятиям по уходу за пациентом. В противном случае защитная функция кожи может сильно снижаться. Для очищающего мытья всего тела необходимо взять достаточное количество воды; выбрать температуру до 38 °С; использовать окончательное обмывание, если применялись добавки для мытья, уменьшающие потоотделение и риск инфекции при мытье всего тела.

УКЛАДЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Для профилактики пролежней этот аспект не менее важен. В таблице указывается эффект перекалывания в отношении различных проблем по уходу за пациентом:

Проблема по уходу	Изменяющее действие
пролежень	освобождение от сдавления
контрактура	укладывание с растяжением
боли	щадящая поза, дополнительное болевое раздражение
тромбоз	изменение гемодинамики как системно, так и локально
пневмония	дренажный эффект, подвижность диафрагмы и грудной клетки
недержание	улучшенное восприятие тела
покой/сон	оказывается влияние на фазы бодрствования и сна
ориентация	обращение к пациенту, стимуляция, развлечение (смена обстановки)
коммуникация	дополнительная возможность

Каких пациентов разрешается укладывать, и каких принципов здесь следует придерживаться? Для начала необходимо разрешение врача. Укладывать можно практически всех



пациентов. Даже когда они гемодинамически плохо переносят укладывание, или имеется механическое препятствие (например, внешние фиксаторы). Недавно считая проволочкой грудина не является препятствием к перекалыванию.

Вид укладывания пациента зависит от целей: лечение, поддержание его хорошего самочувствия, профилактика. Соответственно этому должны быть выбраны виды укладывания и подкладок.

При укладывании пациента для профилактики пролежней необходимо обращать внимание на следующие принципы:

- поддержание самостоятельности пациента (чем мягче он уложен, тем более неподвижен)
- давать возможность лежать на кровати как можно большей поверхности тела
- правильное разгибание бедра (существует значительно более высокий риск пролежней, когда во время придания возвышенного положения верхней части туловища сгибание бедра не согласовывается с разгибанием кровати (сдвиги, трение).

Исследования дают знания для понимания и методы правильной оценки состояния пациентов и обеспечения основы для проведения большего количества тех сестринских вмешательств, эффективность которых подтверждена научными данными. *



ПОМОГАЕТ ЛЕЧИТЬ.

МОЛИКАР И МЕНАЛИНД - современные технологии гигиенического ухода при недержании



Одна из самых мучительных проблем лежачих пациентов и пожилых больных - недержание мочи. Оно портит жизнь и нервы как самим пожилым людям, так и тем, кто за ними ухаживает. При тяжелой и очень тяжелой степени недержания рекомендуется использовать воздухопроницаемые подгузники для взрослых **MoliCare® Premium soft (Моликар Премиум софт)** немецкой медицинской компании **ПАУЛЬ ХАРТМАНН** - эксперта в области ухода за тяжелобольными пациентами.

Для гигиенического ухода за кожей под подгузником идеально подойдет **Menalind® professional (Меналинд профэшнл)** - профессиональные косметические средства для очищения, защиты, увлажнения и питания кожи. Для дополнительной защиты постельного белья и других поверхностей предназначены гипоаллергенные впитывающие одноразовые пеленки **MoliNea® (МолиНеа)**. Правильный подбор средств для ухода при недержании позволяет экономить время и силы людям, ухаживающим за тяжелобольными, а также возвращает комфорт и чувство самоуважения их подопечным.

Доказано, что применение подгузников Моликар Премиум софт, профессиональных косметических средств Меналинд профэшнл и одноразовых впитывающих пеленок МолиНеа способствует профилактике раздражений кожи, опрелостей и пролежней.

Основные характеристики воздухопроницаемых подгузников Моликар:

Верхний слой впитывающей подушки подгузника оказывает антибактериальный эффект благодаря специальной структуре и способу обработки закрученной целлюлозы, а также поддерживает благоприятный для кожи pH фактор для профилактики раздражений кожи.



Нетканый материал внешней поверхности не шуршит и похож на ткань нижнего белья.

Трехслойная впитывающая подушка с суперабсорбентом защищает от протекания и нейтрализует запах.



Дерматологически протестированы. Рекомендуются специалистами для чувствительной кожи лежачих пациентов.

Специальный мягкий воздухопроницаемый материал на боковых частях подгузника обеспечивает свободную циркуляцию воздуха.



Многоразовые усовершенствованные самоклеящиеся застежки-липучки системы «крючков и петель».



Нейтрализуют запах.



MoliCare® Premium soft
Воздухопроницаемые подгузники



MoliNea®
Гипоаллергенные впитывающие одноразовые пеленки

Menalind® professional
Профессиональная косметика для ухода за кожей



Бесплатная горячая линия по РФ: 8-800-505-12-12.
Узнать больше о проблеме недержания Вы можете на сайте www.molicare.su.



Доказанный эффект

Проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) по-прежнему остается острой. Одним из каналов их передачи являются предметы по уходу за больными. Для борьбы с инфекциями сегодня созданы надежные автоматические мощно-дезинфицирующие машины MEIKO.

В структуре ВБИ, выявляемых в крупных российских многопрофильных ЛПУ, ведущее место занимают гнойно-септические инфекции. Основными факторами риска их возникновения являются растущее число носителей штаммов резидентного типа среди сотрудников ЛПУ, увеличение обсемененности окружающих предметов и т. д. Другая большая группа ВБИ - кишечные инфекции. Основным путем передачи возбудителя в условиях ЛПУ является контактно-бытовой.

Дезинфекционную обработку таких предметов, как судна, мочеприемники и т. д., в подавляющем большинстве ЛПУ младший медицинский персонал сегодня проводит вручную. Осознавая значимость проблемы, Роспотребнадзор в 2010 году утвердил СанПиН 2.1.3.2360-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», в которых четко регламентируется необходимость закупки ЛПУ оборудования для мойки и дезинфекции предметов по уходу за больными.

Компания MEIKO Maschinenbau GmbH (Германия) более 70 лет специализируется на производстве автоматических моющих машин, дезинфицирующих судна и утки. Огромный опыт позволяет ей лидировать в этой сфере. Особенно популярны и широко востребованы лечебно-профилактическими учреждениями машины серии TopLine, исключительные надежность и эффективность которых подтверждены экспертными учреждениями Германии, ЕС и России.

Практика их применения на удивление проста: использованные предметы по уходу за больными вместе с их содержимым устанавливаются на рабочий каркас, дверь

камеры герметично закрывается, и в течение всего 5 минут фекально-мочевые смеси автоматически сбрасываются в канализацию, емкость снаружи и внутри тщательно моется, термически дезинфицируется, ополаскивается, охлаждается и сушится.

Полная автоматизация делает процесс обработки стандартизованным, воспроизводимым и контролируемым. При этом не только прерывается цепочка распространения ВБИ, но и ощутимо снижаются затраты ЛПУ - за счет высвобождения значительной части штата младшего медицинского персонала, сокращения количества предметов по уходу за больными благодаря их высокой оборачиваемости, а также снижения числа инфицированных сотрудников.



Официальным дистрибьютором фирмы MEIKO на российском рынке является медицинская компания ВИТА-ПУЛ, которая также осуществляет гарантийное и сервисное обслуживание оборудования по всей стране. Этому способствует наличие собственного склада запчастей и квалифицированного инженерного персонала, проходящего регулярные стажировки на производственных площадках в Германии.

Для удобства российского потребителя все оборудование MEIKO имеет русифици-



рованную компьютерную систему управления. Многолетний опыт производителя и впечатляющий модельный ряд позволяют предлагать не только отдельные автоматы, но и комплексные решения по обеспечению госпитальной гигиены с учетом специализации и индивидуальных особенностей лечебного учреждения.

Оборудование MEIKO можно рассматривать в качестве маркетингового инструмента, повышающего привлекательность конкретного ЛПУ на рынке медицинских услуг. Автоматы TopLine, установленные в платных и VIP-палатах, несомненно послужат доказательством серьезного подхода руководства клиники к вопросу безопасности больных и персонала и ощутимо повысят уровень комфортности лечения именно тех пациентов, мнение которых непосредственно влияет на рейтинг лечебно-профилактического учреждения. *



m

МЕЙКО

моюще-дезинфицирующие машины для суден и уток

Немецкие машины МЕЙКО в автоматическом режиме менее чем за 8 минут освобождают, чистят, дезинфицируют и сушат судна и утки.

Такая производительность и отсутствие у персонала контакта с предметами ухода за больными во время обработки ощутимо повышают санитарно-эпидемиологический уровень в отделениях.

Огромный выбор моделей и стоимость от 390 тысяч руб. - все это машины МЕЙКО!



Представитель в России:
МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ
(495) 514-19-00, 514-19-07.
www.vitapool.ru

17-я международная специализированная выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань
2012

17-19
октября



www.volgazdravexpo.ru

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ
ЯРМАРКА

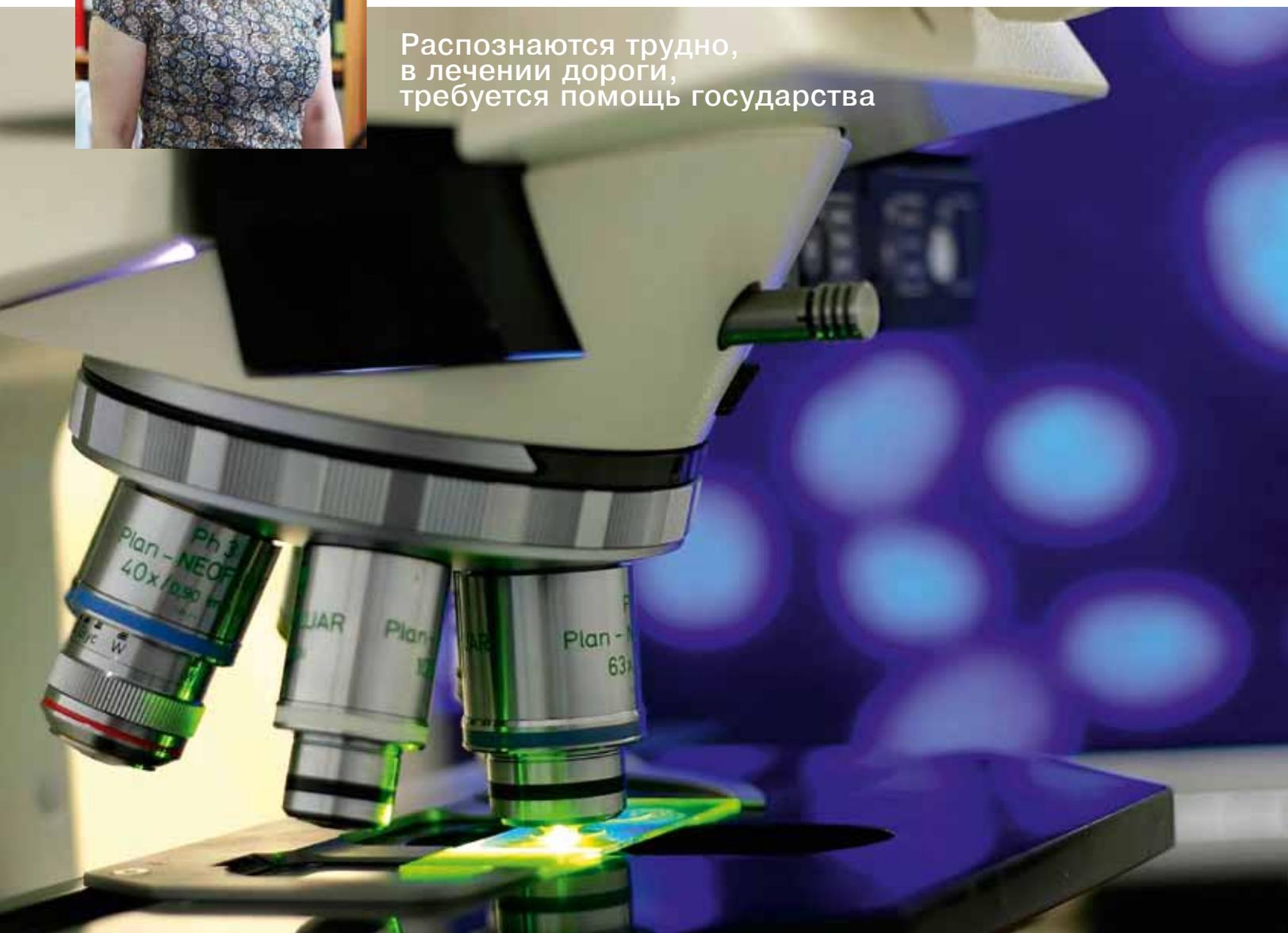
420059, Республика Татарстан
г. Казань, Оренбургский тракт, 8
Тел.: (843) 570-51-11 (круглосуточный),
570-51-16, факс: (843) 570-51-23
E-mail: pdv@expokazan.ru



Ирина ЧИГВИНЦЕВА,
главный внештатный специалист-педиатр Министерства
здравоохранения Республики Татарстан

Орфанные заболевания

Распознаются трудно,
в лечении дороги,
требуется помощь государства



С 1 января 2012 года в силу вступил новый Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором впервые на государственном уровне введено понятие редких (орфанных) заболеваний.

В разных странах определение и перечень редких (орфанных) заболеваний принимаются на государственном уровне, единого определения для орфанных заболеваний не существует, также нет единого критерия отнесения заболеваний

к этой группе. В нашей стране это один случай на 10 000 населения.

Значительная часть заболеваний имеет генетическую природу или является следствием инфекций, аллергических реакций, экологических факторов; отно-

сится к хроническим, прогрессирующим заболеваниям, приводящим к инвалидности, сокращению продолжительности жизни.

В рамках Национального проекта «Здоровье» в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 22.03.2006 №185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания» в Республике Татарстан проводится скрининг новорожденных на

5 наследственных заболеваний: адреногенитальный синдром, галактоземия, муковисцидоз, фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз. В 2011 году выявлено 7 детей с фенилкетонурией, 4 ребенка с муковисцидозом, 4 ребенка с галактоземией.

В рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 - 2012 годы» с целью профилактики врожденных аномалий (пороков) развития плода в Татарстане с 2012 года проводится перинатальная диагностика на ранних сроках (в первом триместре беременности). Диагностика включает ультразвуковое исследование на аппаратуре экспертного класса и биохимический скрининг. Исследование проводится бесплатно в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2012 год.

Особенно трудна диагностика у новорожденных детей, что связано с клиническим полиморфизмом, тяжестью течения заболеваний, поэтому это одна из сложных задач для педиатра. Чаще всего наследственные болезни обмена скрываются под маской детского церебрального паралича, умственной отсталости и эпилепсии, резистентной к антиконвульсантам.

Значение своевременной диагностики редких заболеваний чрезвычайно велико, поскольку точный диагноз наследственной патологии становится основой адекватного лечения.

На первом этапе диагностика включает стандартные общеклинические, биохимические, инструментальные исследования, применяются методы лучевой диагностики, магнитно-резонансной томографии. Если они не позволяют установить причину заболевания, то проводится более детальное исследование.

Окончательный диагноз помогают установить медико-генетические исследования, которые проводятся на базах ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ» и Научного медико-генетического центра г. Москвы.

Татарстан традиционно имеет высокий уровень диагностики наследственных заболеваний. Модернизация медико-генетического центра РКБ, приобретение современного оборудования позволят поднять эту работу на новый уровень, в частности, многие исследования, которые раньше требовали сотрудничества с Москвой, теперь будут проводиться на месте, что повысит возможности постановки точных своевременных диагнозов по редким заболеваниям и их адекватного лечения.

На сегодняшний день в республике зарегистрировано 192 ребенка с редкими заболеваниями. Медицинская

помощь детям по профилю заболевания осуществляется на базе республиканских учреждений. Высокотехнологичная медицинская помощь детям с редкими заболеваниями оказывается бесплатно в Детской республиканской клинической больнице Министерства здравоохранения Республики Татарстан. На диспансерном учете в ДРКБ МЗ РТ состоят 110 детей.



РЕКОМЕНДАЦИЯ:

В тех случаях, когда в роду были зарегистрированы случаи наследственных заболеваний, мертворождаемость по неустановленным причинам, будущим родителям необходима консультация врача-генетика, так как возрастает риск рождения больного ребенка.

Стандарты оказания медицинской помощи в настоящее время разработаны для 15 редких заболеваний, однако по целому ряду орфанных заболеваний специфические средства лечения не разработаны.

Применение патогенетического лечения, специализированных продуктов лечебного питания, ферментозаместительной терапии обеспечивают предупреждение развития симптомов заболева-

ния, увеличивают продолжительность и улучшают качество жизни пациентов. Так, успехи современной медицины позволили увеличить продолжительность жизни больных муковисцидозом до 36 лет (ранее до 16 - 17 лет), улучшить качество жизни, реализовать женщинам свой репродуктивный потенциал (среди пациенток есть родившие здоровых детей).

Больные с галактоземией, фенилкетонурией обеспечиваются аминокислотными смесями в соответствии с Законом Республики Татарстан от 08.12.2004 №63-ЗРТ «Об адресной социальной поддержке населения в Республике Татарстан» и Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 17.01.2005 №4 (с изменениями), которым утвержден Перечень категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения по рецептам врачей отпускаются бесплатно.

Больные муковисцидозом, болезнью Гоше, гемофилией в Республике Татарстан обеспечиваются лекарственными препаратами по программе «7 высокозатратных заболеваний» (приказ Минздрава России от 04.04.2008 №162н (с изменениями от 03.07.2008 г.) «О порядке ведения Федерального регистра больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелодисплазией, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»).

Но до сих пор остается проблема лечения больных с такими заболеваниями, как мукополисахаридоз, тирозинемия, болезнь Фабри, болезнь Вильсона-Коновалова и другие. Лекарственные препараты, используемые при лечении этой группы больных, являются дорогостоящими и назначаются пожизненно. Стоимость обеспечения лекарствами одного больного может достигать 1 млн рублей в год.

Своевременное регулярное лечение влияет на тяжесть течения заболевания, уменьшает риск развития осложнений, обеспечивает более гармоничное развитие ребенка.

Благодаря поддержке Минздрава РТ, организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи на базе ДРКБ МЗ РТ часть больных обеспечена лекарственными препаратами, смесями для проведения патогенетической терапии.

Улучшить ситуацию должны готовящиеся в настоящее время федеральные нормативно-правовые акты, утверждающие перечень редких заболеваний, формат ведения регистра, порядок лекарственного обеспечения больных.

В настоящее время идет формирование перечня редких (орфанных) заболеваний, он содержит 25 наименований наиболее распространенных в популяции наследственных заболеваний, связанных с нарушениями обмена веществ.



Скрытая угроза

Мерцательная аритмия встречается почти у каждого сотого жителя Земли и у каждого десятого старше 80 лет.

У таких пациентов значительно повышается вероятность развития инсульта. В России пока нет соответствующего национального регистра, тем острее становится проблема профилактики тромбоэмболических осложнений. Недавно она обсуждалась в Казани ведущими российскими специалистами.

Научно-практическая конференция, в которой приняли участие кардиологи, терапевты, врачи общей практики и неврологи со всего Татарстана, прошло под эгидой Министерства здравоохранения РТ, Всероссийского научного общества кардиологов, Всероссийского общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электрокардиостимуляции. В рамках пленарных заседаний и интерактивных сессий обсуждались вопросы ведения больных с фибрилляцией предсердий, особенности антикоагулянтной терапии, рекомендации по лечению и применению лекарственных препаратов.

Один из ведущих специалистов в области неотложной и интервенционной кардиологии, диагностики и лечения нарушений ритма сердца, заведующий кафедрой факультетской терапии Первого МГМУ, профессор Виталий Сулимов поделился с нашим журналом своим взглядом на решение этой острой проблемы:

- Во всем мире мерцательная аритмия (МА) вызывает серьезную озабоченность, по прогнозам экспертов, к 2050 году число больных с МА в мире увеличится как минимум втрое. Я думаю, Россия не станет исключением. Национального регистра по изучению этого вопроса в нашей стране не



существует, ориентировочные оценки - до 1,5 млн больных с МА, а правильно будет умножить эту цифру на три. МА - серьезная медицинская, социальная и экономическая проблема. Она не представляет непосредственной угрозы для жизни, но может привести к образованию в сердце тромбов, которые затем разносятся по кровеносной системе, попадая, в том числе, в мозг.

Около 5% больных с МА в мире ежегодно переносят инсульт. Более того, примерно 25 - 30% всех ишемических инсультов обусловлены МА. Половина приступов МА оказываются бессимптомными, о них могут не знать ни врачи, ни пациенты. Таким

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

Риск инсульта при ФП индекс CHADS₂

(Cardiac failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke)

- Инсульт или ТИА в анамнезе **2 балла**
- Возраст > 75 лет **1 балл**
- Гипертония **1 балл**
- Диабет **1 балл**
- ХСН **1 балл**

Шкалу CHADS₂ следует использовать для первоначальной оценки риска инсульта.

Шкала CHA₂DS₂-VASc

При наличии 2 баллов оправдана антикоагулянтная терапия.

- Сердечная недостаточность/ сист. дисфункция ЛЖ **1**
- Артериальная гипертония **1**
- Возраст > 75 лет **2**
- Сахарный диабет **1**
- Инсульт / ТИА / системная тромбоэмболия **2**
- Заболевания сосудов **1**
- Возраст 65-74 года **1**
- Женский пол **1**

Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLED

Значение индекса ≥ 3 указывает на высокий риск кровотечения и требует особой осторожности и внимания при назначении любого антитромботического препарата.

- Артериальная гипертония **1**
- Нарушение функции печени или почек (по 1 баллу) **1-2**
- Инсульт **1**
- Кровотечение **1**
- Лабильное МНО **1**
- Возраст > 65 лет **1**
- Прием некоторых лекарств или алкоголя (по 1 баллу) **1-2**

образом, МА становится «поставщиком» инсультов, которые принимаются за последствия церебрального атеросклероза, гипертонической болезни и др. Одна из главных задач в лечении больных с МА – это профилактика тромбоэмболических осложнений, и она ничуть не менее важна, чем собственно антиаритмическая терапия. Этому вопросу посвящены усилия международного кардиологического сообщества в последние десятилетия.

Долгое время альтернативы варфарину просто не было. Да, это эффективный препарат. Люди, принимающие его по показаниям, почти на 70% снижают риск развития инсульта. Но у него есть и ряд неудобств – необходимо постоянно контролировать степень антикоагуляции. Пациент должен раз в 3 – 4 недели ходить в поликлинику и определять так называемое международное нормализованное отношение, но не везде это можно сделать, например, в сельских районах.

Активность варфарина зависит от того, как и чем питается пациент, какие лекарства еще принимает. У этого препарата есть зависимость от особенностей метаболизма. При этом его главное преимущество на сегодня – это доступность.

Благодаря новым оральным антикоагулянтам у врачей появляется возможность выбора, у нас есть реальные перспективы снизить риск развития инсульта у больных с МА. Серией испытаний доказано, что такие препараты, как дабигатран, более эффективны. Известная доза препарата дает прогнозируемый эффект, при этом нет необходимости в постоянном контроле. На подходе – целый спектр других оральных антикоагулянтов, которые помогут эффективно и безопасно решать проблему профилактики инсульта.

Нужно понимать, что любая антикоагулянтная терапия, помимо профилактики тромбоэмболических осложнений, может привести и к геморрагическим осложнениям. Наша задача – дать врачам полноценную картину, рассмотрев данную медицинскую проблему с разных точек зрения.

Об основных принципах ведения больных с фибрилляцией предсердий (ФП) рассказал главный специалист-кардиолог Минздрава РФ, заведующий кафедрой факультетской терапии и кардиологии КГМУ, профессор Альберт Галявич:

– Россия по количеству мозговых инсультов, к сожалению, – мировой «лидер», и сегодня совершенно очевидно, что одной из причин возникновения инсультов является ФП. Риск смерти от мозгового инсульта у больных с ФП в два раза выше, а затраты на лечение в 1,5 раза больше. Значит, у нас есть реальная возможность снизить заболеваемость и смертность. Мы должны знать, как диагностировать ФП, правильно вести таких больных, какие современные методы лечения есть.

С возрастом вероятность возникновения нарушения ритма сердца увеличивается. К факторам риска относятся также такие

заболевания, как гипертония, сахарный диабет, инфаркт миокарда, клапанные пороки; употребление алкоголя; мужской пол; семейный анамнез. Есть ряд других факторов, выявляемых инструментальными методами.

Конечно, возникновение ФП во многом зависит от состояния самого предсердия, фиброз ткани приводит к нарушению распространения волны. На первом месте – ишемия миокарда, далее дилатация, ряд генетических факторов, на которые мы пока никак не можем повлиять, воспаление (перикардит и др.).

При ФП оно сокращается не синхронно, что ведет к стазу крови в ушке левого предсердия. Таким образом, здесь создаются все условия для тромбообразования. При клапанной ФП около 90% предсердных тромбов находятся в этой маленькой структуре.

Российскими кардиологами и аритмологами был переработан и адаптирован ряд европейских рекомендаций по диагностике и лечению ФП. Некоторые из симптомов ФП – это легкое головокружение, одышка, слабость и утомляемость, головокружение, сердцебиение, боль в груди. При этом нужно понимать, что симптомы могут и отсутствовать. Общая оценка состояния пациентов с ФП складывается из анамнеза, физикального обследования, электрокардиограммы, рентгенографии, эхокардиографии, анализов крови, в ряде случаев проводится чрезпищевая эхокардиография, по показаниям – коронарная ангиография, электрофизиологическое исследование.

Стандартный набор вопросов, которые следует задать пациенту с подозрением на ФП: ритм сердца во время приступа ощущается регулярным или нет? Имеются какие-либо предрасполагающие факторы (нагрузка, эмоции, алкоголь)?

Симптомы во время приступа умеренные или выраженные?

Частота приступов, их продолжительность? Имеются ли другие заболевания? Употреблялся ли алкоголь? Уточнить семейный анамнез.

Две главные цели лечения ФП – контроль количества сокращений с помощью препаратов и предупреждение тромбоэмболических осложнений. Перед тем как назначать антикоагулянт, мы должны оценить больного с ФП по шкале CHADS₂. Если у пациента два балла и более, мы должны рассмотреть назначение препарата. Также разработана уточняющая шкала CHA₂DS₂-VASc. Два и более балла, набранные по ней, также служат основанием для назначения антикоагулянтов.

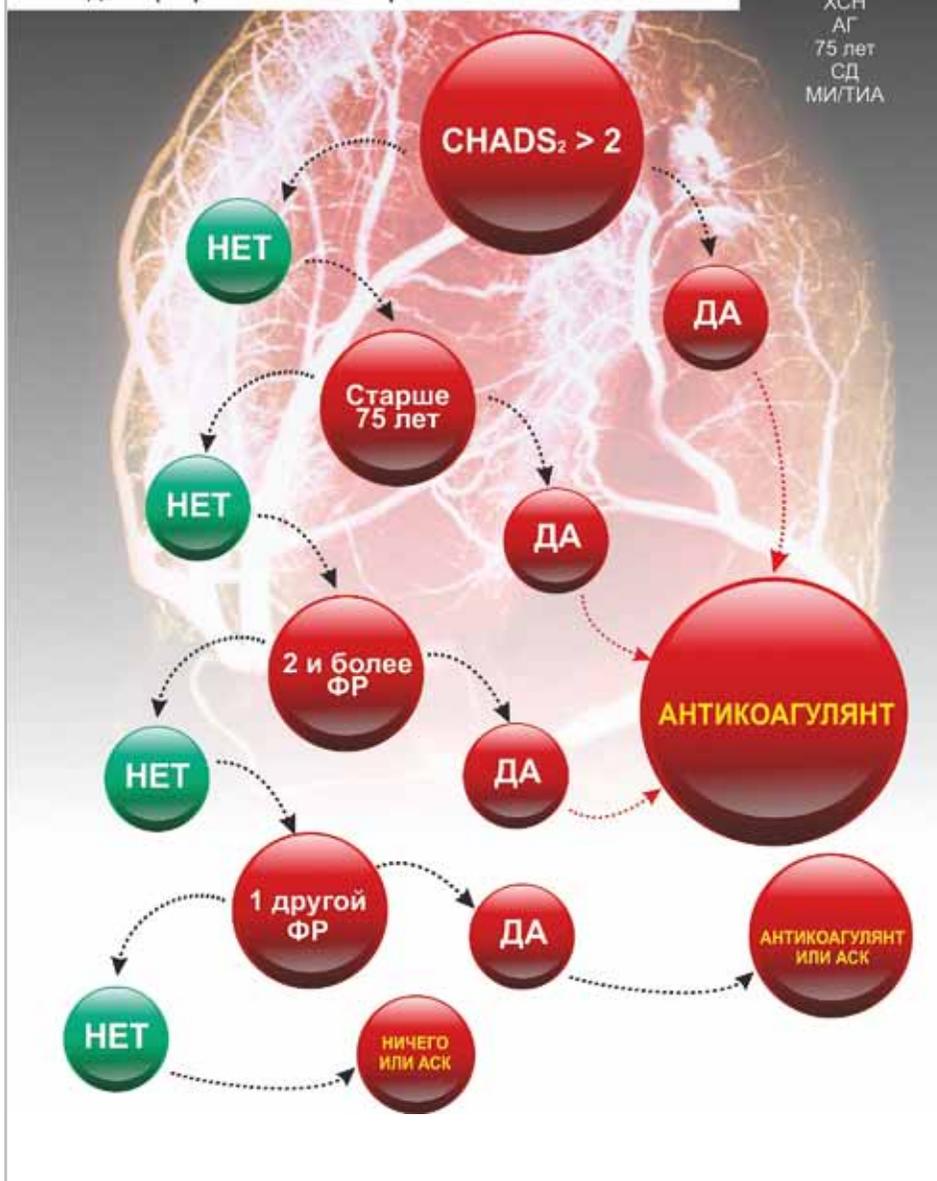
Основные позиции, как вести пациента с фибрилляцией предсердий:

1. Выяснение причин – порок, ИБС, гипертоническая болезнь и т. п.
2. Оценка риска по шкалам CHADS₂.
3. Контроль числа сердечных сокращений.
4. Профилактика осложнений и, в первую очередь, тромбоэмболических.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ



Применение пероральных антикоагулянтов для профилактики МИ при ФП



Новая эра в профилактике инсульта

В России одобрено новое показание препарата Прадакса® для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Вслед за США¹, Канадой², Японией³ и Европой⁴ в России были одобрены новые показания препарата Прадакса® (дабигатрана этексилат) – инновационного перорального прямого ингибитора тромбина для профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП)⁵. Эксперты отмечают, что данный препарат значительно снижает риск тяжелых осложнений у пациентов с мерцательной аритмией⁶.

Фибрилляция предсердий – наиболее частое нарушение сердечного ритма, которое встречается примерно у 1% жителей Земли и более чем 10% лиц старше 80 лет. У пациентов с ФП повышен риск тромбообразования, что, в свою очередь, в пять раз увеличивает вероятность развития инсульта. Ежегодно во всем мире до трех миллионов человек переносят инсульты, связанные с фибрилляцией предсердий. Инсульт на фоне ФП протекает более тяжело: с повышенным риском смерти (20%) и инвалидизацией (60%) больного, что влечет за собой социальные расходы и повышает затраты в сфере здравоохранения^{7,8}.

На протяжении длительного времени (начиная с 50-х годов XX века) основным средством профилактики инсультов у пациентов, страдающих фибрилляцией пред-

сердий, были антагонисты витамина К, в частности, варфарин. К сожалению, прием препаратов на основе варфарина предполагает постоянный лабораторный контроль и коррекцию дозы в случае выхода значений МНО (международного нормализованного отношения, показателя состояния системы свертываемости крови) за пределы диапазона 2,0 – 3,0. Согласно международным рекомендациям, пациенты, принимающие варфарин, должны сдавать анализы каждые 2 – 3 недели, что не может не создавать определенные сложности как для самих больных, так и для врачей. Кроме того, эффективность терапии варфарином сильно зависит от уровня витамина К в организме, т. е. от того, сколько миллиграммов данного витамина пациент получает с пищей. Изменения в рационе опять-таки требуют консультации с лечащим врачом и коррекции дозировки⁹.

Препарат Прадакса®, который производится фармацевтической компанией Берингер Ингельхайм, был ранее одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA)¹⁰, Европейским медицинским агентством (EMA)¹¹, а теперь и Министерством здравоохранения и социального развития РФ¹². Прадакса® достоверно снижает риск инсульта и системных

тромбоэмболий на 35% более эффективно, чем варфарин, который на протяжении длительного времени был стандартом лечения таких больных. Кроме того, применение дабигатрана этексилата уменьшает риск развития жизнеугрожающих и внутричерепных кровоизлияний.

Дабигатрана этексилат превосходит варфарин также по эффективности, при его применении нет необходимости в мониторинге лабораторных показателей и подборе необходимой дозировки, фармакокинетика не зависит от пищи. Не требуется и коррекции дозы при совместном назначении с большинством лекарственных препаратов, которые получают больные с ФП.

С 2009 года на территории Российской Федерации Прадакса® был рекомендован к применению только как средство профилактики тромбозов у пациентов, перенесших ортопедические операции¹³. С 7 декабря 2011 года врачи и пациенты с фибрилляцией предсердий получили возможность эффективной профилактики инсульта инновационным препаратом Прадакса® (дабигатран).

ОБ ИССЛЕДОВАНИИ RE-LY®

Исследование RE-LY® (Randomized Evaluation of Long term anticoagulant

1. №022512 от 19.10.2010 • 2. №135430 от 26.10.2010 • 3. Дата одобрения – 21.01.2011 • 4. №C (2011) 5694 1.8.2011 • 5. ЛП - 000872 от 18.10.2011 • 6. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-51 • 7. Stewart S, Murphy N, Walker A, et al. Cost of an Emerging Epidemic: an Economic Analysis of Atrial Fibrillation in the UK. Heart 2004; 90:286-92. • 8. Fuster V, Rydn LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation – executive summary. Circulation 2006; 114:700-52. • 9. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. Ann Intern Med 1999; 131:492-501. • 10. №022512 от 19.10.2010 • 11. №C (2011) 5694 1.8.2011 • 12. ЛП - 000872 от 18.10.2011 • 13. ЛП - 007065/09.

Мнение эксперта



Виталий СУЛИМОВ,
заведующий кафедрой факультетской
терапии №1 лечебного факультета
Первого МГМУ им. И. М. Сеченова,
профессор, д. м. н. :

«Мерцательная аритмия – большая социальная и медицинская проблема. Из года в год возрастает число людей, страдающих фибрилляцией предсердий из-за старения. По прогнозам, к середине этого века в России число пациентов с мерцательной аритмией может увеличиться до 7,5 – 8 миллионов. Фибрилляция предсердий наиболее опасна таким осложнением, как кардиоэмболический инсульт, отличающийся высокой тяжестью, очень высокой инвалидизацией и уровнем смертности. Каждый третий больной с кардиоэмболическим инсультом погибает в стационаре, а каждый второй из переживших этот эпизод становится тяжелым инвалидом».

Мнение эксперта



Елизавета ПАНЧЕНКО,
руководитель лаборатории
клинических проблем атеротромбоза
Института кардиологии имени
А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК МЗ РФ, д. м. н. :

«Варфарин – эффективное лекарство. Но оно требует пристального контроля со стороны врачей и существенных ограничений со стороны пациента. Поэтому мы ждали появления нового эффективного и вместе с тем более безопасного антикоагулянта. Дабигатрана этексилат в дозе 150 мг два раза в день оказался эффективнее, чем варфарин. И, что очень важно, в данной дозировке количество геморрагических инсультов, которые рассматриваются как осложнения антикоагулянтной терапии, в группе дабигатрана этексилата было ниже, чем в группе варфарина».

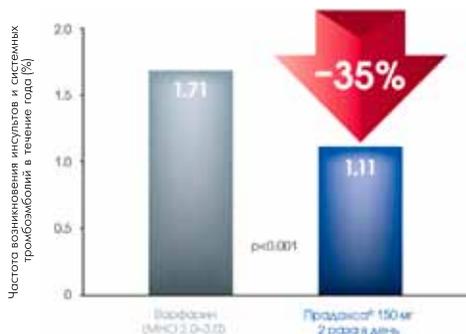
therapy) является крупным рандомизированным исследованием III фазы, в котором приняли участие 18 113 пациентов из 900 центров в 44 странах мира.

Цель исследования – выяснить, является ли дабигатрана этексилат (2 дозировки, назначенные слепым методом) столь же эффективным в профилактике инсульта, как и хорошо контролируемая терапия варфарином с поддержанием целевого уровня МНО 2,0 – 3,0. Длительность исследования составила два года, продолжительность последующего наблюдения – еще, как минимум, год.

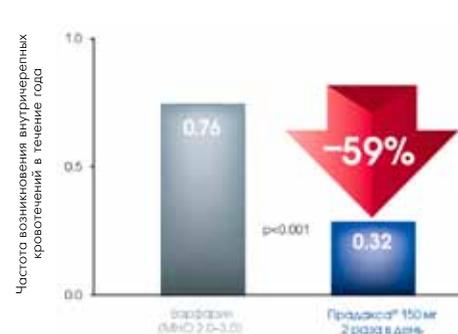
Первичной конечной точкой исследования служила частота инсультов (включая геморрагические) и системных эмболий. Вторичными конечными точками были общая смертность, инсульт (включая геморрагический), системная тромбоэмболия, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда и сердечно-сосудистая смертность (включая смерть от геморрагических осложнений).

По сравнению с тщательно контролируемой терапией варфарином в исследовании было показано, что дабигатрана этексилат¹⁴:

На 35% снижает риск развития инсульта или системных тромбоэмболий по сравнению с контролируемым приемом варфарина (МНО 2.0 – 3.0)^{14, 16}



На 59% снижает риск внутримозговых кровоизлияний по сравнению с контролируемым приемом варфарина (МНО 2.0 – 3.0)^{14, 16}



- В дозе 150 мг 2 раза в сутки значительно снижает риск развития системных эмболий и инсульта, в том числе геморрагического.
- В дозе 110 мг 2 раза в сутки снижает риск развития всех тяжелых кровотечений.
- В обеих дозировках статистически достоверно снижает риск развития внутримозговых и жизнеугрожающих кровотечений.
- В дозе 150 мг 2 раза в сутки значительно снижает смертность от «сосудистых» осложнений.

О ДАБИГАТРАНА ЭТЕКСИЛАТЕ

Дабигатрана этексилат – передовой представитель нового поколения пероральных антикоагулянтов/прямых ингибиторов тромбина (ПИТ), призванный заполнить пробелы в сфере профилактики и лечения острых и хронических заболеваний, в основе которых лежат тромбоземболии.

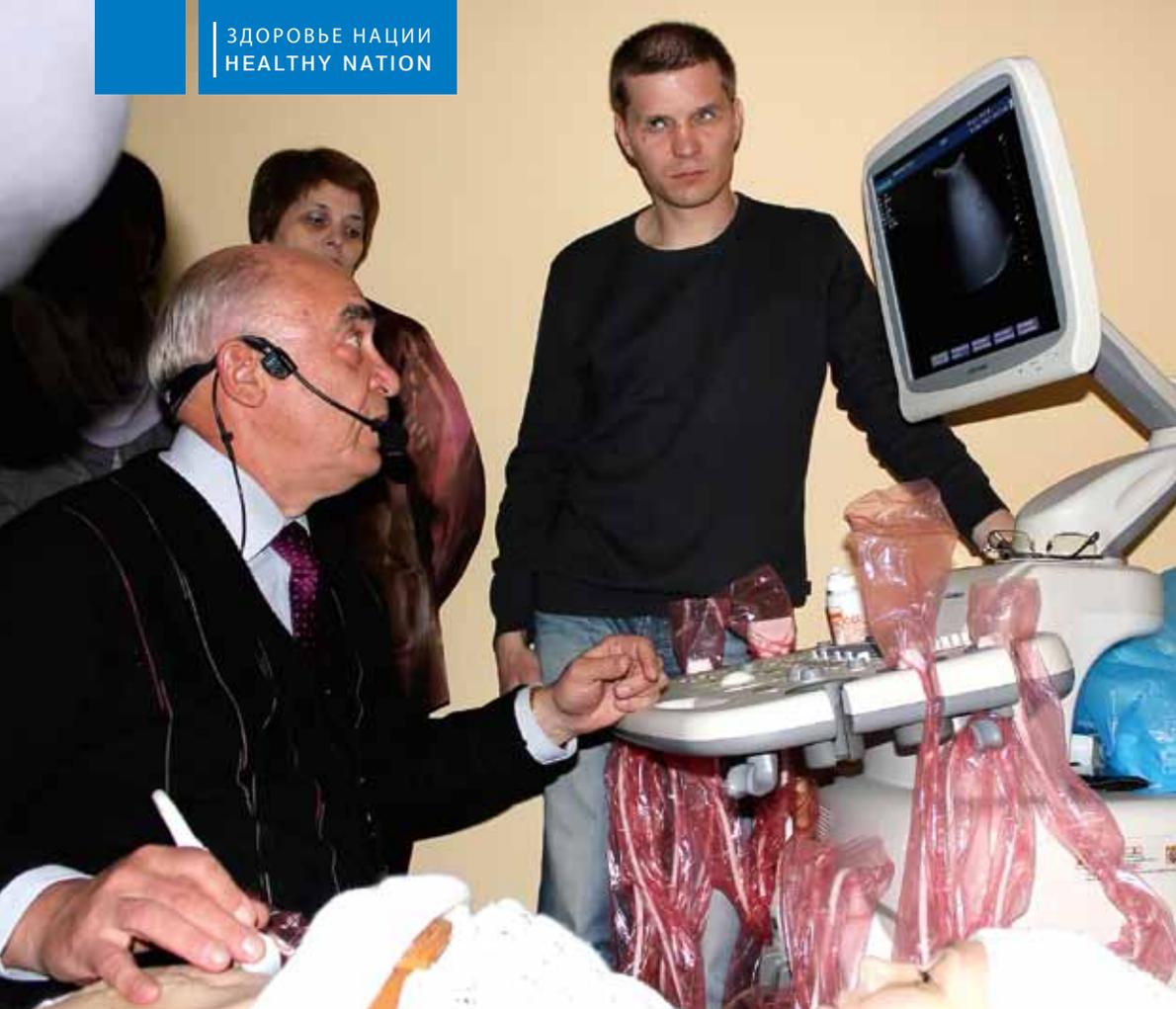
Мощный антитромботический эффект прямых ингибиторов тромбина достигается за счет их особого блокирующего действия на тромбин, причем не только на свободный, но и на связанный с тромбом. Тромбин является ключевым белком, участвующим в процессе свертывания крови. В отличие от антагонистов витамина К дабигатрана этексилат обеспечивает эффективный, прогнозируемый и стойкий антикоагулянтный эффект. Препарат не взаимодействует с пищевыми продуктами, практически не взаимодействует с лекарствами и не требует рутинного контроля параметров коагуляции и корректировок дозы.

Дабигатрана этексилат с 2008 года одобрен к применению и широко используется в более чем 75 странах под торговой маркой Прадакса® (Pradaxa®) для первичной профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у взрослых лиц, которые перенесли операцию по эндопротезированию коленного или тазобедренного сустава¹⁵. В РФ первое зарегистрированное показание препарата Прадакса®: профилактика венозных тромбоэмболий у больных, перенесших ортопедические операции¹⁷. *

14. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-51. • 15. Benyoucef S, Hughes M, Mehta N. Atrial Fibrillation. Decision Resources, December 2008. • 16. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010; 363:1875-1876 (letter to editor). • 17. См. инструкцию по медицинскому применению препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Di Nisio M, et al. Direct Thrombin Inhibitors. N Engl J Med 2005; 353:1028-40. The European Atrial Fibrillation Trial Study Group. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. Lancet 1993; 342:1255-1262.
2. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-51.
3. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. Ann Intern Med 1999; 131:492-501. (Полный список литературы – в электронной версии журнала на сайте Министерства здравоохранения РФ).



Под контролем УЗ-датчиков

«Модернизация ведущих клиник республики, оснащение их современными аппаратами УЗИ ставит новые задачи перед диагностами», - эти слова первого заместителя министра здравоохранения Республики Татарстан Аделя Вафина стали лейтмотивом состоявшейся недавно в Казани научно-практической конференции, посвященной ультразвуковой диагностике неотложных состояний.

В течение двух дней более 350 медицинских работников Татарстана обсуждали применение метода лучевой диагностики синдрома «острого живота» у детей, неотложных состояний в акушерстве, гинекологии, неврологии, острых сосудистых нарушений, травм.

В работе конференции, организаторами которой выступили Минздрав РТ, Казанская государственная медицинская академия, компания SonoScare, приняли участие и выступили с основными докладами ведущие российские специалисты в области УЗИ: заведующий кафедрой лучевой диагностики детского возраста Российской медицинской академии последипломного образования Михаил Пыков, профессор кафедры Анжелика Гуревич и доцент кафедры Янина Галкина. В рамках конференции прошел мастер-класс по освоению работы на ультразвуковом сканере SonoScare. Присутствующие смогли своими глазами увидеть последствия

перенесенных острых состояний, оценить функционирование органов и систем организма в реальном времени с учетом проводимой восстановительной работы.

Выступление главного специалиста Казани по УЗИ Искандера Шарафисламова было посвящено особенностям малоинвазивных вмешательств при неотложных состояниях под контролем аппаратов УЗИ. К таковым относятся пункции и дренирование напряженных кист паренхиматозных органов, поджелудочной железы, скопленной жидкости и абсцессов брюшной полости, дренирование абсцессов печени, холецистостомия, холангиостомия, нефростомия.

Подобные процедуры проводятся с использованием пункционных ультразвуковых датчиков, специальных насадок на обычные датчики либо с применением метода Free hand. Преимуществами последнего являются отсутствие необходимости в специальной стерилизации ультразву-

кового преобразователя, возможность использования инструментов любого диаметра, хорошая визуализация всей иглы.

Дренирование осуществляется по методике Seldinger S.I. стилетным и троакарным способами. Троакарный наиболее приоритетный, поскольку дает возможность прямолинейного прохождения инструмента через плотную ткань (в том числе опухолевую). Ход инструмента можно изменять для обхода крупных сосудистых структур; есть возможность свободного проведения катетера через тубус троакара, минуя сопротивление тканей брюшной стенки и органов; троакар дает хорошую ультразвуковую визуализацию на экране.

Абсолютным противопоказанием к проведению малоинвазивных вмешательств является некорректируемое нарушение свертывающей системы крови. Основными же условиями успешного проведения вмешательства являются правильный выбор инструмента, ультразвукового сканера, определение операционного доступа, профессионализм операционной бригады, адекватная примедикация и обезболивание.

Как отметил в своем выступлении проректор КГМА по научной работе Михаил Нюхин, УЗИ является одним из наиболее современных информативных методов диагностики. Но главным фактором, влияющим на развитие УЗИ в республике, остается все-таки высокий профессиональный уровень врача.

SonoScape

качество, которому доверяют

В 2011 году аппаратами SonoScape оснащались медицинские учреждения по программам, направленным на совершенствование организации медицинской помощи больным:

- с сосудистыми заболеваниями
- онкологическими заболеваниями
- пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях.



- ▶ **CW**
- ▶ **TDI**
- ▶ **DPI**
- ▶ **HD probes**
- ▶ **MICROSCAN**
- ▶ **4D**
- ▶ **IMT**
- ▶ **PISA**
- ▶ **STRESS**
- ▶ **MPTEE**
- ▶ **High Q**



Любая ультразвуковая система SonoScape содержит все необходимые режимы и расчеты, выполненные на высочайшем уровне. Именно это позволяет оперативно решать поставленные задачи и открывать новые возможности ультразвуковой диагностики.



SonoScape - официальный дистрибьютор SonoScape Co. Ltd. на территории России и стран СНГ

www.sonoscape.ru

Офис в г. Москве: ул. Малая Пироговская, д. 13, стр. 1, тел./факс: (495) 926-55-35 moscow@sonoscape.ru
Офис в г. Самаре: ул. Московское шоссе, д. 41, оф. 404, тел./факс: (846) 273-97-07 info@sonoscape.ru

Арсений ПИЧУГИН,
врач-нейрохирург
отделения нейрохирургии ГАУЗ «МКДЦ»

Уганда: НОВЫЙ ОПЫТ для наших медиков

Работа врача не зависит от политического режима или экономической ситуации, и в этом смысле профессия уникальна. Медик может работать где угодно, особенно теперь, когда границы между странами и народами стираются.

В этих условиях медицина выходит на новый уровень.

И все больше представителей мировых медицинских школ задумываются о том, как помочь людям, особенно живущим в странах с отсталой экономикой.



В 2009 году в Казанском государственном медицинском университете в сотрудничестве с Йельским университетом была разработана программа шестинедельной клинической практики для студентов старших курсов, интернов и ординаторов в госпитале Мулаго, являющемся основной учебной базой медицинского университета Макерере в столице Уганды - городе Кампала. В Мулаго также постоянно проходят практику и обучение студенты и ординаторы из разных стран мира, врачи приезжают исследовать инфекционные болезни, которые встречаются в этой африканской стране во всем разнообразии.

Госпиталь Мулаго был построен англичанами в честь освобождения Уганды от колониального режима в 1962 году и является самой крупной больницей в этой стране. Располагается он в центральной части города Кампалы, который стоит на девятнадцати основных холмах.

«Мулаго - самый «бешеный» госпиталь в мире», - сказала женщина, разговаривша-

В отделении неврологии лежал мужчина 33 лет с параличом верхних и нижних конечностей. Он страдал от пролежней и осложнений после СПИДа. Его жена не могла ухаживать за ним, потому что дома ее ждали трое маленьких детей. Других родственников нет. Врачи предполагают опухоль шейного отдела спинного мозга, но для того чтобы подтвердить диагноз и узнать, можно ли ее убрать хирургическим путем, нужна компьютерная томография, в этой стране она стоит около 100 долларов. А таких денег нет ни у одной бедной семьи. Значит, исход уже предрешен.

«Удивительно, как по-разному оценивается жизнь человека в нашем мире. Моя страна тратит около миллиона долларов, чтобы перевезти в медицинский центр на специальном самолете каждого американского солдата, получившего ранение в Ираке, и вылечить его там, - расстроено говорил американский невролог доктор Чин, осматривая этого пациента. - А в Уганде больной не может сделать себе

лучение бывшей колонией независимости от Великобритании в 1962 году. Девятью годами позже, когда генерал Иди Амин захватил власть, он был встречен народным ликованием как избавитель от диктаторского режима президента Милтона Оботе. Но уже через год Амин приказал убираться из страны всем азиатам. Люди эти, главным образом индийцы, три поколения назад были привезены в Уганду колониальными властями для строительства железной дороги, а после Второй мировой войны и в годы независимости доминировали в торговле и промышленности. И именно они составляли солидную часть учебного и медицинского персонала университета Макерере. Более того, во время охоты неутомимого Амина на своих врагов несколько докторов медицинской школы были убиты, а одного из них арестовали прямо в операционной. К 1979 году, когда соседняя Танзания в ответ на агрессию со стороны Уганды вторглась в страну, а генерал Амин был вынужден



яся с нами в автобусе, проезжавшем мимо корпусов крупнейшей больницы страны. Несмотря на ночь, в больнице горели все окна, и это означало, что внутри никто не спит - ни доктора, осматривающие все вновь и вновь поступающих больных, ни медсестры, ухаживающие за пациентами, ни сами больные, страдающие от недугов.

В Мулаго, центральный госпиталь Кампалы и всей Уганды, поступают больные только с самыми тяжелыми, запущенными болезнями. И основная причина этого - чрезвычайная терпеливость народа этой страны. Со слов многих угандийцев, они обращаются к врачу только лишь в случае неспособности работать и завести детей либо из-за боли, которую уже терпеть невозможно. Это не ипохондрики-европейцы, бегущие к врачу по малейшему поводу. Другая причина - сложность поступления в стационар - характерна для большинства стран Африки. Поэтому жители Уганды и терпят, подолгу не обращаются к врачу. Только, к сожалению, за это время болезнь становится настолько запущенной, что часто не поддается уже никакому лечению.

томографию мозга за сто долларов». И таких больных, которые не могут позволить себе нужное обследование и лечение, в Мулаго больше половины. Те, кому не по карману собственное здоровье, получают только бесплатные анализы и лекарства, которые есть в больнице.

Вообще, любые обсуждения проблем здравоохранения в Уганде начинаются и заканчиваются вопросами финансирования. Уганда - бедная страна, средний годовой доход населения составляет всего 280 долларов. Такие условия не могут оказывать влияния на уровень жизни народа: по статистике продолжительность жизни в Уганде - 52 года, а детская смертность просто чрезвычайная - 67 младенцев из 1000 умирают. Про риск заразиться бактериальной диареей, гепатитом А, малярией и африканской сонной болезнью здесь не устают напоминать и населению, и заезжим туристам - он очень высок.

Свой отпечаток на состоянии здравоохранения и страну в целом, безусловно, оказали беспорядки и постоянные смены режима, которыми ознаменовалось по-

бежать в Саудовскую Аравию, в госпитале Мулаго не было ни работающих рентген-аппаратов, ни проточной воды, ни холодильников в морге, ни канализационной системы. В такой ситуации Генеральное Медицинское Консульство Великобритании перестало признавать медицинские дипломы университета Макерере. Это стало сокрушительным ударом по репутации университета, который всегда был известен как Гарвард Восточной Африки.

Шанс восстановить утраченный престиж у медицинского факультета появился только в начале 80-х годов, и связано это было с небольшой рыбацкой деревней на озере Виктория в 95 километрах от Кампалы - Касенсеро. Это место, откуда предположительно стала распространяться ВИЧ-инфекция. Удивительно, что в потрясающе красивом месте на берегу озера Виктория с очень красивой природой может быть столько проблем. Когда там находишься, чувствуешь отчаяние и безысходность. В этой маленькой деревушке сошлись чуть ли не все несчастья Земли - нищета, массовые переселения, война, проституция, в том числе детская,

и, конечно же, ВИЧ-инфекция. По официальной статистике в этой деревне более 75% ВИЧ-инфицированных, однако на деле больны практически все. Стариков там практически нет, потому что люди не доживают до старости, основное население – дети и молодежь.

Нас встретила толпа радостных детишек, кричащих нам «музунгу» (что означает «белый человек» на языке луганда). Больше половины из них – сироты, большинство ВИЧ-инфицированные, а девочкам приходится с 4-летнего возраста заниматься проституцией, чтобы выжить и прокормить своих братьев и сестер, которые остались сиротами. Все это очень сложно укладывается в голове. Этим людям искренне жалко, и не только потому, что у них много проблем, а еще и потому, что этот народ очень добрый и, несмотря на все тяготы жизни, удивительно гостеприимный. Еще и поэтому очень хочется им помочь. Благодаря нескольким энтузиастам из США в Касенсеро

и сотрудников больницы, включая доктора Мэтью Луквию. Ему и супругам Корти воздвигнут мемориал перед зданием больницы. Сегодня в клинике работает огромное число специалистов, включая и весьма известных врачей из разных стран мира.

Быть врачом в Уганде сложно, еще сложнее не впасть в отчаяние от того, что не можешь помочь тем, кого уже невозможно спасти. И не потому, что не знаешь, как, а оттого, что нет достаточных средств на обследование и лечение больных. В таких условиях врачам приходится быть настоящими виртуозами и работать, полагаясь лишь на себя, вылечить больного даже в условиях отсутствия тех средств, которыми пользуются врачи во всем развитом мире.

Врачи в Мулаго произвели на нас большое впечатление. Это действительно великолепные специалисты, которые отлично разбираются в своей области и в курсе всего нового, что происходит

малознакомый всем остальным. Однако финал чемпионата был омрачен терактом. Террористы «Аль-Каиды» взорвали футбольных болельщиков в одном из спортивных баров во время финальной игры Испания – Голландия. Жертвами двух взрывов, прогремевших в столице Уганды городе Кампала, стали более 80 человек. Мы были неподалеку, но, к счастью, в безопасности. До этого никогда не находились так близко от такого рода событий. На следующее утро мы активно помогли врачам в Мулаго с оказанием медицинской помощи пострадавшим.

Работа в Уганде оказала на нас огромное влияние. Это не только была очень хорошая медицинская практика, но и возможность увидеть другой мир с множеством проблем, и то, как люди с ними справляются. Ведь, говоря откровенно, до этой поездки у нас было лишь поверхностное представление о том, что происходит в странах третьего мира в реальности. Кроме того, именно там, как нигде, понимаешь, что значит быть врачом. Американцы не зря отправляют своих студентов и ординаторов в Африку, потому что именно здесь они становятся более гуманными и впоследствии более внимательными к своим пациентам и общечеловеческим проблемам в целом.

Наблюдая за системой оказания медицинской помощи в Уганде, мы ловили себя на мысли, что в российском здравоохранении проблемы очень похожи. Многие спросят, зачем нужно ехать в Уганду, если в некоторых регионах нашей страны ситуация ненамного лучше, зачем помогать другому народу, когда у своего не меньше проблем. Ответы на эти вопросы мы нашли в общении с врачами, студентам и ординаторами, которые приезжают в Африку из разных стран мира. Люди, которые едут сюда, особенные – они образованные, умные и имеющие ясное понимание того, куда и зачем они едут. Их цель – не туризм, а желание помочь и улучшить жизнь тех, у кого много проблем.

КГМУ является частью мировой системы подготовки медицинских кадров. В нашем университете учится множество иностранных студентов. Таким образом, он по праву может называться международным. Однако чтобы быть таковым, нужны программы, подобные этой. Путь, по которому мы можем интегрироваться в такое новое направление, как глобальная медицина, повисит престиж не только КГМУ, но и республики, страны. Практика в Уганде была новым опытом для всей медицинской общности. Мы будем развивать эту программу, а вместе с ней медицинское образование и здравоохранение Татарстана.



уже строится новая школа, планируется небольшая больница.

Нужно отметить, что ситуация с ВИЧ тяжелая по всей Уганде. В Кампале располагается отдельная поликлиника для таких инфицированных, лекарства и анализы в ней бесплатные, все финансируется правительством через специальные программы. Также плохо дела обстоят на севере страны, в районе Гулу, где мы провели неделю в клинике Св. Марии, известной своей историей. Небольшая больница, изначально основанная католической церковью, стала одной из крупнейших в регионе благодаря семейной паре из Италии, решившей посвятить свою жизнь работе в отсталых странах, – терапевту Пьеру Корти и его жене хирургу Люсиль Корти. Они организовали в этом регионе один из лучших медицинских центров в стране, а также активно вели борьбу с ВИЧ-инфекцией, от которой Люсиль и умерла, заразившись от больного во время операции.

В 2000 году клиника боролась с четвертой вспышкой эпидемии лихорадки Эбола, в ходе которой погибли 13 врачей

в медицинском мире. Многие из них, благодаря таким программам, как сотрудничество с Йельским университетом, проходили стажировки в крупнейших госпиталях и медицинских школах мира. Больше всего нас поразило то, что, несмотря на очень тяжелые условия работы – громадное число больных, нехватка оборудования, медикаментов, а главное, очень низкая зарплата, – в Уганде есть врачи, которые не остаются в благополучной и высокооплачиваемой Америке, а возвращаются на родину и помогают собственному народу. Также поразило, сколько работы в госпитале доверяют интернам и ординаторам. Можно сказать, что они ведут пациентов гораздо больше, чем врачи. Это удивительно, как они справляются с таким потоком больных в одиночку.

Ярким событием для Уганды, как и для всей Африки, был чемпионат мира по футболу. Впервые в истории футбола он проходил на Африканском континенте. Все африканцы были в эйфории от этого события. Они считают, что чемпионат мира послужил окном в их мир, пока еще

Хирург, ПОЭТ и депутат

Михаил Рокицкий – личность неординарная, известная в Татарстане и в России. Его хорошо знают и как талантливого детского хирурга, педагога, 33 года возглавлявшего профильную кафедру КГМУ, подготовившего себе достойную смену, и как депутата Госдумы РФ, внесшего немало полезных инициатив в улучшение работы системы здравоохранения, отстаивавшего в парламенте России права самых маленьких граждан страны, интересы Татарстана.

Из-под его пера вышел ряд научных медицинских трудов. Но, кроме этого, он известен еще и своими искрометными сатирическими стихами, порою хулиганскими, но всегда отражающими истинную подоплеку тех или иных событий, явлений.



«В медицину меня привела семейная традиция, – рассказывает Михаил Рафаилович, – медиками были дедушка и бабушка, мать, отец и отчим, который воспитывал меня с двухлетнего возраста. Кроме того, я считал, что если предмет называется тригонометрией, то больше тройки по нему мне иметь сам Бог не велел! А если серьезно, неприятие точных наук чуть не привело меня в журналистику. Я посоветовался с отчимом, и он просветил меня, что, будучи журналистом, придется писать не то, что хочется, а то, что нужно. А в медицине все четко, ясно, врач при любом режиме – врач».

Михаил Рокицкий поступил в медицинский институт в Куйбышеве, где семья жила после эвакуации из Ленинграда. Как и многих молодых людей, его привлекла хирургия, с третьего курса стал ходить на дежурства, причем не в базовую больницу института, а в обычную городскую. Там работали опытные хирурги, которые сначала доверяли молодому студенту-медику работу санитаря – раздеть больного, вымыть, затем научили простейшим оперативным манипуляциям, и дальше – больше. К концу учебы Михаилом Рокицким самостоятельно уже было сделано 76 операций.

«Помню случай, ехал как-то на дежурство, – делится воспоминаниями Михаил Рафаилович. – На моих глазах мужчина попал под колеса трамвая, и ему отрезало ногу. Я был одет в светлый, только что купленный габардиновый плащ. Не задумываясь, снял с плаща пояс и перетянул пострадавшему ногу, как жгутом, остановив кровотечение. Отправили мужчину на первой попутке в больницу. Я был страшен – весь в крови».

Самое главное, что вынес для себя молодой хирург Михаил Рокицкий из практики тех лет, – необходимо преодолевать желание проводить операцию во что бы то ни стало. Как говорил французский хирург Тьерри де Мартель: «Хирург оценивается не только по тем операциям, которые он сделал, но и по тем, от которых он сумел воздержаться».

«Начинающему хирургу необходимо постоянно разрабатывать пальцы, – говорит Михаил Рафаилович. – Я до сих пор, когда чищу апельсин, это делаю машинально, будто отделяю легкое от спаек. Но нужно понимать, что первичная диагностика – это также важнейший элемент хирургии».

В студенческие годы находилось время и для творческой реализации, еще со школьных лет Михаил Рокицкий тяготел к сочинительству. Вместе с напарником вели конферанс. Особым успехом пользовались куплеты и проза на злобу дня. Вот отрывки из одной новогодней репризы, где они предстали в образе старика Хоттабыча и студента:

- О, Миша ибн Рокицкий! О, завхоз моей души!
- Послушай, Хоттабыч, откуда ты взял это прекрасное слово «завхоз»?
- О, я был в прекрасном здании, именуемом общежитием. И там я увидел удивительные краны...
- Ты что, не видел раньше водопроводных кранов?
- Нет, я видел их еще в Древнем Риме. Но там из кранов текла вода. А здесь не текла, и студенты произносили это слово «завхоз» и добавляли...
- Не надо говорить, что они добавляли!

И мы надеемся, что в этот новый год На каждом этаже – весело, грубо, зримо – В быт общежития войдет водопровод, Сработанный еще рабами Рима!

Окончив с отличием институт, Рокицкий по распределению был направлен в поселок Муханово. Главный врач местной больницы, он же единственный хирург, посмотрел на то, как работает молодой врач, и... уехал на два месяца в отпуск. «На 12-й день работы мне самостоятельно пришлось ушивать рану сердца, – рассказывает Михаил Рафаилович. – Это сегодня выпускники КГМУ наверняка знают, как открыть грудь, а в то время в Куйбышеве торакальной хирургии вообще не было. Бог милował этого больного и меня. После трех лет работы там я понял, что что-то умею и имею право на собственное мнение как специалист».

В дальнейшем было становление Рокицкого как торакального хирурга и специалиста в области хирургии сердца под руководством профессора Сергея Леонидовича Либова в Минске. В 1967 году Михаил Рокицкий принял кафедру детской хирургии в Казани. 60 – 70-е годы прошлого века стали временем бурного развития этой специальности, которая благодаря усилиям академика Юрия Федоровича Исакова была внесена в соответствующий реестр как отдельная дисциплина. Тогда же начали проводиться ежегодные всесоюзные, а затем и всероссийские научно-практические конференции, посвященные детской хирургии. Они стали местом встречи будущих ассистентов и преподавателей, начинающих студентов и опытных хирургов. Здесь обсуждались и систематизировались новые данные, достижения.



«Говорить, что детская хирургия в Казани началась с моим приходом, было бы неправильно, – говорит Михаил Рокицкий. – Я могу перечислить многих, кто работал до меня и вместе со мной, – Иван Федорович Харитонов, Петр Николаевич Булатов, Нариман Абдурахманович Мифтахов и другие. Мне просто повезло работать в период активного развития и становления детской хирургии как самостоятельной дисциплины».

В Казани Михаил Рафаилович примкнул к творческой группе «Представители медицинской общественности», в которую входили главные специалисты, доценты, врачи высшей категории – люди веселые и очень талантливые. Наглядный образчик их творчества той поры – шуточное приветствие профессора Куца (г. Донецк), автора книг по лечению запоров у детей:

Есть профессор у вас, его любят шахтеры,
Он избавил Донбасс от дитячих запоров!
И теперь в детсадах без сомненья на лицах
Будут детки всегда на горшочки садиться...

В 1989 году Михаил Рафаилович был избран делегатом съезда народных депутатов РФ. Работа народным избранником проходила без отрыва от производства, просто время от времени приходилось отлучаться в Москву на заседания. В 1993 году Борис Ельцин распустил съезд, и Рокицкий решил остаться в Казани, пока не утихнут политические страсти, а они были нешуточными.

«В 1999 году состоялся мой разговор с первым Президентом Татарстана Минтимером Шариповичем Шаймиевым, он предложил мне оставить хирургию и идти в Думу, – рассказывает Михаил Рокицкий. – Круто изменить свою жизнь было нелег-

ко, но я решил попробовать, поскольку считал, что в хирургии себя исчерпал, а топтаться на одном месте было уже неинтересно. Да и смену себе к этому времени я уже успел воспитать. Как оказалось потом, путь был выбран правильный – будучи в Госдуме, я принес больше пользы для здравоохранения Татарстана, чем, если бы остался заведовать кафедрой. Хотя в первое время в операционную тянуло со страшной силой – она мне даже снилась».

Став депутатом, Рокицкий использовал все возможности для лоббирования интересов детского здравоохранения и защиты детства в целом. Думой того созыва была подготовлена почва для принятия одного из важнейших законов, защищающих права самых маленьких граждан России, – о жестоком обращении с детьми. С огромными усилиями вносились законодательные инициативы, ужесточающие наказание за педофилию.

Вместе с другими депутатами – представителями Татарстана – Михаил Рокицкий отстаивал бюджет республики. Настолько успешно, что остальным регионам оставалось только мечтать о таких финансовых вливаниях! Отдельным поводом для политической борьбы стала инициатива тогдашнего министра здравоохранения РФ Михаила Зурабова о повсеместном внедрении системы врачей общей практики (ВОП), в том числе вместо педиатрической службы. Михаил Рокицкий откликнулся на эту идею басней «Бедный Грач»:

В лесном Минздраве кто-то сдурю
Закрыв вдруг субординатуру!
И выпускник, обычный Грач,
Не птичий стал, а общий врач!
Эй, Грач! Еж проглотил иголку,
А у лисы перитонит!

Уже который год у волка
Хронический перихвостит!

....

А у орла случился тризм,
А у ежонка – криптохризм!
Давай, лечи – ты общий врач!
Грач знал про все, но понемножку,
И выбрал горькую дорожку –
Повесился наш бедный Грач!

Грача, конечно, очень жаль,
Какая ж следует мораль?!
Чтобы в лесу все было чисто,
Зверей умело чтоб лечить,
Нужны Грачи – специалисты,
А не всеобщие Грачи!

...

Государственная Дума – это не только площадка для дискуссий, но и место, где собираются весьма колоритные и харизматичные личности. И, конечно же, Михаил Рафаилович просто не мог не отозваться стихами на столь богатый «поэтический материал»:

Стоит в столице дом огромный,
Златых цепей на доме нет.
Там заседает неумный
Парламентской России цвет.

...

Пойдешь направо – Хакамада;
Налево – дядя Зю сидит.
И каждый, надо иль не надо,
Свои, знай, сказки говорит!
Там Жириновский мимоходом
«Подонки» – обзывает всех!
Шандыбин там перед народом
Речами вызывает смех!
Там Слиска, пылкая мадам,
Порою Думой заправляет
И одновременно решает –
Тому, мол, дам; тому не дам!
Вы не подумайте плохого –
Дает она лишь только слово!
Там, думским званьем облечен,
Клянусь, де-факто и де-юре,
Сидит и не поет Кобзон,
Все в той же черной шевелюре!

...

От голода никто не чахнет,
Там есть столовая, буфет...
Чего в том доме только нет –
Там думский дух, там Думой пахнет!

«Сказать, что я пишу стихи, – это слишком громко, – говорит Михаил Рокицкий, – это, в основном, все-таки небольшие стишки, эпиграммы, многие из которых и публиковать-то нельзя. Пишу посвящения, могу пошутить на чьем-нибудь вечере, празднике. Последний раз читал стихи на своих юбилеях, посвященных 70- и 75-летию. Вообще, мне всегда как-то легко писалось, и, слава Богу, что эта особенность у меня сохранилась и по сей день».

(Использованы стихи, опубликованные в книге «А был ли я во власти?...» / М.Р. Рокицкий, Т.Т. Сидельникова, И.В. Федоров)

Журнал издается при поддержке
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

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

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

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

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

Коммерческий отдел
reclama@healthnation.ru

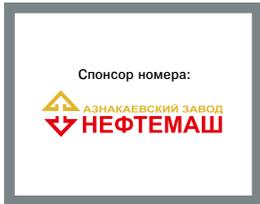
Использованы фото: с порталов
www.prav.tatar.ru, www.minzdrav.tatar.ru,
Ростислава Туишева, Наиля Лемешева,
Игоря Тутаева.

Учредитель и издатель - рекламное
агентство «Красная строка»



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

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



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

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

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа И-1467.
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 05.05.2012.
Отпечатано в типографии
ООО «КПК-Принт», г. Казань, пр. Ямашева,
д. 36, корпус 2.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

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

ОАО «Азнакаевский завод Нефтемаш»
423330, РТ, г. Азнакаево,
ул. Гагарина, д. 6.
Тел./факс: (85592) 9-52-04,
9-44-97, 9-45-93.
e-mail: azn500@mail.ru
www.aznk.ru

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

ООО «ИМКОСЕРВИС»
123458, г. Москва,
Строгино, проезд 607, д. 30,
бизнес-центр «Зенит-Интер», оф. 305.
Тел.: (495) 228-05-86.
Факс: (495) 228-05-87.
e-mail: i.ivanov@imko.ru,
a.denisov@imko.ru
www.imko.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, кор. 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, ул. Ямашева, д. 36.
Тел.: (843) 277-13-23, +7 917 259 10 63.
e-mail: kulikt@rambler.ru

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

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

ООО «Прайд Лайн»
121357, г. Москва, ул. Верейская, д. 17.
Тел./факс: (495) 744-07-30.
e-mail: info@pride-line.ru
www.pride-line.ru

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

ООО «СОНОСКЕЙП-Самара»
Юр. адрес: 443082, г. Самара,
ул. Дачная, д. 20, оф. 12.
Факт. адрес: 443080, РФ,
г. Самара, Московское шоссе, д. 41.
Тел.: (846) 273-97-07, 273-97-17.
Факс: (846) 273-97-07, 273-97-17.
e-mail: info@sonoscape.ru
www.sonoscape.ru

**ФГБУ «Федеральный центр травматологии,
ортопедии и эндопротезирования
Минздравсоцразвития РФ» г. Чебоксары**
428020, Чувашская Республика,
г. Чебоксары, ул. Федора Гладкова, д. 33.
Тел.: (8352) 30-56-00 - приемная,
30-58-65, 30-58-64, 62-26-54 - справочная.
Факс: (8352) 62-10-16.
e-mail: fc@orthoscheb.com
www.orthoscheb.com

**ПЕРВЫЙ НЕОРДИНАРНЫЙ,
НОВАТОРСКИЙ И ИНТУИТИВНЫЙ АППАРАТ
ДЛЯ ОТМЫВАНИЯ КЛЕТКИ КРОВИ**

 **SORIN | XTRA®**



Sorin XTRA - 6-е поколение аутотрансфузионных систем.

Sorin XTRA объединяет в себя все лучшее, что есть в аппаратах **Brat 2** и **Electa**, представляя дальнейшую инновационную разработку аутотрансфузионных технологий.

Sorin XTRA - компактная, эргономичная и с привлекательным дизайном.

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

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

По любым вопросам обращаться в отдел аутотрансфузии.



ООО «ИМКОСЕРВИС»
123458, г. Москва, Строгино, проезд 607, д. 30.
Бизнес-центр «Зенит-Интер», оф. 305.
Тел.: +7 (495) 228-05-86.
Факс: +7 (495) 228-05-87.
E-mail: i.ivanov@imko.ru
a.denisov@imko.ru

ИННОВАЦИЯ

ПРОФИЛАКТИКА **ИНСУЛЬТА** И СИСТЕМНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ



ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Прадакса® 150 мг
два раза в день

Единственный зарегистрированный
пероральный антикоагулянт,
доказавший преимущество
над варфарином
в профилактике инсульта*



Boehringer
Ingelheim

000 «Берингер Ингельхайм»
125171, РФ, Москва, Ленинградское шоссе, д. 16 А, стр. 3
Тел. +7 (495) 544 5044

150 мг 2 раза в день
Прадакса®
дабигатрана этексилат

Высокоэффективная профилактика инсульта

* Stuart J, Connolly M.D, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N. Engl. J. Med. sept. 17, 2009, vol. 361 N12, p. 1139-51