

здоровье нации Healthy Nation

ПРОФИЛАКТИКА

Прогулка с министром в пик артериальной гипертензии

10

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Александр Чучалин — о проблемах лёгочного здоровья

12

СПОРТ

Секреты здоровья от участников чемпионата «Мастерс»

42

ОНКОЛОГИЯ

Открылся новый лечебно-диагностический корпус РКД МЗ РТ

44

ПАМЯТЬ

«Человек-мотор» республиканского здравоохранения

65



ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

ВКЛАД МЕДИКОВ В
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ПРАЗДНИК
СПОРТА

СТР. 30

В ногу со временем [8] • Движение — жизнь [10] • Александр Чучалин: «Проблемы лёгочного здоровья актуальны для российского здравоохранения» [12] • «Мы должны вернуть контроль за инфекцией» [14] • Пульмонология Татарстана: взгляд главного специалиста [16] • Эндовидеотехнологии в лечении заболеваний органов грудной клетки [19] • Бронхиальная астма: когда «всё под контролем» [22] • Болезни органов дыхания: чем и как лечить? [24] • Организация медицинской помощи детям, больным муковисцидозом, в Республике Татарстан [26] • Влияние вредных факторов производства на органы дыхания [28] • Ни один гость не остался без внимания медиков [31] • Медицина большого спорта [32] • Главный госпиталь чемпионата [35] • Здоровье молодёжи — будущее страны [38] • «Спасибо, доктор!» [40] • Ветераны спорта [42] • Мечты сбываются [44] • «Чистые помещения» — чистая репутация [46] • Сугрлат: современно, эстетично, долговечно [48] • Перспективы психиатрии [50] • Решения, опережающие время [52] • Переход в новое качество [56] • Как определить биологический возраст сосудов? [58] • GPS для хирургии [60] • Сервисное обслуживание — всегда на высоте [62] • Энергия созидания [65]

20-я международная специализированная выставка



Примите участие в международной выставке

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ. Казань, 2015

14-16
октября



В программе выставки:

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



www.volgazdravexpo.ru

Реклама

Тел./факс: (843) 570-51-16, 570-51-11

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

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

12+

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7–11 декабря 2015



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

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



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

9-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»



123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
экспоцентр.рф

Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения в РФ

12+
реклама

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

8	В ногу со временем
10	Движение — жизнь
12	Александр Чучалин: «Проблемы лёгочного здоровья актуальны для российского здравоохранения»
14	«Мы должны вернуть контроль за инфекцией»
16	Пульмонология Татарстана: взгляд главного специалиста
19	Эндовидеотехнологии в лечении заболеваний органов грудной клетки
22	Бронхиальная астма: когда «всё под контролем»
24	Болезни органов дыхания: чем и как лечить?
26	Организация медицинской помощи детям, больным муковисцидозом, в Республике Татарстан
28	Влияние вредных факторов производства на органы дыхания
31	Ни один гость не остался без внимания медиков
32	Медицина большого спорта
35	Главный госпиталь чемпионата
38	Здоровье молодёжи — будущее страны
40	«Спасибо, доктор!»
42	Ветераны спорта
44	Мечты сбываются
46	«Чистые помещения» — чистая репутация
48	Сгруппат: современно, эстетично, долговечно
50	Перспективы психиатрии
52	Решения, опережающие время
56	Переход в новое качество
58	Как определить биологический возраст сосудов?
60	GPS для хирургии
62	Сервисное обслуживание — всегда на высоте
65	Энергия созидания





Республика Башкортостан

Совершенствование психотерапевтической службы

1 октября в Республиканском клиническом психотерапевтическом центре (РКПЦ) открылась традиционная научно-практическая конференция, посвящённая актуальным вопросам пограничных нервно-психических расстройств. В республике продолжается работа по созданию трёхуровневой системы оказания специализированной психотерапевтической помощи населению. Первый уровень – это кабинеты в центральных районных и городских больницах. Центры второго уровня имеются в Стерлитамаке и Белорецке, в ближайшее время они будут открыты ещё в ряде городов. Третий уровень представлен Республиканским психотерапевтическим центром.

Профилактика алкоголизма

В рамках Дня трезвости в Уфе состоялся круглый стол на тему: «Трезвость в Республике Башкортостан». В межведомственном мероприятии приняли участие представители Минздрава РБ, Министерства молодёжной политики и спорта РБ, Министерства культуры РБ, общественных организаций, духовенства и другие. Участники мероприятия сошлись во мнении, что необходимо мотивировать население к ведению здорового образа жизни, правильно воспитать подрастающее поколение. Было предложено ввести государственную монополию на продажу алкогольной продукции, ограничить доступность спиртных напитков.



Саратовская область

Граждане обращаются к министру

30 сентября министр здравоохранения области Жанна Никулина провела очередной приём граждан по личным вопросам. Жителей, в основном, интересовала организация медицинской помощи и обеспечение льготными лекарственными препаратами. Глава ведомства отметила, что эти направления являются одними из приоритетных и находятся под её личным контролем. Однако большинство подобных обращений можно было решить на уровне лечебных учреждений, что свидетельствует о недостаточной заинтересованности некоторых руководителей ЛПУ в адресном решении проблем жителей.

День сердца

В рамках Всемирного дня сердца в одном из торговых комплексов Балакова прошла акция «Время быть здоровым». Сотрудники Центра медицинской профилактики и Центра здоровья определяли у посетителей индекс массы тела, уровень глюкозы и холестерина в крови, измеряли артериальное давление, рассказывали, как предупредить развитие заболеваний сердца и сосудов. В средней школе № 46 Ленинского района города Саратова состоялась профилактическая игра «Здоровое сердце», организованная совместно с фондом «Молодёжь плюс». Специалисты Областного центра медпрофилактики рассказали детям о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний и правилах ЗОЖ.



Самарская область

Старость в радость

«Как самарцам продлить молодость и сохранить здоровье?» – таким вопросом задались участники круглого стола в пресс-центре «Комсомольской правды». Для комплексного лечения пожилых в Самарской области была создана особая больница, не имеющая аналогов в других регионах страны, – гериатрическая. В ней помогают ветеранам преодолевать болезни и жить полноценно. «К старости надо готовиться заранее, – убеждён завкафедрой медицинской реабилитации Александр Яшков. – Важно загодя формировать у человека знание принципов старения и методов преодоления недугов».

Молодёжное министерство здравоохранения

Такая организация начала свою работу 1 октября. Это орган при региональном минздраве, в который вошли по результатам многочисленных отборов 65 молодых специалистов: студенты, интерны, ординаторы медицинского университета, практикующие врачи областных учреждений, фармацевты, юристы, IT-специалисты. Руководить здесь будут два молодёжных министра: один – по инновационному развитию, другой – по стратегическому развитию. Из намеченных направлений работы: конкурсы по отбору инновационных проектов, создание молодёжного исследовательского инновационного центра, проекты по развитию профилактической медицины.



Нижегородская область

Поликлиника начинается с регистратуры

Итоги конкурса под таким названием подведены Министерством здравоохранения Нижегородской области. Его целью было выявление лучшей медицинской организации, использующей наиболее эффективные организационные методы по обеспечению качества и доступности медицинской помощи населению. Кроме того, ставились задачи повышения уровня обслуживания и формирования положительного отношения граждан к имиджу российских поликлиник. В конкурсе приняло участие 160 регистратур. Первое место заняла женская консультация № 5 Канавинского района Нижнего Новгорода.

Первое место по росту рождаемости

По данным Росстата за январь – август 2015 года, в области было зарегистрировано 26 376 новорождённых. Регион вышел на первое место в ПФО по увеличению рождаемости. По сравнению с 2014 годом она выросла на 560 человек. Этот результат показывает эффективность программы «Развитие здравоохранения Нижегородской области на 2013–2020 годы», которая ориентирована на повышение возможностей оказания населению высококвалифицированной медицинской помощи в перинатальных, сердечно-сосудистых и травматологических центрах.

«Форпост здоровья»

5–6 сентября сотрудники районных больниц приняли участие в церемониях открытия парков и скверов, в ходе которых была проведена акция «Форпост здоровья».



Основная её цель – увеличение продолжительности жизни татарстанцев через проведение широкой профилактической и информационно-просветительской работы, позволяющей вовлечь наибольшее количество населения в сохранение своего здоровья. Жители всех районов воспользовались возможностью измерить артериальное давление, им были даны консультации по здоровому образу жизни, розданы тематические буклеты и приглашения в лечебно-профилактические учреждения, а также в центры здоровья на профилактические медицинские осмотры. «Дневники самоконтроля» были предложены тем, у кого давление оказалось выше нормы. В Мамадыше в общей сложности давление измерили около 80 человек, в Бавлах – 58.

Лекарства или денежная компенсация?

Более 100 тысяч льготников Татарстана сделали выбор в пользу лекарств.



Министерством здравоохранения и республиканскими СМИ была проведена большая работа по информированию населения в этом вопросе. Если болезнь приобретает затяжной характер, требующий длительного лечения и множества лекарств, становится очевидным, что денежной компенсации недостаточно. Такая ноша для семейного бюджета может оказаться просто непосильной. Стоимость лечения сахарного диабета может достигать 62,5 тысяч рублей в год, шизофрении – 237 тысяч, рака молочной железы – 1 млн 265 тысяч и выше, рака почек – до 2 млн 676 тысяч. 1 октября был последний срок подачи заявлений в Пенсионный фонд на получение лекарств в 2016 году. После этой даты право на получение набора социальных услуг в течение целого года возобновить уже невозможно (законодательством Российской Федерации это не предусмотрено).

Кросс наций – 2015

Во Всероссийский день бега на площадке, прилегающей к стадиону «Казань Арена», медики продемонстрировали свою активную жизненную позицию, приняв участие в Кроссе наций.



Благодаря этому мероприятию можно было прочувствовать единение всех жителей не только Казани, но и нашей многонациональной страны – массовые забеги проходили ещё в 84 городах России. В этом ярком спортивном соревновании участвовали люди всех возрастов и с разной спортивной подготовкой. В забеге на две тысячи метров приняли участие сотрудники Министерства здравоохранения РТ, а также коллективы различных лечебных учреждений. Всего на старт вышли порядка 20 тысяч казанцев. В завершение мероприятия состоялось награждение победителей.

На благо детям северо-востока

Справили новоселье детский диагностический центр и отделение патологии новорождённых Камского детского медицинского центра в городе Набережные Челны.



На открытие отремонтированного блока «Г» приехал президент Татарстана, чтобы оценить условия, которые созданы для персонала и пациентов в ходе прошедшего капитального ремонта на площади 4,5 тысячи квадратных метров. Благодаря финансовой поддержке республики, выделившей 137 млн рублей, удалось завершить ремонтные работы и закупить необходимое дорогостоящее оборудование. Отделение патологии новорождённых обслуживает детское население Набережных Челнов и семи районов северо-восточного региона республики. В современных палатах установлена палатная сигнализация. Пост интенсивной терапии контролирует кувезы, где находятся самые «тяжёлые» маленькие пациенты.

Дефицит кадров – вызов для здравоохранения

Так охарактеризовал положение дел министр здравоохранения Татарстана Аделъ Вафин на коллегии Минздрава республики, которая прошла 30 сентября.



Ситуация обостряется тем, что в этом году введены в строй несколько крупных ЛПУ. Начиная с 2012 года, в республике успешно реализовано несколько программ по привлечению кадров. Благодаря ФЦП «Земский доктор» в сельские больницы Татарстана пришли 296 молодых врачей, в том числе 38 специалистов – в 2015 году. В 2014 году президентом республики было принято беспрецедентное решение: врачам, прибывшим на работу в Татарстан, на основании решения конкурсной комиссии предоставляются гранты размером 500 тысяч рублей на улучшение жилищных условий. Их уже получили 287 врачей, 192 из которых прибыли из других регионов России. В целом программа хорошо работает в городах республики, в малых городах и районных центрах эффективность её несколько ниже.

В Буинске открыли новую поликлинику

11 сентября министр здравоохранения Татарстана Аделъ Вафин принял участие в открытии поликлиники № 2 в г. Буинске.



Острая необходимость в новой амбулаторно-поликлиническом учреждении появилась в последние годы в связи с открытием межмуниципальных центров для оказания квалифицированной медицинской помощи населению Предволжского региона РТ и расширением диагностической базы ЦРБ. Поликлинику решили расположить в бывшем учебном корпусе профессионального училища. На проведение капитального ремонта распоряжением Президента Республики Татарстан Рустама Минниханова было выделено 65,6 млн рублей, в том числе 11,4 млн – на медицинское оборудование и мебель. После ремонта в здании расположились отделения врачей общей практики и медицинской профилактики, стоматологическое отделение, палаты дневного стационара, клиничко-диагностическая лаборатория, службы физиотерапии и ультразвуковой диагностики.

В ногу со временем

В Зеленодольской ЦРБ создан современный межмуниципальный перинатальный центр



Реконструкция преобразила родильный дом районной больницы. Теперь здесь будут принимать рожениц из семи районов Татарстана, а также из соседних регионов. Для привлечения и закрепления высокопрофессиональных кадров планируется открыть филиал кафедры акушерства и гинекологии.



В открытии Межмуниципального перинатального центра приняли участие Президент Татарстана Рустам Минниханов, министр здравоохранения Адель Вафин, руководители муниципальных образований и медицинских учреждений. Это действительно большое событие для всего северо-западного региона республики, ведь центр станет основой для развития акушерско-гинекологической службы Высокогорского, Кайбицкого, Камско-Устьинского, Тетюшского, Апастовского, Верхнеуслонского

районов. Также он является резервным перинатальным центром для города Казани, планируется, что здесь будут принимать роды у женщин из близлежащих территорий Чувашии и Марий Эл. Их общее количество должно быть увеличено с 1300 до 3000 и более.

Зеленодольский роддом имеет богатые традиции, начиная с момента его основания в 1935 году. Большой опыт и высокая квалификация специалистов предопределили его статус как роддома второго уровня, куда из всех соседних районов направлялись ро-

женицы со средней степенью риска. Однако здание общей площадью более семи тысяч кв. м с 1990 года не видело ни одного капитального ремонта. Только в 2011-м по распоряжению президента Татарстана средства стали выделяться. За три года реконструкции, потребовавшей 180 млн рублей, роддом буквально преобразился.

«Мы полностью ушли от понятия «родовой зал», сделав шесть индивидуальных родовых, — поясняет главный врач Зеленодольской ЦРБ Ильгиз Хидиятов. — Оборудо-

вали три прекрасные операционные. Для повышения безопасности оказания медицинской помощи в соответствии с последними СанПиНами все палаты снабдили шлюзами. На каждом этаже создали изоляторы, так как пациентки не всегда бывают благополучными с точки зрения инфекционных заболеваний – есть женщины со СПИДом, туберкулёзные больные. Теперь мы можем принимать роды и у них. Очень серьёзно



стоялось открытие нового – восьмого по счёту – фельдшерско-акушерского пункта, построенного по модульной технологии. Это существенно улучшило условия оказания медицинской помощи жителям, облегчило проведение профилактических мероприятий. Собственными силами ЦРБ произведён ремонт поликлиники № 1 – трёхэтажного здания площадью 1300 кв. м – что положительно оценили как посетители, так и работающие здесь врачи общей практики и узкие специалисты.

Активно используется такой инструмент мотивации профессионального роста, как правительственные гранты, участие в различных конкурсах. Так, в июне Ильсояр Тагирова заняла первое место во Всероссийском конкурсе врачей в номинации «Сельский врач». Этот успех вдохновил коллектив, и в первую очередь молодёжь, на повышение своей квалификации и эффективности работы, открыл новые перспективы. Осваиваются и современные организационные технологии. На аутсорсинг переданы непрофильные для больницы функции – охрана, стирка белья, уборка помещений. Раньше уборкой помеще-



поменяли логистику, объединив под одной крышей собственно роддом, гинекологическое отделение и женскую консультацию, которые работают в тесной связке. Это позволило более рационально использовать кадровые ресурсы и оптимизировать работу оборудования».

В рамках капремонта выполнены ремонт кровли, замена окон и инженерных систем – отопления, вентиляции, электро-снабжения, водопровода и канализации. Появилась система подачи медицинских газов, установлено современное оборудование – аппараты УЗИ, реанимационные, хирургические консоли и многое другое. Новая мебель также способствует созданию атмосферы комфорта. Удобство и приятный внешний вид учреждения позволяют привлечь новых пациенток. Врачи надеются, что сюда будут приезжать женщины из прилегающих районов не только с осложнениями, но и на обычные физиологические роды.

«Радует то, что созданные нами условия притягивают и молодых специалистов, – продолжает Ильгиз Хидиятов. – Буквально на

днях мы приняли в штат двух неонатологов – грамотных и хорошо обучаемых. Я очень надеюсь, что с ними мы поднимем реанимацию новорождённых на новый уровень. Также к нам пришли акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, педиатры, терапевты. Для привлечения высококвалифицированных кадров и совершенствования нашей работы мы ведём переговоры об открытии на базе больницы филиала кафедры акушерства и гинекологии. За счёт внебюджетной деятельности нам удаётся поддерживать зарплату врачей на хорошем уровне. Две семьи молодых специалистов, в которых и муж, и жена – медики, получили в этом году однокомнатные квартиры из муниципального фонда при содействии главы администрации района А.В. Тыгина. После пяти лет работы в ЦРБ жильё перейдёт в их собственность».

В центральной районной больнице многое делается, чтобы идти в ногу со временем. В рамках республиканской программы совершенствования сельского здравоохранения в селе Карашам со-

ний занимались санитарки. Сотрудничество же с профессиональной специализированной компанией позволило создать именно клининговую службу и не только повысить качество уборки, но и сэкономить немалые средства.

«Главный приоритет, на который мы сегодня нацеливаем свои усилия, – это повышение показателя удовлетворённости населения качеством оказания медицинской помощи, – говорит главврач ЦРБ. – У профессионалов своё восприятие качества, но обыватель имеет собственную точку зрения по поводу этого вопроса, медики должны понимать его ожидания. Мы ведём большую работу в коллективе по внедрению основ медицинской этики и деонтологии. Приняли на общем собрании Этический кодекс медицинского работника, ориентированный не только на врачей, но и на всех сотрудников больницы, в том числе средний медперсонал и вспомогательные службы. Стараемся оптимизировать логистику для ещё большего удобства пациентов. Проводим опросы и анкетирование наших посетителей, чтобы понять, в каком направлении нам дальше развиваться».



Движение – жизнь

Прогулка по набережной в пик артериальной гипертензии

Министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин и главный кардиолог Минздрава РТ Альберт Галявич рассказали журналистам, как современному человеку заботиться о своём здоровье. Согласно статистике самый опасный враг – повышенное кровяное давление.

На встречу с представителями СМИ глава ведомства приехал на велосипеде, демонстрируя, что всё, сказанное им о здоровом образе жизни, – не громкие слова, а принятая и проверенная им самим норма жизни. Место тоже было выбрано не случайное: по набережной, продуваемой свежим ветерком, с прекрасным видом на берега Казанки, на современный сити и древний Кремль, приятно прогуляться всей семьёй, а насмотревшись на юных велосипедистов и роллеров, хочется присоединиться к ним, пробежаться, прокатиться, сделать зарядку.

«Ранее мы говорили, что в Европе или, например, в Китае созданы все условия для физической активности, есть парки и скверы. Сегодня это всё появилось и у нас! – отметил Адель Вафин. – Сейчас мы часто слышим от наших европейских коллег, что им хотелось бы жить в таком прекрасном и уютном городе, как Казань. Таким образом, у местных жителей не осталось отговорок, что им что-то мешает увеличить свою физическую активность. Мне же не мешает! При этом физи-

ческую активность, конечно, надо контролировать. Измерять свою нагрузку можно даже с помощью приложений в смартфоне, и если она недостаточная, то нужно просто выйти из машины и пройтись пешком».

Министра поддержал главный кардиолог Татарстана Альберт Галявич. «Самая полез-



ная физическая нагрузка – это ходьба и езда на велосипеде, – сказал он, – хотя бы 40 минут или 10 тысяч шагов ежедневно. Также важно сбалансированное питание. Красное мясо не следует употреблять чаще двух раз в неделю, зато каждый день в вашем меню должно быть хотя бы 500 граммов фруктов и овощей. Особенно это актуально в Татарстане с его кулинарными традициями с большим количеством мясного, мучного и картофеля. Раз в 2–3 дня нужно есть рыбу. Также очень важно высыпаться, на сон нужно отводить не менее семи часов в сутки».

По словам специалиста, важно взять гипертонии под контроль, ежедневно утром и вечером измерять артериальное давление, а данные записывать в дневник, описывая своё самочувствие. Необходимо регулярно принимать прописанные врачом препараты. То, что у нас называется «гипертонический криз», на Западе квалифицируется как результат отсутствия самодисциплины у пациента, который вовремя не принял таблетку. Адель Вафин подчеркнул, что никого не должны пугать слова «пожизненный приём лекарств», приведя пример своего дедушки, который благодаря своевременному приёму препаратов прожил с диагнозом «артериальная гипертензия» до 91 года.

Важно контролировать свой вес (каждый лишний килограмм веса – это дополнительный 1 мм рт. ст. к давлению), уровень сахара и холестерина в крови. И конечно, нужно уделять внимание водному обмену. Вода – это не только переносчик всех питательных веществ в организме, но и дренаж, который выводит из него продукты распада, поэтому человек должен выпивать в день 2–2,5 литра.

«Это то, что необходимо знать современному человеку, чтобы снизить вероятность возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, быть в хорошей форме и прожить долгую жизнь», – заключил министр.

A low-angle photograph of a woman with long, curly blonde hair, wearing a white sleeveless dress and red sneakers with white socks. She is sitting on a wooden bench, looking up at two large, shiny white balloons that are tied to the trunk of a large, leafy tree. The scene is set outdoors in a grassy field with tall grass and some wildflowers. The sky is blue with some white clouds. The overall mood is serene and hopeful.

ТЕМА НОМЕРА:

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

АЛЕКСАНДР ЧУЧАЛИН:

«ПРОБЛЕМЫ ЛЁГОЧНОГО ЗДОРОВЬЯ АКТУАЛЬНЫ ДЛЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО ТЕРАПЕВТА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ, ДИРЕКТОРА ФГБУ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ ФМБА РОССИИ», АКАДЕМИКА РАН, ПРОФЕССОРА, Д. М. Н. АЛЕКСАНДРА ЧУЧАЛИНА.

– Александр Григорьевич, какова нынешняя ситуация с заболеваниями органов дыхания в России? Какие патологии лидируют, какова динамика последних нескольких лет?

– Проблемы лёгочного здоровья сегодня предельно актуальны для российского здравоохранения. Это связано с высоким уровнем распространённости респираторных болезней, заболеваемости, обращаемости населения к пульмонологам, терапевтам. К сожалению, в последние два-три года стала возрастать смертность от таких заболеваний, как пневмония и хроническая обструктивная болезнь органов дыхания. В первую очередь это связано с тем, что в России слабо развит календарь прививок для взрослого населения. Именно дисрегуляция иммунного ответа у наших граждан привела к нынешней ситуации, особенно эта тенденция стала заметна в прошедшем году.

– Каковы актуальные вопросы и задачи вакцино-профилактики?

– Это очень хороший вопрос. Действительно, альтернативы прививкам у нас просто не существует. Если говорить о первичной профилактике, именно вакцинация здесь играет главенствующую роль, но при условии, что ею охвачено большинство населения. В европейских странах её проходят 60 и более процентов населения, у нас – менее 30 %. Порою люди просто не хотят идти на вакцинацию, у них формируется негативное отношение к прививкам, и врачи должны доносить до своих пациентов истинное положение вещей.

Положительным примером служит Республика Татарстан, которая относится к российским регионам, занимающим передовые позиции в проведении первичной профилактики. Недавно здесь начали активно применять пневмококковую вакцину, и можно говорить о перспек-



тивах снижения количества больных, страдающих от пневмонии. Думаю, здесь действительно удастся добиться существенных результатов.

Нужно отметить значимость просветительской работы не только среди пациентов, но и медицинских работников. Пульмонологи, аллергологи и другие специалисты Татарстана активно участвуют в этой работе, готовят клинические рекомендации, проводят лекции, образовательные мастер-классы, выпускают специальные брошюры для врачей – инициативы республики в области образовательных программ также относятся к положительному региональному опыту в здравоохранении.

– Что нового появилось в диагностике и лечении респираторных заболеваний?

– Прежде всего, нужно отметить большие успехи российской трансплантологии. Кстати, среди тех, кому мы сделали пересадку лёгких, есть больные и из Татарстана. Прогресс в этой области – это, конечно, очень важное достижение отечественной пульмонологии и других смежных специальностей.

Перспективы диагностики, в первую очередь, связаны с поиском новых биологических маркеров, которые будут чувствительны к таким болезням, как бронхиальная астма, ХОБЛ и некоторым другим.

Говоря о лечении респираторных заболеваний, нужно отметить, что в нашей стране ведётся активная разработка и внедрение в практику новых лекарств. Отечественные производители готовы сегодня предложить инновационные препараты для лечения аллергических заболеваний, хронической обструктивной болезни органов дыхания, фармакотерапии тяжёлых инфекционных процессов – это современные поколения иммуноглобулинов и т.д.

– Каковы будут ваши пожелания коллегам – читателям нашего журнала? Каким образом, на ваш взгляд, можно обеспечить преемственность оказания медицинской помощи, начиная с первичного звена?

– Безусловно, очень важно, чтобы пульмонологи делились своими знаниями, актуальными данными с врачами первичного звена. Без этого мы не сможем решить проблему высокой заболеваемости респираторными болезнями. Врачи первичного звена нуждаются в большем внимании со стороны специалистов – нам надо откликаться на их просьбы, чаще выезжать на места, вместе проводить осмотры больных, специальные обучающие семинары, мастер-классы и т.п.

Коллегам я бы, в первую очередь, пожелал крепкого здоровья, чтобы они всегда были в добром здравии и могли бы дальше продвигать российскую пульмонологию.

«МЫ ДОЛЖНЫ ВЕРНУТЬ КОНТРОЛЬ ЗА ИНФЕКЦИЕЙ»



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА ПО ФТИЗИАТРИИ МИНЗДРАВА РФ, ЗАВЕДУЮЩЕЙ ОТДЕЛОМ ФТИЗИАТРИИ
ФГБНУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НИИ ТУБЕРКУЛЁЗА» РАН, ПРОФЕССОРА, Д. М. Н. ИРИНЫ ВАСИЛЬЕВОЙ.

– Ирина Анатольевна, какова эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу, тенденции последних лет?

– Россия, к сожалению, по-прежнему входит в число стран с высоким бременем ТБ. Серьёзные эпидемиологические сдвиги у нас появились в конце 90-х годов, когда начался рост заболеваемости и смертности. Последствия этого процесса со всей полнотой мы увидели через 10 лет – в начале 2000-х показатели достигли своего пика. Они выросли в три раза по сравнению с лучшими годами советского периода. Вместе с тем в последнее время у нас наметились положительные тенденции. В 2014 году заболеваемость составила 59 на 100 тысяч населения, смертность – 9,8 на 100 тысяч, она упала более чем в два раза по сравнению с пиком 2000-х. Таким образом, мы достигли целевых показателей, поставленных перед нами руководством страны к 2020 году. Однако смертность от ТБ в России примерно в 10 раз выше, чем в ряде европейских стран и США. Если говорить о регионах, то высокая заболеваемость и смертность отмечена в Дальневосточном, Сибирском, Уральском федеральных округах. В ПФО и в Татарстане, в частности, ситуация несколько лучше по сравнению со среднероссийскими показателями, но всё равно есть, к чему стремиться.

Две большие проблемы, которые не позволяют нам добиться существенных сдвигов эпидемиологических показателей, – это множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) и сочетанная патология ТБ и ВИЧ. В 2014 году каждый четвёртый больной с впервые выявленным ТБ имел МЛУ. И это только среди зарегистрированных! Также в прошлом году 15 % впервые выявленных больных помимо ТБ имели ВИЧ. Больные с сочетанной патологией – наиболее опасная и сложная категория пациентов.

– С чем, на ваш взгляд, связаны эти тенденции, и какие могут быть пути выхода из сложившейся ситуации?

– Российская фтизиатрическая служба имеет давнюю историю. В советские годы у нас была выстроена жёсткая вертикаль, включающая в себя региональные специализированные ЛПУ, которые предоставляли данные сети НИИ, а во главе стоял центральный НИИ союзного значения, который координировал работу противотуберкулёзной службы в регионах, формировал нормативные документы, определял научные направления во фтизиатрии. В 90-х годах эта система была разрушена, тогда же во всём мире возникла проблема ТБ с МЛУ. Возбудитель выработал устойчивость к наиболее часто применяемым препаратам. Режим, который до этого давал 97 % излечение, стал неэффективным. Развитию МЛУ в России и странах бывшего СССР способствовали

и социально-экономические потрясения тех лет – больные не долечивались, начались миграционные процессы и т.п. Для примера, в Южной Африке общая заболеваемость выше, но доля МЛУ ТБ – всего 2 %. Просто у них в распоряжении имеется меньшее количество лекарств, чем у нас. В России препараты есть, но система их назначения несовершенна.

Нам необходимо вернуть централизацию службы. Сегодня в России функционируют пять специализированных НИИ, три из которых подчинены Минздраву РФ, один – в составе Первого медицинского университета и один относится к ФАНО. Они решают важные и нужные задачи, но тем не менее в этом есть некоторая разобщённость. Сегодня с помощью института главных специалистов мы пытаемся координировать работу противотуберкулёзной службы. Но отсутствие Национального центра по борьбе с туберкулёзом, как это сделано в других странах с высоким бременем этого заболевания, не позволяет нам в полной мере решать организационные задачи. Мы должны вернуть жёсткий контроль за инфекцией.

У нас есть современные методики, которые позволяют нам определить наличие устойчивости в течение полутора часов. Со стороны федеральной власти ежегодно выделяется финансирование на дорогостоящие препараты (более дешёвые лекарства регионы приобретают сами). За 10 лет борьбы с МЛУ ТБ мы нарабатывали опыт диагностики и лечения таких больных. Это долгий процесс с использованием препаратов, которые тяжелее переносятся, но тем не менее они достаточно эффективны. Новые схемы мы закрепили законодательно, выпустили соответствующие приказы, протоколы и т.п. Теперь необходимо внедрять их в широкую практику.

Успех в борьбе с ТБ больше чем наполовину зависит от решения организационных задач. Во многом это кадровый вопрос. Средний возраст фтизиатра в России 49,5 лет – когда врач десятилетиями лечит по одной схеме, ему трудно перестраиваться. Необходимо активнее вести образовательную деятельность со стороны федеральных НИИ, нужно обучить в каждом регионе ответственного специалиста, который будет распространять знания на местах. Мало прочитать лекцию о современных алгоритмах, нужно показать врачам на практике, как это работает: какие препараты назначать для лечения и для того, чтобы предотвратить побочные реакции, какие анализы сдавать, чтобы проследить динамику, и т.д.

Отдельное внимание нужно уделить сочетанной инфекции. При положительном ВИЧ-статусе ТБ развивается молниеносно. Даже если больному делали флюорографию, уже через месяц клиническая картина может кардинально измениться. Порой и фтизиатры старой закалки, которые прежде не имели дело с ВИЧ-инфицированными, могут не заподозрить вовремя сочетанную инфекцию. На фоне иммунодефицита патологический процесс протекает нетипично. В рамках последипломного образования информацию по ТБ с ВИЧ должны получать врачи первичного звена и представители других специальностей. Медицинским работникам необходимы инструкции, куда направлять диагностический материал при выявлении ряда симптомов, какие исследования проводить, чтобы вовремя определить сочетанную патологию.

Стоит упомянуть и о проблеме приверженности больного лечению, которое может длиться полтора-два года. Даже человек с высшим образованием, страдающий, например, ангиной, не всегда выдерживает курс терапии. В случае с ТБ за таким больным должен следить медицинский работник. За рубежом, кстати, с этой задачей успешно справляется социальная служба. Работник ежедневно набирает пакетик с лекарствами и приходит к больному. Если его нет дома – ищет там, где он обычно бывает. Для государства это экономически целесообразно: больной получит адекватное лечение и впоследствии не будет занимать койку в госпитале. У нас же упор по-прежнему делается на стацио-

нары, хотя для многих больных будет лучше лечиться дома или пользоваться стационарзамещающими технологиями.

Конечно, для изоляции заразных больных нужны стационары, но когда речь идёт о долечивании, здесь должно подключаться амбулаторное звено. В этот процесс необходимо вовлечь врачей общей практики, медицинских работников. Например, в сельской глубинке – зачем больному ехать за 100 км в диспансер, если он может получить таблетки у себя в ФАПе? А фельдшер должен проследить, пришёл ли его пациент в назначенное время, если нет – пригласить на приём.



Основные проблемы противотуберкулёзной службы: недостаточное выявление ТБ путём массовых флюорографических осмотров населения, низкое качество лабораторной диагностики, эффективность лечения больных ТБ, уровень организации инфекционного контроля в медицинских организациях по профилю «фтизиатрия».

– Какими способами можно сформировать приверженность больного лечению?

– Во-первых, нужно беседовать с больным, объяснять ему, что нужно делать, чтобы выздороветь, избежать лекарственной устойчивости. Здесь важна и помощь СМИ. Нужно рассказывать населению, что заразиться этой инфекцией может любой. К сожалению, у нас сложился стереотип, что туберкулёз – это стыдно, люди скрывают свой недуг, им неудобно идти в диспансер. Это необходимо искоренять.

Если говорить о социально неблагополучных гражданах – здесь хорошо работают меры социально-психологической и юридической поддержки. У нас есть положительные примеры. Так, в Томске люди без определённого места проживания получают ежедневный продуктовый набор при условии, что они будут регулярно приходить за противотуберкулёзными препаратами и принимать их. Сибирский федеральный округ – один из самых неблагополучных по эпидпоказателям, при этом в Томской области и смертность, и заболеваемость в три раза ниже, чем в округе! Хорошие примеры, когда медики и социальные работники действуют заодно, есть в Воронежской, Белгородской, Орловской областях.

Туберкулёз часто называют социальной болезнью. Я не согласна с этим утверждением. Прежде всего, это инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путём. Помимо социально незащищённых граждан, в группу риска входят вполне успешные молодые люди. Они работают на нескольких работах, им некогда следить за своим здоровьем, режимом питания, они не досыпают, находятся в постоянном стрессе. Вероятность заболеть ТБ у них почти такая же, как и у людей без определённого места жительства, наркоманов и алкоголиков, при условии, что было инфицирование. С момента заражения до развития патологического процесса может пройти не один десяток лет. Хронический стресс становится тем «провокатором», который запускает болезнь. Врачи, общаясь со своими пациентами, должны рассказывать им и об этом.

Александр ВИЗЕЛЬ,

главный пульмонолог Минздрава РТ, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета, член Всемирной ассоциации по саркоидозу WASOG, профессор, д. м. н.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ ТАТАРСТАНА: ВЗГЛЯД ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА



РЕСПИРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА – ОДНА ИЗ МОЛОДЫХ ОТРАСЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «ПУЛЬМОНОЛОГ» ПОЯВИЛАСЬ В НАШЕЙ СТРАНЕ ТОЛЬКО В 1986 ГОДУ, ХОТЯ ВСЕСОЮЗНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ПУЛЬМОНОЛОГИИ МИНЗДРАВА СССР (ВНИИП) БЫЛ СОЗДАН ЕЩЁ В 1967-М ПО ИНИЦИАТИВЕ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ХИРУРГА, ВРАЧА И УЧЁНОГО, АКАДЕМИКА АМН Ф.Г. УГЛОВА. ОРДИНАТОРОМ ЭТОГО НИИ МНЕ ПОСЧАСТИЛИЛОСЬ БЫТЬ В 1980–1982 ГГ.



Респираторная медицина Татарстана опирается на фундаментальную науку. Н.А. Миславский в 1885 году исследовал организацию дыхательного центра, описал наличие ритмической активности нейронов продолговатого мозга. Казань заслуженно считается alma mater советской аллергологии. Здесь родился и начал свою научную деятельность Андрей Дмитриевич Адо. В Казани на кафедре патофизиологии, где он проработал с окончания медицинского факультета Казанского университета до отъезда в Москву в 1952 году, им были опубликованы основные труды в области фундаментальной аллергологии.

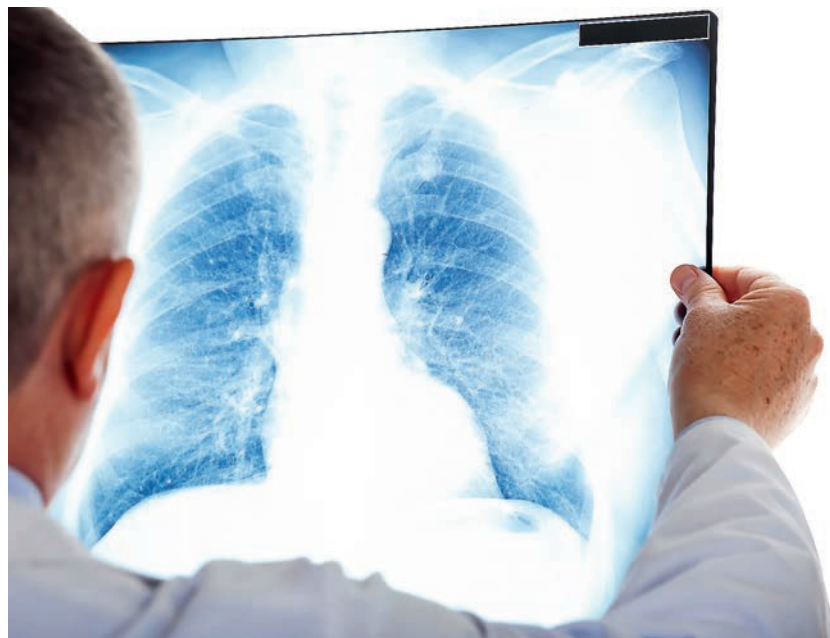
Казанская терапевтическая школа всегда уделяла внимание болезням органов дыхания. Наиболее значимый вклад в это направление внесли профессор А.Г. Терегулов, выступивший с актовой речью «К проблеме регуляции дыхания и функциональной диагностики

лёгких», профессор Р.Ш. Абдрахманова, под руководством которой впервые в стране были изучены патофизиологические особенности развития дыхательной недостаточности при первичных и синдромных поражениях лёгких. Совместно с супругом Н.М. Абдрахмановым, инженером и руководителем НПО «Медфизприбор», она участвовала в создании в Казани серии отечественных приборов: пневмотахографа, диффузиометра, бодиплетизмографа, анализатора газов крови. Профессор Д.А. Валимухаметова исследовала внешнее дыхание и газовый состав артериальной крови у больных активным ревмокардитом до и после лечения, а также дыхательную недостаточность при ревматических пороках сердца. Профессор И.А. Латфуллин изучал холинергические реакции (система ацетилхолин-холинэстераза) и баланс электролитов при острой и хронической пневмониях. Известный казанский фтизиатр профессор Б.Л. Мазур создал ряд бактериофагов и оригинальных препаратов для лечения бронхиальной астмы. Главным пульмонологом Татарстана до 1995 года

был доцент КГМА МЗ РФ В.С. Анастасьев – фтизиатр, блестяще владевший дифференциальной диагностикой диссеминаций.

Новейшая история пульмонологии Татарстана тесно связана с научно-практической школой академика РАН А.Г. Чучалина. В конце 90-х годов XX столетия в республике одними из первых в стране были созданы протоколы и стандарты ведения больных пневмонией, ХОБЛ и бронхиальной астмой. Тогда же появились пульмонологические отделения не только в Казани (ГАУЗ «РКБ МЗ РТ», «ГКБ № 16» и ОАО «ГКБ № 12»), но и в Набережных Челнах, Зеленодольске, Нижнекамске, а в Бугульме – пульмонологический центр. В ходе модернизации сохранилось только три отделения в столице Татарстана, однако во многих городах сохранены профильные койки. За последние 20 лет принципиально изменилась оснащённость учреждений, оказывающих помощь пациентам с заболеваниями органов дыхания: сменилось несколько поколений компьютерных томографов, исследования стали точнее при меньшей дозе облучения. Значительное развитие получила эндоскопическая техника – от жёстких бронхоскопов к гибким эхоэндоскопам с возможностями высокоинформативной трансбронхиальной биопсии. Видеоторакоскопическая биопсия с высокой результативностью давно и очень эффективно проводится в Республиканском клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ и в Республиканской клинической больнице МЗ РТ. Клиническая физиология дыхания сегодня оснащена не только электронными спирографами, но и бодикамерами и диффузиометрами. Это позволяет проводить эффективную раннюю дифференциальную диагностику и подбор лекарственных средств. Наиболее распространённым измерительным прибором стал пульсоксиметр – теперь большинство врачей быстро и объективно могут оценить дыхательную недостаточность, не опираясь на такой признак, как одышка, которая может быть следствием поражения не только лёгких, но и почек, сердца или центральной нервной системы. Однако остаётся ещё оборудование, имеющееся лишь в одном экземпляре, – это прибор для оценки оксида азота в выдыхаемом воздухе (FeNO), который имеется только в Казанском НИИ эпидемиологии и микробиологии (директор – профессор Р.С. Фассахов). А этот показатель считается очень информативным как при бронхиальной астме, так и при аллергическом рините. Данный аппарат должен быть в каждом аллергологическом центре нашей республики.

При любой оснащённости решающую роль играют хорошо подготовленные кадры – пульмонологи, прошедшие первичную школу в Казанском медицинском университете, а затем специализацию в Москве и Санкт-Петербурге. Наиболее сложных больных принимает на себя РКБ МЗ РТ, где под руководством заведующего отделением В.И. Ильинского работают Е.В. Дьякова, Л.И. Мингазова, Н.С. Спиридонова. В Казани пульмонологи успешно трудятся в 16-й городской клинической больнице (заведующая отделением – Э.З. Кудрявцева, руководитель центра – профессор Р.Ф. Хамитов) и в ОАО «ГКБ № 12» (заведующий отделением – В.А. Сергеев). В бронхологии Татарстана наиболее информативными являются исследования А.В. Бондарева в РКБ МЗ РТ, который часто решает диагностические проблемы и онкологов, и фтизиатров. Обновилась фтизиатрическая служба Татарстана, помолодел штат специалистов, а Республиканский клинический противотуберкулёзный диспансер МЗ РТ обладает всеми современными методами диагностики и лечения этой страшной инфекции. Страшной, потому что весь мир констатирует рост множественной и широкой лекарственной устойчивости микобактерий – то есть эффективность терапии снижается, а стоимость её существенно увеличивается. Об эффективности работы этой службы, возглавляемой



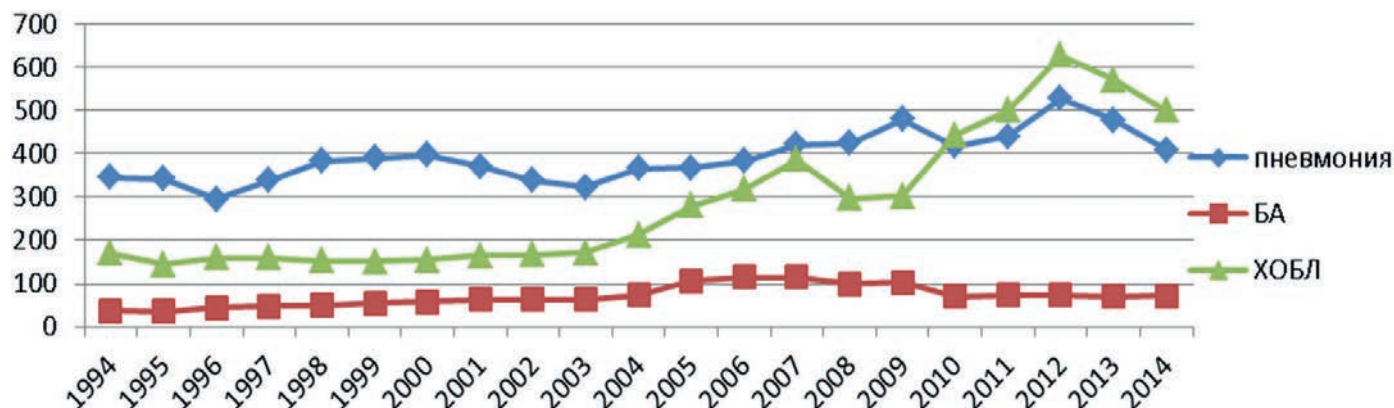
А.П. Алексеевым, свидетельствуют эпидемиологические показатели, которые значительно лучше, чем у многих соседних регионов.

Такие болезни, как бронхиальная астма, ХОБЛ и пневмония, имеют чётко очерченные рамки, определённые клиническими рекомендациями, протоколами и стандартами, международными инициативами и гайдлайнами, а их лечение одобрено не только FDA (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов) в США, но и отечественными списками жизненно важных препаратов и перечнем дополнительного лекарственного обеспечения. Однако национальное руководство по пульмонологии представлено двумя томами, где эти три болезни занимают не более 20 %.

В настоящее время быстро развивается учение о саркоидозе. В этом процессе учёные и врачи Татарстана играют не последнюю роль, координируя национальные рекомендации, монографии и руководства. Уникальный опыт МКДЦ МЗ РТ, полученный в начале нынешнего века и удостоенный Государственной премии РТ по науке и технике, теперь тиражируется по всей стране. Однако «саркоидных центров», как это сделано в других странах, в России пока нет. Одним из наиболее проблемных вопросов в пульмонологии стали лёгочные фиброзы – причин у которых много, а радикальные методы терапии только начинают разрабатываться. Наиболее сложен идиопатический лёгочный фиброз, при котором развиваются необратимые изменения в лёгких, ведущие к терминальной дыхательной недостаточности.

По данным РМИАЦ Минздрава РТ, на конец 2014 года в Татарстане было зарегистрировано 1 559 072 больных с заболеваниями органов дыхания, в том числе 15 732 – пневмонией, 34 366 – бронхиальной астмой и 73 838 – ХОБЛ. Динамику заболеваемости отражает рисунок 1. Следует отметить наибольший рост заболеваемости ХОБЛ – болезнью, связанной, прежде всего, с курением. Однако такую динамику можно объяснить и улучшением диагностики, повышением доступности спирометрии и повышением грамотности врачей.

Рисунок 1. Заболеваемость пневмонией, БА и ХОБЛ в Татарстане за последние 20 лет (на 100 тысяч населения)



РОССИЙСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ НА ЕВРОПЕЙСКОМ РЕСПИРАТОРНОМ КОНГРЕССЕ

В конце сентября в Амстердаме прошёл ежегодный Европейский респираторный конгресс, на который приехало около 22 тысяч человек. В день открытия состоялась специальная сессия на русском языке. В ней приняла участие наша делегация во главе с академиком А. Г. Чучалиным. Вместимость зала – около 1000 человек, и в нём не было свободных мест. В течение дня прошло четыре блока сессии: пневмония у взрослых, у детей, ХОБЛ/астма и туберкулёз. Их модерировали ведущие российские специалисты А. И. Синопальников, Н. А. Геппе, В. А. Невзорова и И. А. Васильева совместно с лидерами направлений Европейского респираторного общества, создателями международных руководств – Тобиасом Вельте (Германия), Марком Миравиталсом (Испания). Интерес специалистов по респираторной медицине к российской пульмонологии был высок – сессии вопросов и ответов приходилось останавливать ввиду строгости регламента... Мне довелось выступить на сессии по саркоидозу, которая собрала практически всех мировых лидеров, занимающихся гранулематозом. Презентация Татарстана стала не только предметом обсуждения, но и рекомендована к публикации в журнале Всемирной ассоциации по саркоидозу и гранулематозам (WASOG).

Безусловно, пульмонологическая служба требует постоянного совершенствования. Логично привести её в соответствие с приказом министра здравоохранения России В. И. Скворцовой от 15 ноября 2012 г. № 916н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология». Необходима большая и последовательная работа по расширению амбулаторной пульмонологической помощи, созданию и оснащению кабинетов пульмонологов. В перечень оборудования входят: портативный спирометр, пульсоксиметр, аппараты для измерения CO и NO в выдыхаемом воздухе, пикфлоуметры, негатоскоп, компьютер. В соответствии с этим приказом один врач-пульмонолог необходим для оказания помощи 70 тысячам взрослого и 100 тысячам детского населения. Следовательно во всех городах и населённых пунктах, имеющих население 70 тысяч человек и более, должны быть амбулаторные пульмонологи. Это как минимум Казань, Набережные Челны,

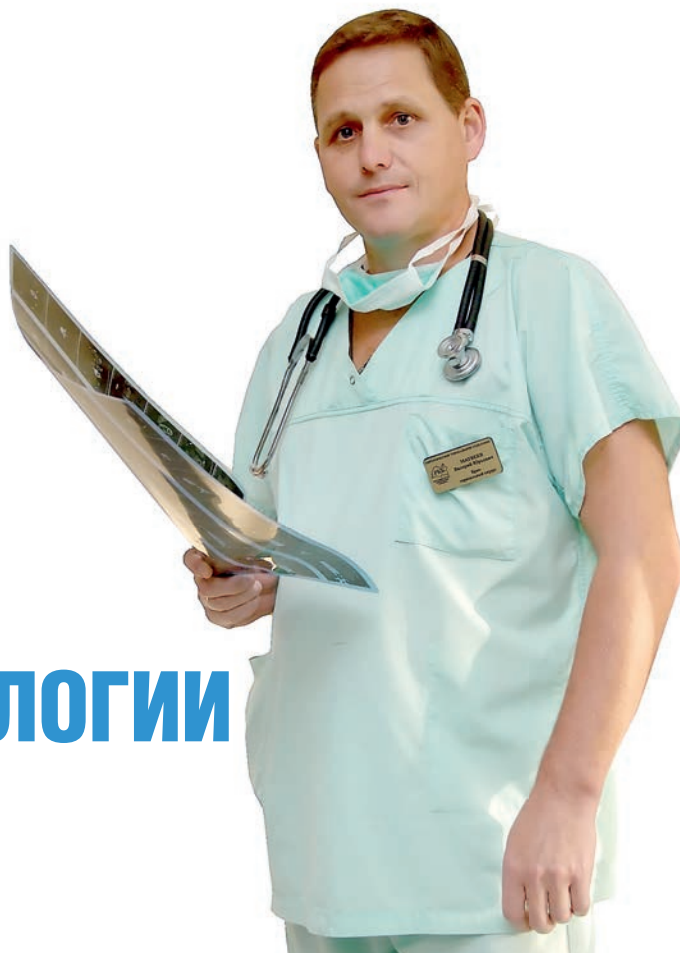
Нижнекамск, Альметьевск, Зеленодольск и Бугульма. В этих городах логично было бы иметь пульмонологические отделения. Реально они есть только в Казани и Набережных Челнах. Порядки предполагают создание дневных пульмонологических стационаров (1 пульмонолог на 15 коек и 1 заведующий на 30 коек). Те же требования предъявляются к пульмонологическим стационарным отделениям, а оснащение имеет значительно более широкий перечень. Важно, чтобы эти отделения находились в хорошо оснащённых многопрофильных стационарах, имеющих современную лучевую и функциональную диагностику, клиническую и бактериологическую лаборатории, эндоскопию и торакальную хирургию. Этот приказ также определяет порядок организации деятельности кабинетов школ здоровья: «Лечение табачной зависимости», «Школа для больных бронхиальной астмой», «Школа для больных хронической обструктивной болезнью лёгких».

По данным РМИАЦ МЗ РТ, на конец 2014 года в нашей республике было 25,25 штатной должности врача-пульмонолога. Все они полностью заняты. В Казани имеются семь штатных пульмонологов. Исходя из порядков, их должно быть не менее 37. Следует отметить, что в этом году наша кафедра подготовила 21 пульмонолога для Татарстана, ежегодно мы готовим в клинической ординатуре от одного до четырёх таких специалистов. То есть образованность наших врачей растёт. Однако работать пульмонологами хотят далеко не все ввиду существенной разницы в оплате труда. При сравнении, например, с фтизиатрами, которых мы тоже готовим на нашей кафедре, она отличается почти в два раза.

18 сентября 2015 года в Самаре состоялось совещание главных пульмонологов Приволжского федерального округа под руководством главного специалиста ПФО профессора А. В. Жесткова. При сопоставлении наших служб Татарстан выгодно отличался по оснащённости здравоохранения, однако имел существенно меньше пульмонологических коек и кабинетов. Так, на сегодня в Республиканской клинической больнице имеется 21 пульмонологическая койка (в других регионах – не менее 40), нет дневного стационара, функционирует один кабинет пульмонолога. Это ЛПУ оказывает помощь самым сложным больным, в значительной степени благодаря работе этого коллектива в Татарстане остаются стабильными показатели смертности, которые выгодно отличают республику от многих субъектов ПФО. Приведение пульмонологической помощи в полное соответствие с существующими порядками позволило бы и далее удерживать и даже улучшать наши эпидемиологические показатели.

Валерий МАТВЕЕВ,

врач – торакальный хирург отделения торакальной хирургии ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», к. м. н.



ЭНДОВИДЕОТЕХНОЛОГИИ

В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТОВ ДЛЯ ТОРАКАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ МЗ РТ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ СВОЕЙ ИСТОРИИ.

В

этом году отделению исполнилось 50 лет. В 1965 году на базе Железнодорожной больницы г. Казани было организовано отделение торакальной хирургии под руководством д. м. н. Аврама Овсеевича Лихтенштейна, который считается основателем торакальной хирургии в Казани и Республике Татарстан. В последующем отделением

руководили известные торакальные хирурги Н.Н. Морозов, А.Я. Вайсенберг. Последние несколько лет отделением руководит заслуженный врач РТ, доцент кафедры хирургических болезней КГМУ, к. м. н. Р.М. Хасанов. На протяжении всей истории отделения торакальные хирурги разрабатывали новые методики хирургического лечения больных с заболеваниями органов грудной клетки, внедряли передовые инновационные технологии. С 2001 года в РКБ проводятся видеоторакоскопические операции, и за 14 лет здесь был накоплен значительный опыт в использовании этой передовой технологии в лечении различных заболеваний органов грудной клетки.

Успешному внедрению современных подходов в торакальной хирургии способствовала модернизация

больницы, приобретение эндовидеооборудования с соответствующим инструментарием, электрокоагулятора FORCE TRIAD™, гармоничного скальпеля Ultra Cision, сшивающих эндостеплеров, техническое переоснащение диагностических служб. Отделение сотрудничает с ведущими зарубежными специалистами, которые проводят мастер-классы для врачей Татарстана и России. Наши хирурги прошли стажировки в ведущих европейских клиниках. Одним из результатов этого сотрудничества можно считать операцию, впервые проведенную в России врачами отделения совместно с испанским хирургом Диего Гонзалес Ривасом, – удаление доли лёгкого из одного небольшого доступа без интубационного наркоза. Данная операция в настоящее время внедрена в повседневную практическую деятельность отделения, что позволяет минимизировать не только операционную травму, но и понизить риск анестезиологических осложнений. Эту технологию применили у семи пациентов с бронхоэктатической болезнью с хорошим результатом, без интраоперационных и послеоперационных осложнений. Больные были выписаны в среднем на 5–7 сутки. За последние три года нами выполнено 82 видеоторакоскопические лоб- и билобэктомии, 2 пневмонэктомии. У 12 пациентов видеоассистированные



лобэктомии с лимфодиссекцией были выполнены у больных с раком лёгкого. Использование видеоторакоскопических и видеоассистированных операций при анатомичных резекциях лёгких позволяет уменьшить хирургическую травму и кровопотерю, сократить сроки госпитализации, снизить частоту развития послеоперационных осложнений в виде пневмоний и нарушений ритма сердца, уменьшить болевой синдром. Этим достигается более быстрая медицинская и социальная реабилитация, а также повышение качества жизни оперированных больных. Сегодня неоспоримые преимущества эндоскопического доступа привлекают всё большее число торакальных хирургов. Подобные операции доступны только в передовых клиниках России, где имеются подготовленные торакальные хирурги и соответствующее техническое обеспечение.

На сегодняшний день в отделении выполняется весь спектр операций на лёгких и органах средостения. Следует отметить, что более 60 % оперативных вмешательств проводятся с использованием эндовидеотехнологий. Основными показаниями к проведению видеотораскопии (ВТС) с целью диагностики у 228 пациентов являлись диссеминированные процессы в лёгких и плевре неясной этиологии, у 218 – ВТС применена при острой и хронической эмпиемах плевры, у 139 – при спонтанном пневмотораксе, у 79 – с новообразованиями средостения, у 64 – при травме грудной клетки, у 6 – при гнойных медиастинитах.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Успех лечения зависит от точного и своевременного установления диагноза. Проблема ранней дифференциальной диагностики экссудативного плеврита и диссеминированных процессов в лёгких остаётся актуальной и по сей день. В последние годы нами была полностью изменена диагностическая тактика по отношению к данной категории больных, обязательным при проведении ВТС стало выполнение полипозиционной биопсии плевры и лёгкого, лимфоузлов средостения. С 2001 по 2015 г. в РКБ ВТС применили у 156 пациентов с целью диагностики экссудативных плевритов неясной этиологии, у 72 больных с диссеминированными заболеваниями лёгких. Всем пациентам проводили комплексное клинко-рентгенологическое обследование. В подавляющем

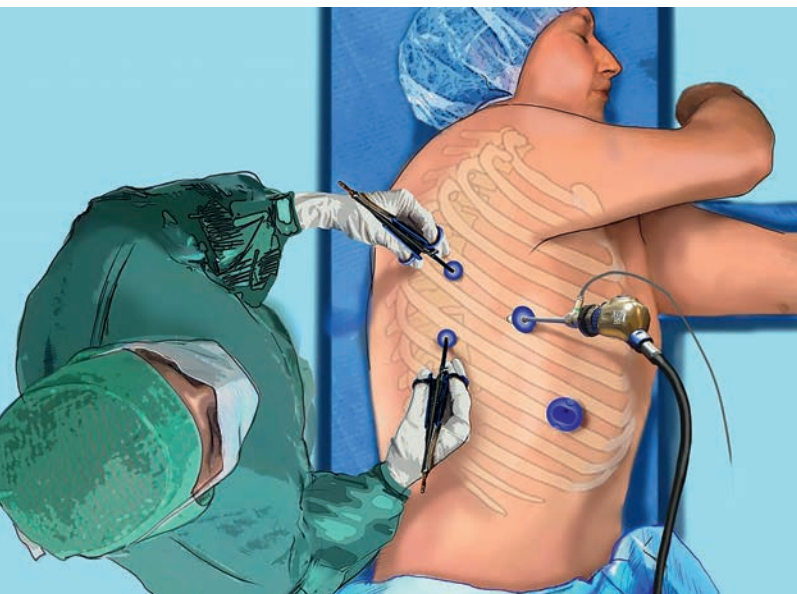
большинстве случаев ВТС позволяет получить материал для морфологической верификации. На основании гистологических исследований у 86 пациентов выявлен плеврит туберкулёзной этиологии, у 25 – канцероматозный, у 35 – параметапневмический, у 10 – посттравматический. У 28 больных был установлен саркоидоз, у 11 – туберкулёз лёгких, у 23 – гистологическая картина идиопатического фиброзирующего альвеолита, у 3 – бронхоальвеолярный рак, у 4 – хроническая пневмония, у 3 – пневмофиброз. Осложнений при выполнении ВТС не было. Вечером того же дня больные могли самостоятельно сидеть и вставать. Средняя продолжительность нахождения пациентов на койке составила около семи дней. Все больные после установленного диагноза переводились в соответствующие отделения и клиники. Таким образом, ВТС является оптимальным выбором в диагностике экссудативного плеврита и диссеминированных процессов неясной этиологии.

НОВООБРАЗОВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

Видеотораскопия применяется в диагностике и лечении новообразований, исходящих из средостения. Как правило, «клиника» в данных случаях отсутствует, иногда больного беспокоят тупые боли в области сердца, кашель. Онкология выявляется случайно при рентгенологическом исследовании во время диспансерного наблюдения. Следует проводить диффдиагностику с тератомами, дермоидными кистами, липомами, тимомы, кистами перикарда, опухолями лёгкого и аневризмой аорты, диафрагмальной грыжей. РКТ органов грудной клетки в большинстве случаев позволяет выявить эти заболевания, но не всегда удаётся их дифференцировать. ВТС позволяет уточнить характер данных образований и определить оптимальную хирургическую тактику. Мы располагаем опытом хирургического лечения атипично расположенных тимом, липом, целомических кист перикарда. Кисты чаще встречались у мужчин (66,7%), у 81 % больных кисты локализовались справа в сердечно-диафрагмальном углу. Средний возраст таких пациентов составил 34,6 года. Размер кист варьировал от 5 до 12 см в диаметре. Большинство образований было обнаружено во время проведения рентгенологического обследования, причём 83 % больных жалоб не предъявляли.

ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ

Актуальность проблемы лечения эмпиемы плевры подтверждается высокими показателями заболеваемости, летальности, хронизации процесса и инвалидизации больных. Мы располагаем опытом применения ВТС 218 пациентов с острой эмпиемой плевры (164 пациента) и хронической (54 пациента). У 58,7 % больных имелись функционирующие бронхоплевральные сообщения (БПС). ВТС старались проводить на 4–7 сутки с момента поступления. Всем больным из этой группы проводили наружное чрескожное ИК-лазерное облучение грудной клетки в проекции патологического процесса, и 16,5 % пациентов – внутрисосудистое ультрафиолетовое лазерное облучение крови. Оперативный этап видеотораскопии включал следующие технические приёмы: аспирацию гноя и фибрина, разрушение внутриплевральных спаек и сращений, промывание эмпиемной полости растворами антисептиков, частичную



По своей информативности видеотораскопия является «золотым стандартом» в диагностике и лечении больных с различными патологиями грудной клетки.

или полную декортикацию лёгкого, удаление секвестров из плевральной полости, париемальную плеврэктомию (по типу плеврэмпиемэктомии), электрокоагуляцию устьев бронхоплевральных сообщений. Операцию заканчивали направленным дренированием плевральной полости. Нами разработан комбинированный метод лечения больных эмпиемой плевры с БПС, включающий в себя динамическую видеотораскопию в комбинации с временной окклюзией бронхов (ВОБ) и лазеротерапию. ВТС заняла прочное место в этапном лечении наиболее тяжёлого контингента больных с гнойно-деструктивными заболеваниями лёгких, прежде всего с гангреной. На первом этапе нами проводится динамическая ВТС с целью некрэктомии, санации и адекватного дренирования плевральной полости, что позволяет снизить интоксикацию, стабилизировать состояние больного и подготовить к радикальному оперативному лечению. Показаниями к применению ВТС являются острые и хронические эмпиемы плевры независимо от распространённости и наличия бронхоплевральных

сообщений. Применение ВТС при острой эмпиеме без БПС позволило добиться выздоровления у всех больных. Комбинированное лечение эмпиемы плевры с БПС было успешным у 82,6 % пациентов. Наилучшие результаты достигнуты в группе пациентов с острой эмпиемой плевры – выздоровление получено у 143 (87,2 %) человек. Интраоперационной летальности не было. Таким образом, ВТС имеет высокую эффективность в лечении больных эмпиемой плевры, особенно при отсутствии БПС. Комбинированное использование динамической ВТС с ВОБ и лазеротерапией патогенетически оправданно при острой эмпиеме плевры с БПС, позволяет в короткие сроки добиться выздоровления или подготовить больного к радикальному оперативному вмешательству.

СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

По различным данным, 10–12,5 % пациентов, поступающих в стационар по экстренным показаниям, – это больные со спонтанным пневмотораксом. Его причиной чаще всего является буллёзная дистрофия лёгких. Большинство торакальных хирургов признало, что применение ВТС является наилучшим решением для данной категории больных. Нами была выполнена ВТС у 139 таких пациентов. У 56 % пациентов проводились атипичные резекции лёгких, и у всех проводился плевродез (удаление париеальной плевры) с целью сращения лёгкого с грудной стенкой. Осложнений не отмечено, средняя продолжительность лечения составила около 11 дней. Рецидив пневмоторакса наблюдался у 2,9 % больных, во всех случаях он носил ограниченный характер. Все больные выздоровели.

ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

В структуре травматизма повреждения органов грудной клетки составляют около 10 %, занимая третье место. У каждого четвёртого погибшего от политравмы, непосредственной причиной смерти являются тяжёлые повреждения груди. Применение ВТС позволяет эффективно устранить последствия травм, уменьшить тяжесть общего состояния пострадавших, снизить число торакотомий на 50–80 %. Показаниями к применению ВТС у больных с травмой грудной клетки со стабильной гемодинамикой являются: свежий малый и средний гемоторакс или гемопневмоторакс; свернувшийся гемоторакс до 2–3 недель после травмы; необходимость диагностировать разрыв диафрагмы, повреждение сердца. Торакоскопия позволяет исключить выполнение отсроченных торакотомий в связи с развившимися послеоперационными осложнениями. ВТС занимает достойное место в лечении травм грудной клетки, обладая всеми преимуществами торакотомии при минимальной травматичности. ВТС применялась у 64 пациентов РКБ с травмами грудной клетки. Послеоперационная летальность составила 4,7 %, остальные пациенты выздоровели.

ГНОЙНЫЕ МЕДИАСТИНИТЫ

У шести больных ВТС применена при гнойных медиастинитах, осложнённых эмпиемой плевры, причинами которых являлись спонтанный разрыв пищевода и колото-резаное ранение пищевода и трахеи.

Таким образом, видеотораскопия является «золотым стандартом» в диагностике и лечении больных с различными патологиями грудной клетки. Она позволяет значительно улучшить клинико-диагностические показатели, повысить операбельность больных, сократить сроки пребывания пациентов на лечении, уменьшить послеоперационную летальность, повысить качество жизни. Будущее торакальной хирургии видится в развитии и внедрении эндовидеотехнологий в лечении большинства заболеваний органов грудной клетки, в том числе роботизированных технологий.

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА:

КОГДА
«ВСЁ ПОД
КОНТРОЛЕМ»

ИНТЕРВЬЮ С ГЛАВНЫМ АЛЛЕРГОЛОГОМ-ИММУНОЛОГОМ МИНЗДРАВА РТ И ПРИВОЛЖСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА, ДИРЕКТОРОМ ФБУН «КАЗАНСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И МИКРОБИОЛОГИИ» РОСПОТРЕБНАДЗОРА, ПРОФЕССОРОМ, Д. М. Н. РУСТЭМОМ ФАССАХОВЫМ.

– Рустэм Салахович, известно, что бронхиальная астма относится к числу наиболее распространённых хронических заболеваний органов дыхания. Какие бы вы отметили достижения в диагностике и лечении этого заболевания?

– Действительно, заболеваемость бронхиальной астмой достаточно высока, причём в последние 2–3 десятилетия отмечается мировая тенденция роста числа таких больных. Болеют астмой как взрослые, так и дети, причём начиная с самого раннего возраста. Заболевание это хроническое, характеризуется периодическими обострениями, которые могут привести к серьёзным осложнениям, в наиболее тяжёлых случаях – к непоправимому исходу. Неконтролируемая астма вынуждает больных часто обращаться за неотложной помощью, требует госпитализации. Серьёзный ущерб при неконтролируемом течении заболевания, наряду со снижением качества жизни пациента, связан и со значительным расходом средств на здравоохранение – в

глобальном масштабе речь идёт о миллиардах долларов. В том числе в связи с этим предпринимаются серьёзные усилия для разработки новых методов диагностики и терапии, основной целью которых является достижение контроля бронхиальной астмы.

– «Контроль бронхиальной астмы», «неконтролируемая бронхиальная астма» – что понимать под контролем в данном случае?

– Контролируемая бронхиальная астма – это когда заболевание практически не доставляет проблем больному. То есть человек, страдающий бронхиальной астмой, чувствует себя практически здоровым. У него не развиваются приступы удушья при нагрузке, а значит, он может выполнять физическую работу (в саду, например), заниматься физической культурой и спортом, при контакте с холодным воздухом, аллергенами, он не просыпается от удушья по ночам. При этом, что очень важно, принимаемые для достижения контроля медикаменты не вызывают сколько-либо значимых побочных эффектов.



– Вы сказали «заниматься спортом» – то есть бронхиальная астма не является противопоказанием для этого?

– Нет, конечно! И достижения выдающихся спортсменов тому очевидный пример. Один из них – известный футболист и «икона стиля» Дэвид Бекхэм – страдая астмой с детства, добился выдающихся успехов, причём не только на футбольном поле.

– И как же добиться контроля бронхиальной астмы?

– В первую очередь надо убедиться, что больной действительно страдает именно бронхиальной астмой. Существует целая группа заболеваний, по своим клиническим проявлениям, отдельным симптомам напоминающих бронхиальную астму, но таковой не являющиеся. Противоастматическая терапия в этих случаях будет неэффективна.

Во-вторых, необходимо определиться с этиологической формой заболевания – аллергическая астма или нет. Это очень важно, так как в случае аллергической природы болезни применяют специальные методы как профилактики, так и терапии.

– Что это за методы, и насколько они доступны?

– Самый первый и высокоэффективный способ – это устранение или ограничение контакта с аллергеном. После того как «виновный» аллерген с помощью специальных методов установлен, проводится комплекс мероприятий по уменьшению его концентрации в окружающей больного среде. И когда ведущая причина болезни устранена или её воздействие сведено к минимуму – выраженность патологического процесса снижается, одновременно с этим снижается и потребность в противоастматической терапии. Причём в этом направлении у нас есть определённые достижения. Так, с этого года больные с аллергией на пыльцу растений в Казани могут посмотреть её концентрацию в воздухе – результаты, полученные специалистами Казанского федерального университета с помощью современного оборудования, размещаются на сайте www.kestine.ru. Новые возможности появились теперь не только в профилактике, но и в лечении больных с аллергическими заболеваниями дыхательных путей. Единственным на сегодняшний день методом, излечивающим их, является специфическая иммунотерапия, принцип которой заключается в введении постепенно возрастающих доз «виновного» аллергена. И если до сих пор единственным способом введения являлся инъекционный – что требовало обязательного визита к аллергологу как минимум два раза в неделю для проведения инъек-

ций – то сегодня аллерговакцины доступны в виде подъязычных капель и таблеток. Пациент по специально составленной графике принимает их сам, что существенно повышает комплаентность и доступность этой высокоэффективной терапии.

– И этого достаточно для достижения контроля?

– Конечно нет. Достижение контроля возможно только при назначении адекватной базисной терапии, возможности которой на сегодня также весьма высоки. В первую очередь речь идёт о противовоспалительных противоастматических препаратах, к которым относятся, прежде всего, современные высокоэффективные препараты ингаляционных кортикостероидов.

– Кортикостероидов? Значит все-таки гормоны? Но их же используют в терапии астмы уже более 60 лет – что же здесь нового?

– Новыми являются сами препараты. Последовательная модификация привела к разработке молекул с высокой местной противовоспалительной активностью и минимальным системным действием – а значит, и способностью вызывать побочные эффекты. Для современных противоастматических препаратов системная биодоступность на уровне десятых долей процента от ингалируемой дозы – это норма (сравните со 100 % у таблеток преднизолона, дексаметазона и др., которыми начинали лечить астму 60 лет назад).

– Неужели кроме модификации стероидов в терапии астмы сделать ничего нельзя?

– Конечно можно! И наиболее перспективное направление сейчас – это персонализированная терапия, основанная на выделении фенотипов заболевания и таргетной терапии. Для больных с аллергической астмой уже пять лет используют препарат омализумаб – моноклональное антитело против основного посредника аллергии иммуноглобулина класса Е. Среди больных с тяжёлой, плохо контролируемой астмой выделяют фенотипы с высокой эозинофилией. Для них разработаны средства терапии в виде моноклональных антител против интерлейкина-5 – цитокина, который способствует миграции эозинофилов в ткань лёгких, их активации там и поддержанию аллергического воспаления, итогом которого являются приступы удушья. Эти препараты станут доступны уже через год-два. Завершаются исследования с применением антител против интерлейкина-4, 13 – так что в ближайшее время нас ждёт серьёзный прорыв в терапии астмы.

Ирина ВИЗЕЛЬ, ассистент кафедры фтизиопульмонологии Казанского государственного медицинского университета, член Европейского и Российского респираторных обществ, к. м. н.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: ЧЕМ И КАК ЛЕЧИТЬ?



ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 ЛЕТ ПРЕТЕРПЕЛО ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ. ОТ ТАБЛЕТОК И ИНЪЕКЦИЙ МЫ ВСЁ ЧАЩЕ ПЕРЕХОДИМ К ИНГАЛЯЦИОННЫМ ПУТЯМ ДОСТАВКИ, ЦЕЛЬЮ ТЕРАПИИ СТАНОВИТСЯ НЕ СИМПТОМ ИЛИ СИНДРОМ, А КОНКРЕТНЫЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ, КРАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВ СВОДИТСЯ К МИНИМУМУ. РАДИКАЛЬНО ИЗМЕНИЛИСЬ И ТРЕБОВАНИЯ К БЕЗОПАСНОСТИ И НАДЁЖНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.



Основными направлениями фармакотерапии в пульмонологии являются бронходилатация, влияние на воспаление, антибактериальная терапия и лечение, направленное на патогенез болезни.

Ведущими причинами нарушения проходимости дыхательных путей являются хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) и бронхиальная астма, распространённость которых в нашей республике продолжает увеличиваться. ХОБЛ стала глобальной проблемой, связанной с курением. Это заболевание делит с инфекциями нижних дыхательных путей третье и четвёртое места в структуре всех причин смертности в мире. Безусловно, первым шагом в лечении ХОБЛ является полное прекращение курения. Но если стаж этой зависимости превышает 10 пачко-лет (число сигаретных пачек, выкуриваемых за день, умноженное на число лет курения. – Прим.

ред.), то у каждого четвёртого курильщика развивается бронхообструктивный синдром, а затем и ХОБЛ.

Основной терапии ХОБЛ являются бронхолитики. Сегодня предпочтение отдаётся бронходилататорам длительного действия. Почти 10 лет мы работали с 12-часовыми препаратами – формотеролом и сальметеролом. Время показало, что формотерол обладает преимуществом в практической медицине. При равной длительности действия он уже в первые три минуты даёт больному облегчение. Все новейшие бронхолитики длительного действия обладают свойством расширять бронхи в первые минуты после ингаляции. На рубеже последних веков нам стал доступен первый бронходилататор 24-часового действия – тиотропий, блокирующий М3-холинорецепторы дыхательных путей. Он начинает действовать не быстро, в течение 30 минут, но надёжность и безопасность сделали его эталоном длительной бронходилатации, с ним мы сравниваем все новые молекулы в клинических исследо-

ваниях. Жизнь не стоит на месте, и первым 24-часовым бронхолитиком длительного действия с бета2-адреномиметическим эффектом стал индакатерол. При этом его эффект ощутим в первые 3–5 минут. Следом за ним в России был зарегистрирован гликопирроний, который подобно тиотропию относится к атропиноподобным препаратам. Со всеми новыми лекарственными препаратами мы начинаем работать задолго до их регистрации в России – с 1997 года кафедра фтизиопульмонологии и центр клинических исследований КГМУ являются одним из сертифицированных центров по исследованию новых лекарственных средств и устройств в пульмонологии. Появились и другие молекулы бронхолитиков длительного действия – вилантерол, умеклидиний, аклидиний и прочие.

Многолетний клинический опыт показал, что комбинация бронхолитиков двух типов обеспечивает больший клинический эффект при сниженной дозировке каждого из компонентов. До последнего времени в России это была комбинация ипратропий/фенотерол, а в мире ещё и ипратропий/сальбутамол. В ближайшее время мы начнём применять такие комбинации с 12 и 24-часовым эффектами. Клинические исследования очень обнадеживают.

В последнее время всё чаще задают вопрос – нужны ли нам до сих пор аминофиллин и теофиллин? Эти препараты входят в стандарты и рекомендации. Внутривенное введение зуфиллина показано только тяжёлым больным, а пролонгированные метилксантины являются препаратами третьего ряда, когда возможности ингаляционной терапии исчерпаны. При применении этих препаратов рекомендуется обеспечить контроль их концентрации в плазме крови.

Революцией в лечении бронхиальной астмы можно назвать создание ингаляционных глюкокортикостероидов. Они липофильны в отличие, например, от преднизолона или дексаметазона, которые гидрофильны. То есть, попадая в лёгкие, они слабо всасываются в кровь, остаются на поверхности дыхательных путей, обеспечивая длительный противовоспалительный эффект. Первым препаратом был беклометазона дипропионат, впервые назначенный в 1971 году при аллергическом рините, а в 1972-м – при бронхиальной астме. Он применяется до настоящего времени. Но были разработаны новые молекулы: будесонид, который применяется во многих комбинациях и самостоятельно; флутиказона пропионат с высоким уровнем аффинности к рецепторам; мометазон, обладающий способностью внегеномного воздействия на рецепторы; циклесонид, проявляющий свои свойства в лёгких и неактивный в полости рта.

Наряду с разработкой новых ингаляционных препаратов совершенствуются средства их доставки. Дозирующие аэрозольные баллончики (ДАИ) изменили свои свойства – если первое их поколение обеспечивало доставку в лёгкие 12 % дозы, то теперь – до 52 %. Спейсеры и аэрокамеры обеспечивают меньшее оседание препаратов в ротовой полости. Расширился выбор небулайзеров – наиболее универсальных средств доставки аэрозолей – от простых компрессоров до систем с вибрацией потока, подогревом, клапанными механизмами. Порошковые ингаляторы (ДПИ) стали очень разнообразными – с высоким и низким сопротивлением на вдохе, многодозные и однодозные (капсульные). Необходимо, чтобы врач и больной понимали особенности каждого из устройств. Так, при применении ДАИ больного обучают спокойному глубокому вдоху из устройства, а при применении ДПИ – глубокому вдоху с максимальным усилием.

Большие надежды современная пульмонология возлагает на совершенно новые классы препаратов. Так, недавно в практике появился ингибитор фосфодиэстеразы-4 – рофлумиласт (в исследованиях мы работаем с ним достаточно давно) – противовоспалительный препа-

рат, рекомендованный больным с тяжёлой ХОБЛ. В ближайшее время можно ожидать внедрения лекарств, влияющих на конкретные цитокины и интерлейкины. Забрехала надежда в лечении такого тяжёлого заболевания, как идиопатический лёгочный фиброз: появились две новые молекулы, влияющие на фиброзирование лёгких, – пирфенидон и нинтеданиб. Время покажет, насколько они безопасны и эффективны, ранее таких препаратов у нас не было.



Меньше всего оптимизма пока в развитии антибактериальной терапии. Похоже, что микробная флора стала формировать устойчивость к лечению быстрее, чем идёт разработка новых препаратов. Так, во фтизиатрии сравнительно недавно появились термины «множественная» и «широкая лекарственная устойчивость», характеризующие состояния, при которых необходимо применение новых противотуберкулёзных средств и множественных комбинаций. В России ведётся мониторинг резистентности пневмококков, гемофильной палочки, который тоже не внушает особого оптимизма. Нерациональное применение антибиотиков (чаще всего при обычной простуде) приводит к снижению чувствительности к ним патогенных бактерий. Предлагаемые новые антибактериальные препараты оказываются или недостаточно эффективными, или очень дорогими.

Пожалуй, именно в области антибактериальной терапии наиболее актуально импортозамещение, поскольку она не терпит промедления, и эффективные препараты, например, при пневмонии, необходимо вводить в течение первых четырёх часов заболевания. Они всегда должны быть в наличии в стационарах. Сложившаяся в мире ситуация является хорошим стимулом для дальнейшего развития отечественной фарминдустрии, в которой уже сегодня появилась практически полная линейка препаратов с полным циклом производства в России.

Недавно вышедший приказ, вновь разрешающий использовать в больницах торговые наименования, мне видится результатом накопленного клинического опыта. При равной по эффективности субстанции лекарственная форма может отличаться наполнителем, оболочкой, свойствами капсулы или средством доставки. Всё это может менять эффективность и переносимость. Интересно, что у больных, приезжающих к нам из Германии или Израиля, как правило, лечение назначено по торговым наименованиям.

Таким образом, современная пульмонология обладает широким набором методов и средств лечения, которое обеспечивает больным если не выздоровление, то достаточно высокое качество жизни.

Рафаэль ШАВАЛИЕВ, главный врач ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ», к. м. н.;
Ильнур ЗАКИРОВ, заведующий отделением пульмонологии, доцент кафедры педиатрии и неонатологии КГМА, к. м. н.;

Оксана ПЯТЁРКИНА, заведующая консультативной поликлиникой № 1, главный специалист Минздрава РТ по пульмонологии детского возраста;

Олег КУЛИКОВ, заместитель главного врача по организационно-методической работе, к. м. н.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ МУКОВИСЦИДОЗОМ, В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

МУКОВИСЦИДОЗ (МВ) – НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ НАСЛЕДСТВЕННОЕ ПОЛИОРГАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ИМЕЮЩЕЕ ТЯЖЁЛОЕ ТЕЧЕНИЕ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ. В 50-Е ГОДЫ ПРОШЛОГО ВЕКА БОЛЕЕ 60 % БОЛЬНЫХ МВ УМИРАЛО В ВОЗРАСТЕ ДО ГОДА. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В РОССИИ ОКОЛО 32 % ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГАЮТ ВОЗРАСТА 18 ЛЕТ. СОВРЕМЕННАЯ ПОЛИКОМПОНЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ НЕ ТОЛЬКО УВЕЛИЧИТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ, НО И УЛУЧШИТЬ ЕЁ КАЧЕСТВО. ВМЕСТЕ С ТЕМ МВ ПО-ПРЕЖНЕМУ НЕИЗЛЕЧИМ И ПОЭТОМУ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМОЙ В ПЕДИАТРИИ.



Примерно каждый 20-й житель планеты является носителем дефектного гена муковисцидоза. По данным ВОЗ, распространённость МВ в России находится на уровне 1:4900. В Республике Татарстан согласно регистру 2014 года зарегистрировано 108 пациентов с МВ, среди них 73 ребёнка в возрасте до 18 лет. Муковисцидоз наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

Оба родителя являются лишь носителями, вероятность рождения ребёнка с МВ у них равна 25 %.

У большинства больных первые симптомы МВ появляются уже на первом году жизни, хотя известны случаи развития заболевания вплоть до зрелого возраста. Чаще всего манифестация болезни связана с переводом грудного ребёнка на смешанное вскармливание. Появляются обильный замазкообразный жирный стул, увеличение печени, задержка физического развития. Характерен внешний вид детей: сухая серовато-землистая кожа, худые конечности с деформацией пальцев в виде «барабанных палочек», расширенная грудная клетка, большой вздутый живот. Затем в клинической картине начинают преобладать бронхолёгочные изменения в виде

упорного навязчивого кашля, обилия вязкой мокроты и одышки. Присоединение вторичной инфекции приводит к развитию прогрессирующего хронического бронхолёгочного процесса с постепенным формированием лёгочно-сердечной недостаточности. Симптоматика муковисцидоза зависит от типа мутации. Наиболее распространённой среди жителей Европы является мутация $\Delta F508$, в большинстве случаев она приводит к развитию панкреатической недостаточности в раннем возрасте. Именно поэтому своевременная диагностика, адекватное лечение и реабилитация таких больных являются прямой обязанностью детских врачей: педиатров, пульмологов, гастроэнтерологов, хирургов и прочих специалистов.

С 1993 года в Татарстане успешно функционирует трёхуровневая система ранней диагностики и лечения детей с МВ. На базе пульмонологического отделения ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» открыт Детский республиканский центр муковисцидоза, который является клиникой третьего уровня. Работа по раннему выявлению больных МВ организована следующим образом:

I этап. Участковый педиатр при подозрении на МВ осуществляет сбор семейного анамнеза, оценивает клиническую картину забо-

ления в соответствии с установленным алгоритмом, направляет ребёнка в консультативную поликлинику ДРКБ.

II этап. Пульмонолог, гастроэнтеролог, отоларинголог ДРКБ проводят первичное обследование: рентгенографию органов грудной клетки и придаточных пазух носа, так называемый потовый тест, выявление степени панкреатической недостаточности. При предварительном подтверждении диагноза ребёнок направляется на углублённое обследование в Детский республиканский центр муковисцидоза.

III этап. Проведение повторного потового теста, генетического обследования, рентгеновской компьютерной томографии, УЗИ-диагностики и бактериологических исследований в центре муковисцидоза на базе пульмонологического отделения ДРКБ.

Одним из важнейших методов раннего выявления заболевания является проведение неонатального скрининга на наследственные заболевания в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.03.2006 № 185 «О массовом обследовании новорождённых детей на наследственные заболевания». Скрининг позволяет своевременно выявлять МВ, начать раннюю терапию, существенно снизить тяжесть заболевания, увеличить продолжительность и качество жизни таких больных, определить распространённость в регионе. При подтверждении диагноза Республиканским генетическим центром РКБ ребёнок направляется для постановки на учёт, обследование и лечение в Детский республиканский центр муковисцидоза ДРКБ.

В пульмонологическом отделении клиники на функциональной основе выделено восемь коек для детей с МВ. Здесь проводится подбор индивидуальной программы лечения, коррекция объёма медикаментозной терапии, углублённое изучение функциональных и морфологических отклонений, связанных с хроническим процессом.

Комплексное лечение МВ как хронического воспалительного процесса бронхолёгочной системы обеспечивается назначением современных антибактериальных препаратов, муколитиков в сочетании с кинезитерапией и физическими упражнениями. Немаловажное значение в терапии имеет адекватный подбор препаратов заместительной терапии недостаточности поджелудочной железы, гепатопротекторов.

Центр муковисцидоза оказывает медико-социальную и психолого-педагогическую помощь пациентам и их родителям. В отделении проводятся индивидуальные и групповые школы, направленные на обучение больных правилам здорового питания, режима дня, медикаментозной терапии и т.д. Особое место в лечебной практике пульмонологической клиники ДРКБ занимает кинезитерапия. Здесь ежегодно внедряются новые методы, перенимается опыт ведущих клиник Москвы и Санкт-Петербурга. В отделении при содействии благотворительного фонда «Острова» организован кабинет кинезитерапии, в котором работает высококвалифицированный специалист.

В основе патогенеза МВ лежит продукция клетками экзокринных желёз секрета повышенной вязкости, что проявляется со стороны бронхолёгочной системы синдромом бронхиальной обструкции, мукостаза с колонизацией патогенной микробной флорой. С мукостазом, в первую очередь, надо бороться при помощи ежедневной кинезитерапии, а медикаментозная терапия является вспомогательной – для лучшей эвакуации мокроты. Кинезитерапия – часть лечебной физической культуры, которая предполагает лечение «физиологическими движениями» с индивидуальной, постепенно возрастающей дозировкой, учитывая жалобы, особенности течения заболевания, сопутствующую патологию, возрастные и анатомо-физиологические особенности организма. Постепенное обучение «правильным движениям» позволяет закрепить их

на уровне нового условного нейрорефлекторного навыка, что приводит к восстановлению нарушенных трофических, метаболических, циркуляторных взаимодействий в организме.

Кинезитерапия включает в себя методы дыхательной гимнастики и дренажа бронхиального дерева, гигиену верхних дыхательных путей, общую лечебную физкультуру, ингаляции и многое другое. Для



В работе отделения используются такие методы кинезитерапии, как активный цикл дыхания, аутогенный дренаж, методика задержки дыхания, дозированной физической нагрузки, экстрапульмональная осцилляция грудной клетки (ВЧОГК) и многое другое. ВЧОГК создаётся специальным высокопрочным надувным жилетом, который плотно облегает грудную клетку и соединён с воздушным компрессором, надувающим жилет в пульсовом режиме. Частота осцилляций и давление воздуха в жилете меняются в зависимости от задач терапии и состояния пациента. Благодаря ВЧОГК происходит вибрационная очистка бронхов от патологического секрета, улучшается мукоцилиарный клиренс.

каждого пациента подбирается индивидуальная методика с учётом патофизиологических изменений. «Лечение движением» не только улучшает дренажную активность дыхательных путей, но и оказывает мощное эмоциональное воздействие, повышает социальную активность больного. Обучение кинезитерапии должно проводиться только специалистом – недостаточно прочесть методику, посмотреть видеокурс. Неправильный режим, переоценка возможностей организма могут даже навредить пациенту.

Для дренажа респираторного тракта детей с бронхолёгочной патологией используются: ингаляция бронхолитика – с целью максимального расширения дыхательных путей для эвакуации мокроты, исключения развития бронхоспазма во время физической нагрузки; ингаляция муколитиков – для разжижения мокроты; кинезитерапия – для удаления мокроты; ингаляция антибактериальных или противовоспалительных препаратов на максимально очищенные от мокроты дыхательные пути.

Таким образом, в пульмонологической клинике ДРКБ не только обследуют и лечат детей с МВ, но и обучают их правилам самоконтроля, формируя культуру поведения пациента с хроническим заболеванием дыхательных путей. Это позволяет уменьшить частоту обострений, а также повысить социально-психологическую активность больного, а значит, повысить и качество его жизни.

Кадрия САФИНА, заместитель главного врача
по клинико-экспертной работе ОАО «Городская
клиническая больница № 12» г. Казани

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПРОИЗВОДСТВА НА ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРЕДСТАВЛЯЮТ ОДНУ ИЗ СЛОЖНЫХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ. ИХ ДИАГНОСТИКА ЗАТРУДНЕНА РАЗНООБРАЗИЕМ И НЕСПЕЦИФИЧНОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НЕОБРАТИМОСТЬЮ ТЕЧЕНИЯ, ПРИВОДЯ К УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ.



Основные производственные факторы, влияющие на дыхательные пути: пыль, пары и газы, неблагоприятные метеорологические факторы (излишняя сухость или влажность воздуха, резкие температурные колебания, сквозняки и т.д.). Вредное влияние на организм оказывают общетоксические, раздражающие, сенсибилизирующие, канцерогенные, мутагенные действия.

Промышленные аэрозоли поступают в организм ингаляционно, и поэтому полости носа, глотки и гортани являются первым барьером на их пути. Богатство рефлекторных связей последних с системой анализаторов, дыхательным и сосудодвигательным центрами и высшими структурами головного мозга подтверждает, что слизистая оболочка верхних дыхательных путей является «входными воротами» организма и чаще, чем другие органы, может служить местом возникновения патологического процесса при действии пылевого фактора. Патологические реакции, вызванные воздействием различных видов пыли,

обусловлены не только химическим, но и механическим повреждением. Особенностью является лишь степень выраженности дистрофических изменений и степень их распространенности по дыхательному тракту. Под воздействием пыли защитный аппарат органов дыхания претерпевает значительные изменения. Первоначальное раздражение переходит в гипертрофический катар с утолщением слизистой оболочки носа, усилением секреции, что приводит к нарушению носового дыхания. При длительном воздействии пыли гипертрофические процессы постепенно сменяются атрофическими с заменой мерцательного эпителия плоским и гибелью железистого аппарата. В этих условиях барьерная функция полости носа значительно снижается. Таким образом, возникающие под воздействием пыли гипертрофические и атрофические катары слизистой оболочки носа представляют собой этапы единого процесса, не зависящие от характера пыли.

В прогрессировании хронического пылевого бронхита имеет значение сочетание ряда факторов, и прежде всего курения, неблагоприятных метеорологических условий, инфекции. Его развитию, как правило, предшествует поражение верхних дыхательных путей, нарушение нор-

мального функционирования мукоцилиарного аппарата, системы локального иммунитета (секреторного иммуноглобулина А) и альвеолярных макрофагов, а также состояния общей реактивности. Эволюция хронического бронхита может быть представлена сменой гипертрофических изменений бронхов атрофическими. Рефлекторное воздействие некоторых физических факторов, в том числе и пыли, способствует повышению активности блуждающего нерва и вызывает бронхоспазм. Спазм бронхов, гиперсекреция, нарушение эвакуаторных механизмов, обеспечивающих очищение дыхательных путей, ведут к тому, что патологически изменённый бронхиальный секрет застаивается, сгущается и блокирует разветвление мелких и мельчайших бронхов. В этих условиях прогрессирует обструктивный синдром, нарастает эмфизема лёгких. Клинические особенности, прогноз и развитие осложнений хронического пылевого бронхита во многом определяются нарушением бронхиальной проходимости. Хронический бронхит профессионального генеза – одна из форм первично-хронического бронхита. Это определяет некоторые клинические особенности заболевания: медленное постепенное начало, характеризующее непостоянным, периодически усиливающимся кашлем, как правило, сухим, иногда со скудной мокротой, при отсутствии повышения температуры тела и существенного изменения общего состояния. Характер мокроты не носит признаков выраженного инфекционного воспаления. Специфическим для профессионального бронхита периодом заболевания является лишь начальный, обозначаемый как «бронхит раздражения», или простой пылевой катар бронхов. В дальнейшем клиническая картина характеризуется, в основном, неспецифическими синдромами. В настоящее время общепринятым в клинической практике специалистов по медицине труда является деление профессиональной патологии бронхиального дерева на две нозологические формы: профессиональные бронхит и ХОБЛ. Такое разделение логично и обосновано принципиальными различиями в течении и исходах заболеваний: если больные хроническим необструктивным бронхитом представляют собой категорию практически никогда не утрачивающих профессиональной пригодности пациентов, то ХОБЛ – это болезнь с фатальным исходом.

Наиболее неблагоприятное воздействие на дыхательную систему из минеральных веществ оказывают асбест, кремнезём, угольная пыль. Асбест вызывает развитие асбестоза, который приводит к разрастанию соединительной ткани в лёгких (фиброз), проявляющемуся нарастающей одышкой, сухим кашлем. Кроме того, он может приводить к изолированному заболеванию плевры – плевриту, который является фактором риска для развития рака лёгкого. Кремнезём (песок, кварц), угольная пыль вызывают заболевания, которые называются силикозом, антракозом или пневмокониозом. Сущность этой группы болезней состоит в прогрессирующем развитии фиброза в лёгких в результате длительного воздействия пыли. В течение длительного времени признаков заболевания может не быть, в то время как рентгенологические изменения выражены значительно. Очаги затемнений при пневмокониозах наиболее густо расположены в средних и боковых частях лёгкого, они разной величины, с неправильными контурами, плотные, располагаются симметрично с обеих сторон, в прикорневой зоне их практически нет. Наряду с очагами уплотнения выявляются признаки эмфиземы лёгких. Длительное течение болезни постепенно приводит к нарушению функции дыхательной

системы, усиливаются одышка, кашель. При воздействии органической пыли поражаются оба лёгких по типу фиброзирующего альвеолита. Его признаками являются одышка с затруднённым вдохом и выдохом, кашлем, который усиливается при попытке больного более глубоко вдохнуть. Характерны рентгенологические изменения, очень рано выявляются признаки дыхательной недостаточности при спирографии.

Контакты с аэрозолями вызывают профессиональную бронхиальную астму, ХОБЛ. В качестве причин этих заболеваний чаще всего называют соли платины, формальдегид, древесную пыль, перхоть и выделения животных на животноводческих фермах, птицефабриках, зерно и зерновой мусор на токах и элеваторах. Признаками астмы являются периодически возникающие приступы удушья с резко затруднённым выдохом при контакте с аллергеном.

Лечение и профилактика заболеваний органов дыхания пылевой этиологии основаны на общих принципах терапии больных с бронхлёгочной патологией с учётом характера и особенностей их течения. Основная терапия должна быть направлена на улучшение бронхиальной проходимости, дренажной и вентиляционной функций. Терапия заболеваний пылевой этиологии (хронических ринофарингитов, трахеитов, бронхитов, пневмокониозов, бронхиальной астмы) представляет достаточно длительный процесс. Эти заболевания очень часто объединяет наличие кашля, как правило, носящего непродуктивный характер, в значительной степени изнуряющего больного вследствие своего

рефлекторного характера со слизистой оболочки, имеющей атрофические и субатрофические изменения. Лечение профессиональных заболеваний лёгких – задача довольно трудная, поэтому особое внимание необходимо уделить предупреждению этих болезней, раннему выявлению.

В системе профилактики особую роль играет проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров, которые должны проводиться один раз в год с обязательным участием профпатолога, терапевта, пульмонолога, оториноларинголога, рентгеновским исследованием лёгких, спирографии согласно приказу МЗ и МП РФ № 302н от 12.04.2011 г. «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- Артамонова В.Г., Лашина Е.Л. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2005. – № 3. – С. 89–91.
- Профессиональная патология. Национальное руководство / под ред. Н.Ф. Измерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 784 с.
- Васильева О.С. Воздействие факторов окружающей среды и хроническая обструктивная болезнь лёгких // Пульмонология (избр. вопр.). – 2003. – № 6. – С. 1–4.
- Мухин Н.А., Косарев В.В., Бабанов С.А., Фомин В.В. Профессиональные болезни. Учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 496 с.
- Мазитова Н.Н. Профессиональные факторы и хроническая обструктивная болезнь лёгких: метаанализ // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9 (ч. 3). – С. 588–592.
- Горблянский Ю.Ю. Клинико-функциональный диагноз на этапах формирования профессиональных заболеваний органов дыхания: Материалы II Всерос. съезда профпатологов. – Ростов-на-Дону, 2006. – С. 140–142.



FINA WORLD CHAMPIONSHIPS
KAZAN
RUSSIA 2015
© FINA 2012

В ФОКУСЕ
МЕДИЦИНСКОЕ
ОБСЛУЖИВАНИЕ
ВОДНОГО
МУНДИАЛЯ



Ни один гость не остался без внимания медиков

Министр здравоохранения РТ Адель ВАФИН:

– К моменту проведения чемпионата мира по водным видам спорта здравоохранение республики накопило значительный опыт медицинского обеспечения крупных спортивных мероприятий. Конечно, опыт Универсиады был для нас бесценен. Именно благодаря ему 222 медицинских работника из Татарстана впоследствии были задействованы в медицинском обеспечении Олимпийских и Паралимпийских игр в Сочи, на которых они с честью справились с поставленными перед ними задачами.

Мы прекрасно понимали, что статус чемпионата мира по водным видам спорта в мире спорта также очень высок. Количество стран – участниц соревнований было беспрецедентным в истории новой России и Советского Союза. Именно поэтому Правительством РТ, Минздравами РФ и РТ задолго до чемпионата были приняты все необходимые меры в части организации медицинского обеспечения, санитарно-эпидемиологического благополучия. Эти вопросы находились на личном контроле у министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. Неоднократно проходили встречи рабочей группы в федеральном министерстве, заблаговременно были приняты все соответствующие нормативные документы.

Медицинское обслуживание проводилось силами татарстанских медиков. Кроме того, мы получили ощутимую поддержку со стороны Федерального медико-биологического агентства. На случай чрезвычайных ситуаций к нам были

направлены специализированные бригады, в режиме постоянной готовности были развернуты токсико-химическая, радиологическая лаборатории, лаборатория по особо опасным инфекциям. Очень важный аспект в части ликвидации последствий возможных чрезвычайных ситуаций – это тактико-специальные учения, которые проводились медицинскими работниками совместно с МЧС России, Роспотребнадзором. На них мы отработали все схемы межведомственного взаимодействия.

Нами были четко определены вопросы командной работы с врачами сборных. С



медицинскими работниками, прикрепленными к спортивным комплексам, были проведены инструктажи, для того чтобы они ориентировались на объекте, знали пути эвакуации, расположение бригад «скорой помощи». Это было нужно для того, чтобы при необходимости быстро и слаженно взаимодействовать с экстренными службами и своевременно доставить пострадавшего в медицинское учреждение.

Медицинское обеспечение было организовано с помощью мобильных медицинских бригад, на спортивных объектах были открыты медицинские пункты для спортсменов и зрителей. Пункты были развернуты и в пяти отелях, которые также находились в сфере нашей ответственности. Министерством были определены шесть госпиталей чемпионата из числа ведущих клиник Татарстана. Приёмные отделения здесь работали в круглосуточном режиме, в учреждениях зарезервировали коечный фонд на случаи поступлений спортсменов, членов делегаций, гостей.

К чемпионату была обновлена материально-техническая база здравоохранения. Медицинские бригады обеспечили сумками-укладками со всем необходимым, приобрели оборудование, мебель для комплектования медицинских пунктов. В преддверии чемпионата мы обновили и парк санитарного автотранспорта.

Медицинские работники Татарстана выложились на чемпионате на 100 %. Все службы работали в усиленном режиме, чтобы ни один гость не остался без внимания медиков. Президент FINA доктор Хулио Сезар Маглионе отметил высочайший уровень организации соревнований в Казани. Более того, по его мнению этот чемпионат стал лучшим в истории Международной федерации плавания. Эта лестная оценка относится и к медицинским работникам Татарстана, которые внесли огромный вклад в успешное проведение этого большого праздника спорта.

Марат ГАТАУЛЛИН,

медицинский директор чемпионата мира по водным видам спорта, главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая инфекционная больница им. проф. А.Ф. Агафонова» МЗ РТ

Римма САДЫКОВА,

главный специалист по профилактической медицине МЗ РТ, лечебной физкультуре и спортивной медицине ПФО, главный врач ГАУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики»



Медицина большого спорта

В Казани прошёл чемпионат мира по водным видам спорта. Внимание всей планеты было приковано к спортсменам, которые состязались в силе, ловкости, умении покорить водную стихию. Но в объективы телекамер и на первые полосы газет не попали те, кто внёс огромный вклад в успешное проведение этого грандиозного праздника спорта, – целая армия медиков, всегда готовых прийти на помощь на спортивных объектах, в местах размещения спортсменов и гостей столицы, в учреждениях здравоохранения.

Многое на этом чемпионате было сделано впервые. Начнём с того, что впервые в истории Международной федерации плавания FINA водный мундиаль прибыл в Россию, в Казань, которая в очередной раз подтвердила статус спортивной столицы страны. Причём здесь прошёл не только собственно чемпионат, но и международные соревнования категории «Мастерс» для более возрастных спортсменов и любителей – такого в практике FINA также ещё не было. Самой юной участнице чемпионата было всего 10 лет, а самому пожилому – 95!



Соревнования проходили по шести видам спорта: плавание, плавание на открытой воде, синхронное плавание, водное поло, прыжки в воду, хай-дайвинг. В них приняли участие 2413 спортсменов и 2639 спортсменов в категории «Мастерс» из 190 стран мира. Также в Казань приехало более 1800 официальных лиц, 170 тысяч туристов. Одним словом, масштабы события и ответственность принимающей стороны трудно переоценить. Медики республики с честью выдержали этот экзамен, продемонстрировав высокий профес-



сионализм, умение работать в команде, в полном соответствии с мировыми стандартами.

Для здравоохранения Татарстана подготовка к чемпионату началась задолго до его проведения. Точкой отсчёта можно считать Универсиаду-2013, которая стала своеобразной репетиции

ей водного мундиаля. Уже тогда были проработаны организационные вопросы, связанные, в частности, с оснащением медицинских пунктов, выпущены первые положения и нормативные акты, определяющие порядок оказания медицинской помощи, сформирован список ЛПУ, участвующих в медицинском

обеспечении, и многое другое. Как и при подготовке к студенческим Играм, в преддверии чемпионата были проведены межведомственные совещания, инструктажи, тактико-специальные учения в больницах и на спортивных объектах, тестовые соревнования. Отдельное внимание было уделено вопросу специального обучения медицинских работников, многие из которых, впрочем, уже имели за плечами опыт работы на Универсиаде-2013.

В медицинском обеспечении чемпионата было задействовано 615 медиков (более 400 – на соревнованиях категории «Мастерс»). Также в Казань было направлено 65 сотрудников ФМБА: персонал мобильных комплексов медико-биологического сопровождения сборной России, спортивные врачи, токсикологическая, противоэпидемиологическая, радиологическая, реанимационная бригады.

В Деревне спортсменов функционировала поликлиника (Городская поликлиника № 4 «Студенческая»), стационарная помощь оказывалась в ведущих клиниках Татарстана: Республиканской клинической больнице МЗ РТ, Детской клинической республиканской больнице МЗ РТ, Городской клинической больнице № 7 Казани, Межрегиональном клинко-диагностическом центре, Республиканской клинической инфекционной больнице и Республиканской клинической офтальмологической больнице.



ЦИФРЫ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ВОДНОГО МУНДИАЛЯ

Чемпионат FINA:

- травмы – 22,5 %;
- заболевания органов дыхания – 17,5 %;
- нервной системы – 10,6 %;
- костно-мышечной системы и соединительной ткани – 8,4 %;
- органов пищеварения – 7,6 %;
- системы кровообращения – 5,9 %;
- болезни кожи и подкожной сетчатки – 5,8 %;
- мочеполовой системы – 3,5 %;
- прочие – 18,2 %.

Чемпионат категории «Мастерс»:

- травмы – 27,7 %;
- заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани – 17,6 %;
- нервной системы – 11,5 %;
- органов дыхания – 9,4 %;
- органов пищеварения – 9,3 %;
- системы кровообращения – 5,5 %;
- прочие – 19,0 %.

ДЕТАЛИ



«КАЗАНЬ АРЕНА» (плавание, синхронное плавание)

Главный врач объекта: главный врач ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 1» Лейсан Муратова.

Обращений за медицинской помощью – 568.

Что запомнилось (рассказывает Виктория Зверева, врач мобильной бригады):

«Чемпионат произвёл большое впечатление не только на нас, но и, что особенно приятно, на участников и гостей соревнований. В частности, своё восхищение объектом выразила тренер нашей команды по синхронному плаванию Татьяна Покровская.

При том, что метеоусловия были не самые лучшие – было довольно прохладно, спортсмены относились ко всему очень позитивно, говорили, что всё организовано на высоком уровне. На чемпионате царил дух спортивного азарта – это был настоящий праздник!»



РЕКА КАЗАНКА (хай-дайвинг, плавание на открытой воде)

Главный врач объекта: главврач ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 5» Ильнур Файзрахманов.

Обращений за медицинской помощью – 128 (9 – во время чемпионата «Мастерс»).

Что запомнилось: «В первые дни тренировок перед соревнованиями чемпионата совершенно незнакомые люди из разных городов, отвечающие за медицинскую безопасность на объекте, смогли сформироваться в команду профессионалов, включая волонтеров, для решения поставленных задач. Курьёзным можно назвать случай, когда нам пришлось снять с дистанции 10 км «открытая вода» спортсмена из Судана. Его буквально «колотило» от переохлаждения, он долго не мог согреться. При разговоре с тренером он признался, что у нас по его меркам слишком холодно – всего +26 °С, а вот в Судане тепло: +40 °С!»



На объектах чемпионата работало 23 бригады скорой медицинской помощи, функционировало 26 медицинских пунктов (9 – для обслуживания спортсменов непосредственно на спортивных объектах, 10 – для зрителей на объекте церемоний открытия и закрытия, 5 – в гостиницах, по одному – в международном вещательном центре и в парке FINA).

Всего за период проведения чемпионата по водным видам спорта было зарегистрировано 3644 обращения за медицинской помощью, в том числе персонала – 1506, спортсменов – 578, волонтеров – 526, зрителей – 477, прочих – 557. В поликлинике Деревни спортсменов отмечено 1312 случаев, на спортивных объектах – 1690, в гостиницах – 67. В стационары направлено 119 человек, 83-м помощь была оказана в приёмно-диагностических отделениях, 36 – госпитализированы.

Во время чемпионата категории «Мастерс» зарегистрировано 820 обращений за медицинской помощью, в том числе персонала – 260, спортсменов – 401, волонтеров – 54, прочих – 105. 19 человек направлены в стационары, 4 – госпитализированы.

За сухими цифрами статистики стоит труд сотен медицинских работников, которые стояли на страже здоровья спортсменов и гостей столицы Татарстана. В Казани было установлено 12 рекордов мира, к каждому триумфу атлетов причастны и медики республики. До встречи на чемпионате мира по футболу в 2018 году!

ДЕТАЛИ



СПОРТКОМПЛЕКС «ОЛИМП» (водное поло, плавание)

Главный врач объекта: главврач ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» Марат Садыков.

Обращений за медицинской помощью – 35 (60 – во время чемпионата «Мастерс»).

Что запомнилось: «Чаще всего к нам обращались участники соревнований категории «Мастерс», преимущественно с обострениями старых травм. От обычных пациентов их отличала безграничная преданность спорту и здоровому образу жизни. Из этого чемпионата мы вынесли, что при проведении крупных спортивных мероприятий медицинский работник, прежде всего, должен быть положительно настроен, влиться в общую атмосферу турнира, понимать его важность».



ДВОРЕЦ ВОДНЫХ ВИДОВ СПОРТА (прыжки в воду, плавание, водное поло)

Главный врач объекта: начальник отдела организации охраны здоровья Поволжской государственной академии физической культуры, спорта и туризма Резеда Миргалимова.

Обращений за медицинской помощью – около 20 в день (во время чемпионата «Мастерс» – чаще).

Что запомнилось: «Медпункт для спортсменов работал с большой нагрузкой, спали порой по 3–4 часа в сутки, но атмосфера, которая здесь царила, не давала нам расслабиться. И даже на чемпионате «Мастерс», учитывая возраст его участников, мы постоянно ощущали позитив, тягу спортсменов к здоровой конкуренции. Это влияло на всех, кто находился в спорткомплексе. Когда люди в 94 года прыгают с вышки и плавают по 400 метров – это нужно видеть!»

Рустем ГАЙФУЛЛИН,

главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ»;

Марсель МИННУЛЛИН, первый заместитель главного врача по медицинской части;

Альфис НУРИЕВ, начальник информационно-вычислительного центра, руководитель пресс-службы



Главный госпиталь чемпионата

Республиканская клиническая больница МЗ РТ приняла участие в медицинском обслуживании чемпионата мира по водным видам спорта в качестве головного лечебного учреждения, где оказывалась стационарная помощь. Опыт, полученный во время Универсиады-2013, стал отличным подспорьем в решении задач, возложенных на ведущую клинику Татарстана. Как и во время Всемирных студенческих игр, РКБ МЗ РТ выполнила свою миссию на «отлично».

Казань вновь приняла спортивные соревнования международного уровня. Если два года назад столица Татарстана стала местом встречи представителей студенческого спорта, то этим летом здесь собрались те, кто связал свою жизнь с водной стихией. Жители Казани получили прекрасную возможность сравнить Универсиаду и чемпионат мира по водным видам спорта по зрелищности, накалу соревновательных страстей, при этом врачи и медицинские работники оценивают эти два события ещё и с точки зрения своих профессиональных компетенций. По мнению руководства Республиканской клинической больницы МЗ РТ, медицинское обеспечение чемпионата не стало для специалистов клиники чем-то новым, благо все организационные вопросы, подходы к диагностике и лечению были отработаны на Играх 2013 года. Более того, Универсиада с боль-

шим количеством командных игровых видов спорта отличалась большей травматичностью, чем прошедшие недавно соревнования на воде.

Об этом говорила и статистика соревнований FINA (Международной федерации плавания), которую специалисты РКБ МЗ РТ внимательно изучили в процессе подготовки к главному водному мундиально планеты. В частности, были исследованы медицинские данные по последнему прошедшему на тот момент чемпионату мира по водным видам спорта в Барселоне: с какими жалобами чаще всего обращались спортсмены, сколько всего обращений было зафиксировано и т. п. Основываясь на этой статистике, больница рассчитывала преимущественно на приём пациентов с общесоматическими заболеваниями, при этом как ведущее лечебное учреждение республики клиника была готова к оказанию экстренной и плановой стационарной помощи любого профиля.

В РКБ МЗ РТ была создана мультидисциплинарная бригада, в которую входили хирург, уролог, ЛОР, невролог, гинеколог. Она находилась с постоянным режимом ожидания в приёмно-диагностическом отделении. Кроме того, в больнице было развёрнуто 20-коечное отделение специально для участников чемпионата.

Дополнительно были усилены позиции по профилям, по которым была наиболее высока вероятность обращений спортсменов: хирургия, кардиология, гинекология, урология, отоларингология. В этих отделениях дежурили по два врача – один отвечал за работу в отделении, другой – за оказание медицинской помощи участникам чемпионата. Это было сделано для того, чтобы подстраховаться на случай массовых поступлений. Также были предусмотрены дополнительные мобильные бригады для работы в условиях форс-мажорных ситуаций, включающие в себя специалистов по всем направлениям хирургии, анестезиологов-реаниматологов и др. Они были готовы по первому звонку приехать в больницу. У бригад были расписаны все функциональные обязанности, алгоритмы действий, которые были отработаны во время многократных учений. Забегая вперед, отметим, что, к счастью, массовых поступлений, чрезвычайных ситуаций за время соревнований не произошло.

Несмотря на статистику прошлых чемпионатов FINA, были наготове и травматологи больницы – специализированная бригада всегда находится на круглосуточном дежурстве в республиканском травмоцентре.

Отдельное внимание было уделено и вопросу коммуникации с иностранцами –



персонал РКБ МЗ РТ регулярно проходит курсы по обучению и совершенствованию английского языка. Неоценимую помощь оказали волонтеры-переводчики из числа ординаторов, интернов Казанского государственного медицинского университета. Важно, что они уже имеют определённый багаж знаний и навыков, и это существенно облегчило работу врачей. Ежедневно в больнице дежурили два волонтера: один – в ПДО, другой – в отделении, в которое потенциально мог поступить пациент.

Специалисты клиники держали руку на пульсе соревнований: каждые несколько часов приходила информация об обратившихся на спортивных объектах, актуальные данные, поступавшие через Диспетчерский центр МЗ РТ. К Ситуационному центру РКБ МЗ РТ была подключена служба медицины катастроф, которая находилась в режиме повышен-

ЦИФРЫ

28 обращений спортсменов было зарегистрировано в Республиканской клинической больнице МЗ РТ:

23 человека получили амбулаторную помощь, из них
10 – иностранных граждан,
13 – россияне;

5 человек госпитализированы, в том числе

3 представителя зарубежных стран.

ДЕТАЛИ



В оказании медицинской помощи на объектах чемпионата мира по водным видам спорта были задействованы более 30 работников РКБ МЗ РТ, среди которых врачи по лечебной физкультуре, врачи-хирурги разного профиля, травматологи и ортопеды, кардиологи, специалисты ультразвуковой диагностики и физиотерапии, фельдшера, медицинские сёстры, а также специалисты республиканского центра медицины катастроф.

ной готовности в момент самых массовых мероприятий – церемоний открытия и закрытия.

За период проведения чемпионата в Республиканскую клиническую больницу МЗ РТ было 28 обращений спортсменов. 23 помощь была оказана амбулаторно, из них 10 – иностранных граждан, 13 – россиян. 5 человек госпитализированы, в том числе 3 представителя зарубежных стран. Интересно, что при подготовке к медицинскому обслуживанию соревнований специалисты больницы предполагали, что во время Игр категории Masters будет больше обращений – всё-таки здесь принимали участие возрастные спортсмены. Однако на деле всё вышло ровным счётом наоборот, и это служит ещё одним подтверждением того, что регулярные занятия спортом позволяют не только сохранить здоровье в почтенном возрасте, но и дать фору молодым!

В целом обращения были, в основном, связаны с общим недомоганием, гипертоническим кризом и т.п. Отмечен случай, когда в ПДО одновременно были привезены три спортсмена с болями в правой подвздошной области с подозрением на острый аппендицит. Все они были госпитализированы для динамического наблюдения. Двое из них были к вечеру отпущены, поскольку не было данных за патологию, и их состояние улучшилось. Возможно, они просто не смогли сразу адаптироваться к особенностям нашей кухни. Среди пациентов «под подозрением» была представительница США, которую до самой выписки сопровождал доктор. Это позволило наладить, что называется, «диалог культур» между медиками. Американский коллега поделился подходами, принятыми в его стране, и довольно быстро врачи пришли к единому знаменателю. Очередной раз на практике было подтверждено, что диагностические возможности ПДО больницы, которое было полностью обновлено в рамках модернизации здравоохранения, не уступают зарубежным образчикам.

Настороженность врачей относительно пациентов с подозрением на острый аппендицит была всё-таки не напрасной – у одного из них диагноз подтвердился, и ему была лапароскопически выполнена аппендэктомия. Это был спортсмен из Перу, который поступил в больницу уже после своего выступления. На третьи сутки после операции он смог улететь на родину. Врачи РКБ МЗ РТ связались с коллегами из Перу, чтобы убедиться в том, что с ним всё нормально. В целом же данную ситуацию нельзя назвать нетипичной. В ПДО порой выполняются до 10 экстренных операций в день, не говоря уже о травмоцентре. Словом, будни госпиталя чемпионата прошли без происшествий. Кстати, наряду с обслуживанием спортсменов больница принимала и гостей чемпионата, туристов, которые также не имели серьёзных патологий и получали медицинскую помощь амбулаторно.

Казань по праву считается спортивной столицей России. Остались позади Универсиада-2013 и чемпионат мира по водным видам спорта – 2015. Город ждёт следующий международный праздник большого спорта – чемпионат мира по футболу 2018 года. Данный вид спорта, безусловно, является одним из самых травматичных. Казань уже начала подготовку к приезду спортсменов, обслуживающего персонала, фанатов. Начала подготовку и Республиканская клиническая больница МЗ РТ – благо как минимум две большие репетиции грядущего мундиала уже были ею успешно проведены.





Айрат ЗИАТДИНОВ.

главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника № 4 «Студенческая» г. Казани, к. м. н.

Здоровье молодёжи – будущее страны

За время учёбы в казанских вузах доля студентов с первой группой здоровья возрастает с 40 до 51 %

Специалисты Студенческой поликлиники подтвердили свою репутацию первоклассных спортивных врачей, на высоком уровне оказывая медицинскую помощь во время чемпионата мира по водным видам спорта – 2015, и заслужили положительную оценку FINA.



НЕЗАМЕТНЫЕ ТРУЖЕНИКИ БОЛЬШОГО ПРАЗДНИКА

Не только Татарстан, но и вся Россия ждала большого спортивного праздника, которым в очередной раз порадовала страну Казань. На чемпионате мира по водным видам спорта было разыграно 75 комплектов медалей, за которые боролись спортсмены из 190 стран. Внимание всей планеты было приковано к чемпионам и медалистам, но есть такие профессии, представители которых чем лучше работают, тем менее заметны. К ней относятся и медицинские работники.

«Отработали без происшествий!» А сколько труда, предусмотрительности и мастерства специалистов на самом деле стоит за этой простой фразой Айрата Зиятдинова, главного врача Студенческой поликлиники Казани. «Мы были главным амбулаторным учреждением чемпионата, – рассказывает он, – поэтому оказывали помощь в круглосуточном режиме по всем основным нозологиям – от травматологии и помощи при простудных заболеваниях (это, конечно, основные причины обращений) до стоматологии и неврологии. Особой популярностью пользовалось отделение реабилитации, где

проводились физиотерапевтические процедуры и массаж для спортсменов. Всего было принято 1672 пациента, из них 540 спортсменов, 950 иностранцев. Проведено 419 исследований, из них 183 – рентгенологических, 162 – лабораторных. Большей части пациентов помощь оказывалась на месте, при необходимости стационарного лечения они отправлялись в наши крупные клиники – РКБ МЗ РТ, МКДЦ, ГКБ № 7 г. Казани, ДРКБ МЗ РТ».

Для того чтобы справиться с таким объемом работы, из других учреждений здравоохранения республики были при-



влечены 92 специалиста. Совместные действия были отработаны ещё во время Универсиады-2013 и Олимпиады-2014, поэтому весь коллектив работал как единый организм. Языковых проблем тоже не возникло – все врачи и администраторы изучили английский язык в объёме, достаточном для сбора анамнеза пациента, кроме того, некоторые владеют другими языками – французским, турецким, арабским, китайским. Последнее было особенно актуально, поскольку китайская делегация была одной из самых многочисленных, и большинство китайцев не знали английского. Также в штате поликлиники на постоянной основе работают профессиональные переводчики, что очень важно при работе с иностранными студентами, которых в Казани 10 тысяч.

ПЛЮС 11 % ЗДОРОВЬЯ

Забота о здоровье студентов – основная обязанность специалистов ГАУЗ «Городская поликлиника № 4 «Студенческая». Здесь получают медицинскую помощь 70 тысяч студентов 27 вузов Казани и 23 тысячи учащихся средних специальных учебных заведений. Ежегодно только профилактических медицинских осмотров проводится 35 тысяч. За день поликлинику посещают в среднем 1200 человек. Организовать этот поток помогают электронная очередь и продуманная логистика. Учреждение на 100 % укомплектовано специалистами высокого класса и современным оборудованием.

Особое внимание уделяется профилактической работе с молодёжью. В медицинском центре функционирует Клиника, дружественная молодёжи, которая оказывает психологическую поддержку, прово-

дит тренинги и консультации, организует работу волонтеров. Восемь волонтерских групп выезжают в вузы, где в рамках программы «Равный равному» проводят акции по проблемам алкогольной и наркотической зависимости, табакокурения, ведут пропаганду здорового образа жизни. Успешно проходят акции «Давление в норме – узнай на здоровье» и «Нет частой простуде». Волонтеры также участвуют в сборе информации о здоровье студентов, проводят опросы, интервью с целью выявления факторов, неблагоприятно сказывающихся на здоровье. На основе этих данных проводится анализ и делаются рекомендации вузам по изменению условий учебы и проживания, организации физической активности и сбалансированности питания, даже по составлению графиков зачётной и экзаменационной сессий.

Врачи не только ведут диспансерное наблюдение студентов и реализуют специально разработанные скрининговые программы, но и сами стараются подавать молодёжи пример правильного отношения к собственному здоровью. Стала традицией ежедневная утренняя зарядка на свежем воздухе «Утро добрым – бывает!» с участием врачей и студентов, проживающих в Деревне Универсиады.

«У нас перед глазами студенты из самых разных стран – Канады, США, Германии и других. А значит, мы фактически можем судить о здоровье молодёжи всей планеты, – утверждает Айрат Зиятдинов. – И я хочу сказать, что наша молодёжь более спортивна и стрессоустойчива. И что радует, к выпускному курсу она становится более здоровой. За время учёбы доля студентов с первой группой здоровья возрастает с 40 до 51% (особенно эта

тенденция заметна у девушек). Заболеваемость снижается на 20–30 %. Это отражает эффективность нашей работы – ведь наши юноши должны быть подготовлены к воинской службе, а девушки – к тому, чтобы становиться хорошими мамами.

ПОКОРЯЯ ИННОПОЛИС

В связи с открытием ИТ-университета в Иннополисе было принято решение расширить зону ответственности Студенческой поликлиники. Первого июля этого года в городе была открыта круглосуточная врачебная амбулатория, которая обслуживает не только студентов, но и преподавателей (кстати, среди них много зарубежных специалистов самого высокого уровня), а также горожан, строителей, гостей. При неотложных состояниях больные на «скорой помощи» направляются в головное учреждение либо сразу в стационары Казани. В медицинском центре удалось создать условия, которые обеспечивают достойный уровень комфорта и обслуживания, функционируют современные врачебные кабинеты, оборудованные передовой медицинской техникой, места ожидания для пациентов. Врачи владеют английским языком, по прямой линии они могут соединиться со Студенческой поликлиникой и воспользоваться помощью переводчика и любого специалиста.

«У нас всегда были здравпункты в институтах Казани, но открытие филиала в Иннополисе – это для нас, конечно, большое событие, – говорит главврач Студенческой поликлиники. – Разумеется, город растёт, и скоро амбулатории для него станет мало. Уже сегодня там строится большой медицинский центр площадью шесть тысяч кв. м, прообразом для которого стала наша поликлиника. И думаю, Иннополис – это только начало. Планы у нас грандиозные».



«Спасибо, доктор!»

Эту фразу не раз услышали врачи Городской клинической больницы № 7 Казани, которые с честью выдержали двухнедельный марафон по медицинскому обеспечению чемпионата по водным видам спорта и соревнований категории «Мастерс».

Городская клиническая больница № 7 в своём нынешнем современном виде – с новым хирургическим корпусом, приёмно-диагностическим отделением – была открыта незадолго до Универсиады-2013, поскольку одним из требований к городу-организатору студенческих Игр было наличие крупного многопрофильного стационара скорой помощи. Так что медицинское обеспечение крупных международных соревнований – это буквально профиль ГКБ № 7. И при подготовке к чемпионату по водным видам спорта больница была выбрана одним из официальных госпиталей.

«Основная нагрузка по оказанию помощи в случаях, требующих условий стационара, разделилась между нами и РКБ МЗ РТ – просто потому, что мы эту помощь оказываем в повседневном режиме, – рассказывает главный врач больницы Марат Садыков. – Травматология, ортопедия, хирургия, гинекология, терапия, эндокринология, гастроэнтерология – все эти направления у нас представлены на очень хорошем уровне».



Всего за время соревнований в больницу было 75 обращений, в том числе 13 спортсменов основного чемпионата из Великобритании, Китая, Австралии, Австрии, Кот-д'Ивуара, Франции и других государств. Медицинская помощь была оказана 5 спортсменам категории «Мастерс», 6 членам семьи Международной федерации плавания FINA, 6

представителям СМИ. Также в госпиталь обращался обслуживающий персонал соревнований, оргкомитет, волонтеры, зрители. В 18 случаях потребовалась госпитализация. Были выполнены три операции по поводу острого аппендицита, одна в связи с деструктивным холециститом, вмешательства по гинекологическому профилю.

«Подготовка к чемпионату началась задолго до его открытия, – говорит Андрей Анисимов, заместитель главврача по медицинской части, заведующий кафедрой СМП, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения КГМА. – Мы учли опыт Уни-

версиады – клинический и особенно организационный. Подготовкой врачей всей республики занималась в том числе и наша кафедра. Был заранее определён круг медиков, которые будут оказывать помощь на спортивных объектах, и тех, кто будут работать в стационарах. Проводились тренировки и масштабные учения под эгидой Центра медицины катастроф.



Отрабатывались различные сценарии оказания медицинской помощи, в том числе при возникновении массовых санитарных потерь и чрезвычайных ситуаций».

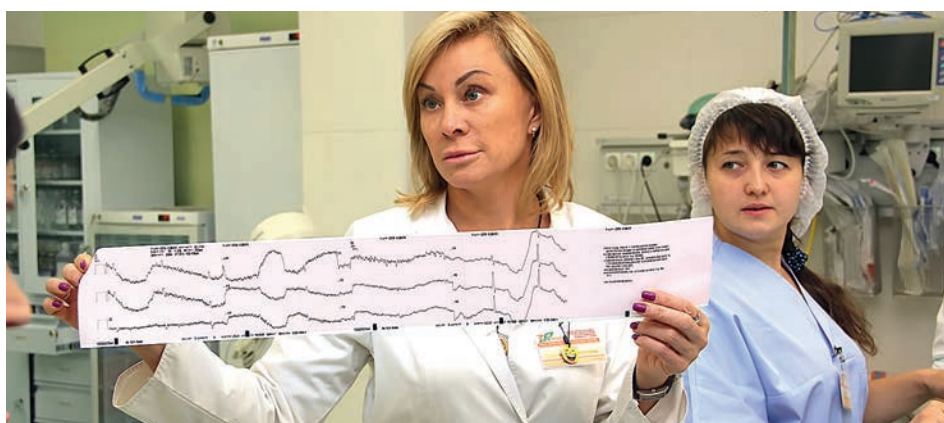
Чрезвычайных ситуаций, слава Богу, на чемпионате не произошло, но предусмотрительность оказалась нелишней. Так, специалисты заранее предполагали, что возникнет необходимость помощи спортсменам, принимавшим участие в соревнованиях на открытой воде. Проплывая марафонские дистанции от 10 до 25 километров, участники находятся в воде до пяти часов, затрачивая много энергии и подвергаясь при этом пере-

«Разумеется, не обошлось без травм, – продолжает Андрей Анисимов. – В частности, привозили несколько человек с повреждениями после прыжков в воду – всё-таки это травмоопасный вид спорта. К счастью, травмы оказались несерьёзными, и наши травматологи быстро с ними справились. У специалистов больницы огромный опыт и высокая квалификация. Наши врачи постоянно стажировались в Германии, США, Израиле, осваивают новые виды вмешательств. Так что трудностей в течение этих двух недель они не испытывали».

водчки со знанием английского, французского, испанского. Так что пациентам и врачам удалось наладить контакты не только в связи с профессиональной деятельностью последних, но и просто ради общения. А кто-то из переводчиков научил участников соревнований – пациентов русской фразе «Спасибо, доктор!». Конечно, услышать её казанским врачам было очень приятно.

Иностранные спортсмены отмечали высокий уровень оказания медицинской помощи. «Такого приёма, таких условий и профессиональных врачей мы не ожидали увидеть! Здесь всё соответствует мировым стандартам, вы идёте в ногу со временем», – так охарактеризовали больницу пловцы из Южно-Африканской Республики.

«Организация медицинской помощи на чемпионате получила высокую оценку со стороны руководства FINA, Минздрава России, – подытоживает профессор Анисимов. – Мы приобрели бесценный практический опыт. В частности, нам удалось разрешить проблемы в связи с антидопинговым контролем, с которыми мы впервые столкнулись ещё на Универсиаде. Существует список запрещённых веществ, и врачам необходимо учитывать, что они могут входить в состав различных лекарственных препаратов. Сейчас мы анализируем итоги медицинского обслуживания чемпионата мира по водным видам спорта, они будут учтены при организации других крупных спортивных соревнований. Впереди у нас чемпионат мира по футболу – 2018, который пройдёт во многих городах России, и я уверен, что наш опыт будет востребован здравоохранением этих регионов».



охлаждению. И потребность в медицинской помощи у них возникла. «Скорая» работала организованно, спортсменов своевременно забирали прямо с места соревнований и оперативно доставляли в отделение реанимации. В палатах интенсивной терапии проводили необходимые мероприятия по стабилизации их состояния.

Не вызвал проблем и языковой барьер. Те врачи, которые были отобраны для оказания помощи участникам и гостям чемпионата, знали английский в достаточном объёме ещё со времён Универсиады. В процесс подготовки к соревнованиям эти знания освежили на дополнительных курсах. Кроме того, в больнице работали профессиональные пере-



Ветераны спорта

Казань стала первым городом, который параллельно с основным чемпионатом мира FINA проводил соревнования категории «Мастерс». Регулярные тренировки и приверженность здоровому образу жизни позволяют атлетам возрастом до 95 лет не только сохранить здоровье, но и добиться высоких результатов в спорте. На соревнованиях «Мастерс» было побито 30 мировых рекордов! Healthy Nation попросил спортсменов поделиться секретами их успеха.



Маргарита КУН, 74 года, Россия:

– На этой чемпионате я добавила в свою копилку три серебряные медали, в том числе заняла второе место в плавании на дистанции 3 км на «открытой воде». Температура воды в Казанке была 20 градусов – бодрит!

Я не являюсь профессиональным спортсменом, по профессии я конструктор.

Первый старт состоялся у меня в 1991 году, после выхода на пенсию. У меня был бесплатный абонемент в бассейн с места работы, и меня пригласили на соревнования в Липецк. В своей возрастной группе я пришла первой, и мне предложили поехать на чемпионат Советского Союза в Киев. Я поехала и установила два рекорда СССР. Это было для меня полной неожиданностью, и кстати, до сих пор их никто не смог побить. На сегодняшний день на моём счету 90 рекордов России.

Плавание – это закалка, причём очень правильная, в воде все мышцы напрягаются равномерно, без перегрузок. Главное, сохранять регулярность занятий. Неделю не поплаваешь – уже не то, чувствуешь какое-то недомогание. Что делать? Бежать в бассейн! Проплываю 3 км, и всё становится на свои места. Я не простужаюсь, не пью таблеток.

Дочь у меня тоже выступает на соревнованиях, но она плавает пореже, потому что работает. Сын – мастер спорта по офицерскому многоборью, которое, помимо плавания, включает ещё стрельбу и бег. Рекомендую всем ходить в бассейн!



Timo TERONAJA, 60 лет, Финляндия:

– Я начал заниматься плаванием с 25 лет. Обычно тренируюсь четыре раза в неделю. Шесть раз в год участвую в соревнованиях, которые проходят в Финляндии, Эстонии и Латвии.

Я бы рекомендовал всем заниматься спортом. На самом деле это не так уж и

сложно – постоянно ходить на тренировки. Кроме того, это очень весело, я получаю от этого настоящее удовольствие!



Эрик АКЧУРИН, 51 год, Россия:

– Я являюсь вице-президентом Федерации плавания Республики Татарстан. Работал как организатор на Универсиаде, на чемпионате «Мастерс» участвую в плавании на 100 метров кролем и 50 метров брассом. Медалей у меня нет – мне просто важно почувствовать, что я в хорошей физической форме. Принимал участие во всех чемпионатах России, три года назад ездил на чемпионат мира категории «Мастерс» в Италию. Своим сверстникам я бы порекомендовал не забывать известную поговорку «Движение – жизнь!».



Albert SPIJKER, 63 года, Голландия:

– 15 лет назад мы решили организовать команду по водному поло, чтобы иметь возможность вместе заниматься спортом. Мы принимаем участие в чемпионатах мира и Европы.

У меня пятеро детей, и я активно занимаюсь спортом, чтобы поддерживать себя



в хорошей форме. Кроме того, очень важна дружба между членами команды. Командная работа позволяет нам её поддерживать, знакомиться с новыми людьми.

Я бы всем рекомендовал заниматься спортом. Тренируйтесь, даже если вы устали после работы! Спорт даёт очень много мотивации и целей в жизни.

Я очень сомневался, стоит ли мне ехать в Россию, и очень рад, что оказался здесь. В Казани очень много дружелюбных людей, все вокруг очень улыбающиеся. Я открыл Россию с новой стороны!



Guenter SCHEUERMANN, 73 года, Германия:

– Я играю в водное поло с 1956 года, участвовал в Олимпиаде-1972, многочисленных всемирных соревнованиях, а также в Универсиаде в Москве в 1973-м. Наша команда была основана в 50-х годах, в 1966-м мы были чемпионами Германии.

Спорт помогает поддерживать себя в хорошем состоянии. При этом командные виды важны не только для одного конкретного человека, но и для общества в целом, для установления социальных контактов. Спорт полезен для здоровья тогда, когда человек тренируется регулярно, без боль-

ших перерывов. Самая большая проблема – победа над самим собой. Члены нашей команды тренируются дважды в неделю, это очень помогает им находиться в полном здравии без проблем для организма.



Александр СВЕРЧКОВ, 70 лет, Россия:

– В бассейн я пришёл ещё в 10 лет. В школе меня привели посмотреть на соревнования на воде, и я влюбился в этот спорт. Помимо плавания, в нашем бассейне занимались водным поло, и тренеры однажды предложили нам с ребятами остаться посмотреть на то, как это происходит. Мы остались – и втянулись. Со временем меня стали брать играть к более старшим ребятам, потом стали подключать к командам мастеров.

В чемпионатах такого уровня я раньше не участвовал. Со многими из команды, в которой я играю сегодня, я познакомился только здесь. Обычно мы собираемся с ветеранами в бассейне в нашем городе, в среднем пару раз в неделю.

Мой рецепт здоровья: каждый день – зарядка, и примерно три раза в неделю – активные тренировки. Также важна умеренность в питании.



Мечты сбываются

Необходимость перевода казанской городской онкологической клиники в новое здание назрела давно, об этом не один год мечтали и врачи, и пациенты. Знаменательным днём стало 1 сентября этого года, когда Президент Татарстана Рустам Минниханов побывал в бывшей городской больнице № 15 и высоко оценил качество заканчивающейся на тот момент реконструкции, а спустя всего десять дней в обновлённой клинике, вошедшей в онкологическую службу республики, прошли первые операции.

Введение в строй лечебно-диагностического корпуса клиники открывает новые горизонты для развития онкологической службы Татарстана, меняет представление о возможностях медицины в лечении онкологических заболеваний. Современное оборудование, установленное в здании, позволяет проводить диагностику и лечение на самом современном уровне.

На первом этаже хирургического корпуса организован большой диагностический центр: отделение ультразвуковой диагностики, рентгенологическое отделение, кабинет КТ, отделение интервенционной радиологии, эндоскопическое отделение с возможностью осуществления безболевого колоноскопии, гастроскопии, бронхоскопии. Здесь в распоряжении врачей появились ультразвуковые аппараты экспертного класса, оборудование для рентгенохирургии и уникальный 160-срезовый томограф.



Единое учреждение, единая идеология, оптимальная организация работы клиники, коллегиальное принятие единственно правильного решения: всё это направлено на решение самой важной задачи – сохранить человеку жизнь и здоровье на долгие годы. И судя по происходящим в клинике изменениям, эта задача становится здесь всё более выполнимой.

«У людей с онкологическими заболеваниями небольшие шансы на выздоровление. Но благодаря вам, вашему умению и профессионализму они обретают новую надежду», – сказал Рустам Минниханов, обращаясь к собравшимся врачам диспансера. Он попросил ускорить работы по оснащению нового здания, с тем чтобы как можно скорее начать принимать пациентов на его территории. Отвечая на пожелание президента, 11 сентября врачи маммологического отделения и отделения опухолей головы и шеи провели первые успешные операции.

Главный онколог ПФО Рустем Хасанов, три десятилетия своей жизни посвятивший развитию республиканского онкологического центра, отмечает, что возможности врачей клиники значительно возросли, а оснащение и организация круглосуточной работы приёмного и диагностического отделений выводят РКОД на передовые позиции в стране. Он убеждён, что на сегодня нигде в России нет такого всеобъемлющего внимания к проблемам пациентов, как в Татарстане. «Практически со времён своей организации РКОД МЗ РТ входит в число лучших онкологических клиник страны, где целенаправленно внедряются передовые методы диагностики, лечения и организации медицинской помощи, – говорит Рустем Хасанов. – Без сомнения можно сказать, что даже в мировой практике клиники, обладающие таким опытом, единичны».

В подтверждение вышесказанного приведём цитату из недавнего выступления Михаила Давыдова, главного онколога РФ, директора Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, академика РАН: «Онкологическую службу Татарстана могу привести как образец системы, где применяются передовые технологии, в том числе организационные, и проводятся скрининговые программы. В регионе выстроена чёткая иерархия между республиканским, областными и районными звеньями онкослужбы, определены этапность и уровни оказания помощи, есть преемственность между разными уровнями».

Ввод в строй нового корпуса позволил объединить все современные системы диагностики и лечения в мощную структуру круглосуточной онкологической помощи, улучшить условия труда медицинских работников. За счёт включения всех имеющихся на сегодняшний день

технологий возможности врачей возросли неизмеримо. Наглядным примером может служить открытие в РКОД МЗ РТ первого в Татарстане онкологического отделения интервенционной радиологии, основное направление деятельности которого – эндоваскулярные манипуляции с возможностью проведения диагностической ангиографии, химиоперфузий, химиоэмболизаций новообразований различных локализаций.

Оборудование для больницы подбиралось с учётом опыта врачей РКОД в проведении оперативных вмешательств, реконструкции молочной железы, лучевой терапии и пр. В клинику поставлены новейшие хирургические микроскопы, операционные оснащены новым анестезиологическим, дыхательным оборудованием среднего и высокого класса, созданы «чистые помещения» с уникальной стерильностью и ламинарными потоками воздуха. Не только в реанимационных залах, но и у каждой кровати пациента смонтированы консоли для медицинских газов. Операционные столы, реанимационная мебель расширенного функционала – всё это призвано обеспечить качество лечения. Контроль и безопасность поставлены во главу угла всех лечебных процессов.

Работа сотрудников собранной в единую структуру клиники тоже организована в особом порядке – врачи разного профиля могут одновременно осматривать пациента. Диагносты могут и обязаны посетить больного во время операции, чтобы ещё раз убедиться в правильности своих предварительных выводов. Такого нет пока ни в одной больнице, но, по мнению врачей, эта постоянная учёба чрезвычайно важна и может дать такие результаты, которых невозможно достигнуть обычными методами.

Заместитель главного врача по медицинской части ГАУЗ «РКОД МЗ РТ», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Ильсур Шаймарданов отмечает, что врачи с энтузиазмом принялись за работу. «Три хирургических и радиологическое отделения переехали в новое здание из исторической клиники на улице Батурина, – говорит он. – Здесь же получили прописку два гинекологических и маммологическое отделения. «Чистую зону» – операционный блок и отделение реанимации – разместили на пятом этаже». По словам специалиста, две операционные оснащены системами видеокамер для проведения консилиумов, обмена опытом и обучения.

«В новом здании клиники важной доминантой стал холл, – отмечает Рефат Куртасанов, заместитель главного врача по медицинской части РКОД, – поскольку это и лицо учреждения, и возможность правильно организовать потоки пациентов, улучшить скорость и качество медицинской



Вручение сертификата на стажировку Президентом РТ

В марте 2015 года онкологическому диспансеру РТ исполнилось 50 лет. Знаменуя круглую дату, в сентябре этого же года в Казани после реконструкции бывшей 15-й горбольницы открылось новое здание РКОД, куда переехало несколько отделений, в том числе из исторического комплекса на Батурина.

помощи. Табло с электронной очередью снимает напряжение и нервозность, есть возможность спокойно перекусить в кафе или побеседовать в уютных общественных зонах».



В диагностическом отделении предусмотрены все необходимые условия, чтобы пациент мог подготовиться к процедуре исследования, которое проводится обычно на голодный желудок, и после неё перекусить в кафетерии. Для посетителей установлены удобные диванчики. В отделениях – вы-

сокие светлые коридоры, просторные и светлые палаты с высокими потолками. Везде – специальные климатические установки для подогрева и охлаждения воздуха, кратностью подачи и контролем. В коридорах и палатах установлены датчики контроля температуры, влажности и других параметров, а воздух в отделения поступает через систему фильтров.

Позаботились в РКОД и о родственниках, ухаживающих за больными, поставив в палаты пуфики-трансформеры, легко превращающиеся в кровать. Эту важную деталь высоко оценил президент республики. Стоит отметить, что в клинике вся мебель экстра-класса. Операционные столы, реанимационная мебель – с расширенным функционалом. Уютные палаты на 3–4 человека с отдельной душевой и санузлом, следящая аппаратура, дыхательная, чистейшие медицинские газы. Всё это – важный фактор выздоровления.

Следующий этап развития РКОД – дальнейшее расширение диспансера и распространение опыта работы на подразделения в районах республики, расширение амбулаторно-поликлинической службы, развитие нормальных условий с боксированными палатами в отделениях химиотерапии в основном здании клиники, расширение радиологического отделения. Есть и планы развития филиалов в Альметьевске и Набережных Челнах, объединенных с головной организацией в единую структуру.



«Чистые помещения» – чистая репутация

В рекордно короткие сроки специалистами компании «АРФЕН» были смонтированы система защиты стен и медицинские консоли в новом лечебно-диагностическом корпусе Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ, а сотрудничество с Казанским (Приволжским) федеральным университетом вылилось в создание «чистых помещений» для производства лекарственных препаратов в рамках ФЦП «Фарма 2020».



ГОРЯЩИЕ СРОКИ И ХОЛОДНЫЙ РАСЧЁТ

В августе вступил в строй новый корпус РКОД МЗ РТ – реконструированная бывшая 15-я горбольница Казани. Учреждение оснащено по последнему слову техники с учётом опыта онкологов Татарстана в проведении оперативных вмешательств: новейшие хирургические микроскопы, сложные оптические системы для реконструктивных операций, современное анестезиологическое и дыхательное оборудование. Для удобного подведения медицинских газов, кислорода, электропитания все палаты реанимации и операционные оборудованы современными консолями, поставленными и смонтированными специалистами компании «АРФЕН».



Также для сохранности внешнего вида стен и углов помещений компания установила 3000 метров отбойников собственного производства.

«Характерную черту строительства последних лет можно выразить поговоркой

«Долго запрягают, но быстро ездят», – говорит генеральный директор предприятия Айдар Вафин. – На производство и монтаж медицинских консолей нам был отведён всего лишь один месяц вместо положенных трёх. Ситуация усугублялась тем, что всё это происходило в начале июля, во время Ураза, поэтому наши турецкие партнёры – производители оборудования в это время не работали. Было непросто, но всё-таки мы смогли убедить наших партнёров, и они оперативно изготовили всю партию консолей. После этого уже наши монтажники трудились день и ночь, без выходных, но уложились в отведённые сроки. Хорошо, что за годы работы у нас сложился подготовленный кадровый резерв, и мы смогли



вывести на объект сразу четыре бригады». Строительство, капремонт, реконструкция – это для медицинских учреждений долгожданное благо, но есть множество текущих вопросов, мелочей, из которых складывается общая картина. Огромное значение имеет ответственный подход подрядчика, который должен быть ориентирован на достижение конечного результата. Так порой проектировщик закладывает в расчёты для установки отбойников длинные прямые отрезки стен, а на деле они оказываются буквально изрезанными различными технологическими выступами, коробами вентиляции и пр. Обойти все изгибы, подготовить множество мелких фрагментов – дополнительная работа, которая снижает темп монтажа. Несмотря на это, компания строго в срок выполнила возложенную на неё миссию по созданию более доступной и комфортной среды для пациентов.

МОСКВА ПОДТВЕРЖДАЕТ КАЧЕСТВО

Качество как систем защиты стен, так и медицинских консолей татарстанского предприятия подтверждает география объектов, где они установлены, – от Петропавловска-Камчатского до Калининграда. Кроме того, недавно «АРФЕН» был включён правительством Москвы в список рекомендуемых компаний, производящих инновационные продукты. Для того, чтобы попасть в этот реестр, необходимо пройти множество проверок и получить экспертное подтверждение. В частности, в заключении от ГУП «НИИМосстрой» отмечено, что продукция компании имеет необходимый запас механической прочности и, что особенно важно для медицинских учреждений, устойчива к химическим воздействиям и ультрафиолету. В заключении Системы добровольной сертификации противопожарной защиты в строительстве FIRE-CONTROL подтверждена группа горючести Г1 (слабогорючие). Продукция «АРФЕНА» соответствует ряду других технических нормативов, установленных различными властями. Среди лечебных учреждений Москвы, в которых сегодня применяется продукция

этого производителя, можно отметить Боткинскую больницу, Городскую клиническую больницу № 1 им. Н.И. Пирогова, Клиническую больницу Управления делами Президента РФ и многие другие. «АРФЕН» востребован и в регионах. Так скорость и качество монтажа татарстанских специалистов в Центре одарённых детей в Саранске были оценены очень высоко руководителями здравоохранения. И компанию пригласили на следующий объект – Мордовскую республиканскую клиническую больницу. В Благовещенске защита стен и углов установлена в Областной детской клинической больнице, Городской клинической больнице № 1 и Областной инфекционной больнице. Закамская детская больница



с перинатальным центром в Набережных Челнах заказала не только систему защиты стен и углов, но и медицинское оборудование. Большой спрос продукция «АРФЕНА» находит на строительстве перинатальных центров по всей стране, она будет установлена и в перинатальном центре Республиканской клинической больницы МЗ РТ.

ЭКСПЕРИМЕНТ, КОТОРЫЙ УДАЛСЯ

Расширяя спектр своей деятельности, компания выбрала для себя такую сложную сферу, как создание «чистых помещений». В рамках Федеральной целевой программы «ФАРМА 2020» ряду российских университетов были выделены средства для создания экспериментальных фармацевтических

производств. Ремонт зданий смогли провести многие, но в полном объёме освоить федеральные средства и создать реально функционирующие производственные центры с «чистыми помещениями» смог, пожалуй, только Казанский (Приволжский) федеральный университет.

«Руководитель проекта профессор Ю. Г. Штырлин – талантливый учёный и патриот, – уверен Айдар Вафин. – Научно-образовательный центр фармацевтики КФУ участвует в создании инфраструктуры для полного цикла разработки и изготовления инновационных лекарств. Для производства инъекционных растворов в ампулах мы создали под ключ комплекс «чистых помещений» по стандарту GMP класса D|C|K, согласно которому на один кубический сантиметр воздуха допускаются только 2–3 пылинки размером 0,5 мкм. Проблема была в том, что мало кто в России умеет проектировать «чистые помещения» такого уровня. Мы пригласили проектировщиков из Германии, которые обладают этим бесценным опытом, отсюда же было завезено семь футов лучших материалов и инновационного оборудования. Монтаж был доверен белорусской компании, которая уже 20 лет занимается решением подобных задач. Привлечение профессионалов – это затратно, но только так можно гарантировать качество. Зато нам не пришлось

краснеть, когда мы презентовали нашу работу Президенту Республики Татарстан Р.Н. Минниханову». Общая площадь «чистых помещений» составила около 400 кв. м. Здесь были установлены современные системы вентиляции, рекуперации воздуха и тепла, электродвигатели, которые экономят до 30 % энергии.

«Мы хотели попробовать себя в новом качестве, и эксперимент удался, – подводит итог Айдар Вафин. – В сфере «чистых помещений» мы подтвердили свою репутацию ответственного производителя, поставящего качественную продукцию. Теперь планируем перенести в Россию производство медицинских консолей. Впереди ещё много новых проектов, вершин, которые мы обязательно покорим».



Cryplat:

современно, эстетично, долговечно

Модернизация здравоохранения – это не только высокие стандарты медицинской помощи населению, но и новые условия её оказания. Материалы, применяемые в операционных, манипуляционных, процедурных кабинетах, должны не только соответствовать требованиям СанПиНа, выдерживать многократные циклы дезинфекционной обработки, но и иметь привлекательный внешний вид. Современные панели Cryplat соответствуют всем этим требованиям.

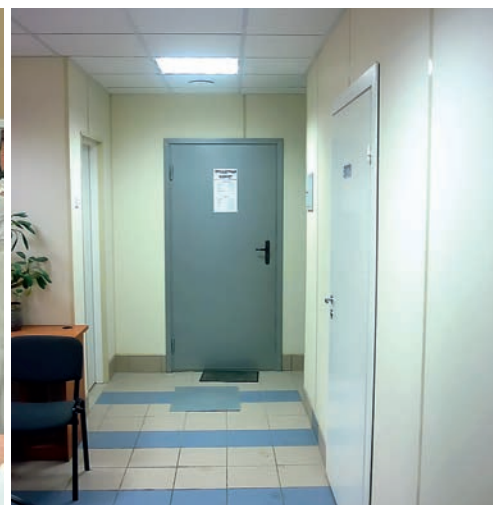
Стеновые панели – это наиболее распространённый материал, используемый при отделке офисных и общественных помещений. Сегодня всё чаще их выбирают и медицинские учреждения. Как известно, требования к материалам, применяемым в ЛПУ, более строгие по сравнению с другими объектами гражданского строительства. Стеновые отделочные панели Криплат, которые разработаны и производятся Группой компаний «Аркона СПб», – это стеновые панели нового поколения, которые по своим характеристикам превосходят обычные отделочные материалы и соответствуют всем действующим нормативам и санитарно-эпидемиологическим правилам для учреждений здравоохранения. Они могут применяться не только в коридорах, кабинетах и палатах, но и в «чистых помещениях».

Группа компаний «Аркона СПб» производит несколько разновидностей панелей, в медучреждениях чаще всего используются материалы категории КМ0 – полностью негорючие, которые устанавливаются на путях эвакуации, и КМ1 – трудногорючие, для палат и кабинетов. Поверхность изделий имеет многослойное акриловое покрытие,



несколько слоёв лака, благодаря чему устойчива к агрессивным химическим веществам и прекрасно переносит обязательную многократную обработку дезинфицирующими средствами.

Стеновые панели Криплат, предназначенные для внутренней отделки общих помещений медицинских учреждений, проектируются и применяются на основании санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.3.137503: «4.2. Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств, разрешённых к применению в установленном порядке». Для операционных блоков, процедурных и других помещений с высокими антибактериальными требованиями применяются панели Криплат с полимерным покрытием. Поверхность данной панели абсолютно гладкая и препятствует развитию патогенной



Преимущества применения отделочных панелей Криплат®:

- огнестойкость и антивандальность;
- снижение себестоимости отделочных работ;
- чистота при проведении ремонтных работ;
- высокая износостойчивость, в т.ч. к выцветанию (до 15 лет);
- лёгкий доступ к инженерным сетям.



микрофлоры, легко моется, обрабатывается и с успехом заменяет керамическую плитку.

В силу особенностей изготовления панели обладают рядом неоспоримых преимуществ перед другими отделочными материалами: долговечность, гладкая непылящая поверхность, устойчивость к воздействию дезинфицирующих средств и ультрафиолетового облучения, герметичность, возможность поддержания необходимого перепада давления в «чистом помещении» относительно смежных. Панели Криплат также отличают лёгкость и скорость монтажа, возможность оперативной замены при ремонте, быстрый доступ к коммуникациям за ними, недорогая цена и как следствие – экономичность.

Система облицовки стен Криплат пришла на замену обычному гипсокартону. Она позволяет отказаться от мокрых процессов (штукатурки, шпаклёвки, окраски), тем самым сократив сроки монтажа в 3–5 раз. Это значительно экономит время подрядчи-

ков и средства заказчиков. Более того, при установке панелей можно не прекращать работу учреждения – достаточно оградить участок, где проводится монтаж. Это особенно актуально для поликлиник и амбулаторий: при установке не бывает ни запаха, ни грязи. Привлекательна и цена: в среднем размер экономии составляет 180–200 рублей с квадратного метра по сравнению с традиционными методами отделки. В условиях ограниченного бюджета это имеет особое значение – появляется возможность экономии государственных средств.

Панели можно монтировать не только вертикально или горизонтально, но и по диагонали, что позволяет реализовать самые смелые интерьерные решения. И кстати, дизайнеры этим уже пользуются, так, в Лениногорске детская больница была оформлена разноцветными волнами. Продукция Криплат обладает широкой палитрой цветов (RAL, Tikkurilla, NSC). Наглядным приме-

ром служит детская поликлиника в Казани на улице Челюскина, где сделали яркий и многоцветный коридор.

Новые стеновые материалы упрощают и работу проектировщиков: им не нужно учитывать необходимость нанесения всевозможных грунтовок, шпаклёвок, красок и прочее. Всё просто – панель и профиль. Кроме того, технология монтажа панелей Криплат в совокупности с декоративным профилем позволяет делать ровные поверхности независимо от состояния основы. Такая система не даёт трещин при подвижке или усадке здания, не реагирует на перепады температур.

В медицинских учреждениях Татарстана со стеновыми панелями Криплат уже давно знакомы. Первым объектом, где применили этот материал, стала амбулатория в Нижних Вязовых. Стеновые панели стали оптимальным решением при модернизации Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ. Один из последних объектов – новый лечебно-диагностический корпус РКД МЗ РТ в Казани. Коридоры, палаты, кабинеты в нём отделаны панелями Криплат.

Производственно-строительная Группа компаний «Аркона СПб» успешно работает на строительном рынке с 2003 года. Занимает ведущую позицию на рынке перегородок и систем облицовки стен. За весь период своей деятельности зарекомендовала себя надёжным и профессиональным партнёром в области строительства и добросовестным поставщиком. Собственное производство даёт возможность устанавливать самые низкие цены без потери качества.

В свою очередь компания «Криплат-Поволжье» является официальным представителем и поставщиком панелей Криплат в Приволжском федеральном округе. Мы всегда рады помочь своим клиентам рассчитать объёмы необходимого материала, провести замеры, подобрать цветовой вариант и даже помочь с монтажом, если в этом возникнет необходимость.



Перспективы психиатрии

В Казани прошёл XVI Съезд психиатров России. На форум, организованный Минздравами РФ и РТ, Российским обществом психиатров, Республиканской клинической психиатрической больницей им. акад. В.М. Бехтерева, прибыло почти полторы тысячи психиатров, наркологов, судебно-психиатрических экспертов, психотерапевтов, сексологов и неврологов из всех регионов России, а также гости из стран СНГ, Германии, Италии, Хорватии, США, Австралии.

От имени Минздрава России участников съезда приветствовала помощник министра Татьяна Клименко, которая отметила, что государство уделяет пристальное внимание совершенствованию организации медицинской помощи в вопросах психиатрии, что, в частности, нашло своё отражение в реализации с 2007 по 2012 год подпрограммы «Психические расстройства» ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями». В настоящее время реализация данных мероприятий продолжается в рамках программ развития здравоохранения и региональных программ.

Директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева Николай Незнанов: «Научная проблематика в психиатрии всё больше и больше сплетается с другими медицинскими дисциплинами. Современные тенденции развития таковы, что основной акцент делается на развитие нейробиологических исследований, для того чтобы понять сущность психических заболеваний. Это должно привести к более тонкой и чёткой диагностике психических расстройств. И это будет определённым



прорывом в лечении разных психических заболеваний».

Министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин рассказал, что его как организатора здравоохранения заботит в сфере психического здоровья. «По данным ВОЗ, до 20–25 % населения развитых стран страдают психическими расстройствами, –

отметил глава ведомства. – Многие люди живут в условиях затяжного социального и психоэмоционального стресса, ведущего к росту числа психических расстройств, алкоголизму, наркомании, деструктивным реакциям. Усиливается угроза экстремизма, нарастают миграционные процессы. Наше общество должно эффективно



составлена программа по совместной работе с онкологами, родственниками больных и самими пациентами, реализация которой начинается в Научно-исследовательском онкологическом институте имени П. А. Герцена.

Интерес собравшихся вызвало выступление директора Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков Виктора Иванова. «Около трёх миллионов человек пребывают по сути в бинарном состоянии «эйфория-ломка», которое не оставляет места ни социальной, ни экономической активности, –

ставитель Всемирной психиатрической ассоциации профессор Хелен Херрман (Мельбурн, Австралия). По её мнению, позитивно смотреть в будущее психиатрам позволяет множество новых эффективных методов лечения. Улучшить психическое состояние общества поможет также активное взаимодействие с социальными службами, родственниками пациентов и самими пациентами. Ключ к успеху – в раннем вмешательстве в течение патологического процесса, когда болезнь ещё не проявилась полностью, а также в профилактических мероприятиях.

противостоять различным негативным воздействиям, влияющим на здоровье и безопасность людей».

На социальную подоплеку психических заболеваний указал и руководитель ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, главный психиатр МЗ РФ Зураб Кекелидзе: «Идёт глобальный финансово-экономический кризис. В данной ситуации больше всего страдают именно наши больные. И основная цель психиатрии на данном этапе – как можно больше смягчить это воздействие». Главный психиатр Минздрава России также обозначил насущные практические проблемы службы. Одна из них связана с переходом к страховой медицине. В отличие от хирургии, где имеет место понятие законченного случая, в психиатрии, где большинство заболеваний пожизненные, это сделать порой не так-то просто. Сложно установить эффективность лечения тем или иным препаратом, а страховые компании требуют определить и стандартную стоимость, и минимальные сроки терапии.



рассказал он. – Более того, их состояние превращает в ад жизнь их родных и близких, а это уже 30–40 миллионов человек».

Выход глава ФСКН видит в воссоздании в новом виде утраченной в 1994 году системы лечебно-трудовых профилакториев. «Ликвидация ЛТП была осуществлена в девяностые годы под ангажированную и даже истерическую кампанию об антигуманности этой практики, – заявил Виктор Иванов. – Более



Новое направление в медицине – онкопсихиатрия – призвана облегчить психическое состояние онкологических больных, которые порой воспринимают своё заболевание как фатальное, не выдерживают стресса, что может привести к самоубийству. По словам Зураба Кекелидзе, в Минздраве России уже

того, юридически эта проблема квалифицирована исключительно как частный вопрос здоровья индивида». Создание национальной системы реабилитации и ресоциализации потребителей наркотиков объявлено стратегической задачей службы.

Взглядом на будущее психиатрии в мировом масштабе поделилась пред-

ЦИФРЫ



Республиканская клиническая психиатрическая больница имени академика В.М. Бехтерева – одно из крупнейших специализированных учреждений в России:

- 2118 – коечный фонд;
- 9000 пациентов ежегодно получают стационарное лечение;
- 80 000 пациентов получают внебольничную помощь;
- 2500 сотрудников;
- 15 кандидатов медицинских наук;
- 10 заслуженных врачей Республики Татарстан;
- 28 почётных работников здравоохранения Республики Татарстан;
- 11 отличников здравоохранения РФ;
- 5 клинических кафедр КГМУ и КГМА;
- 500 студентов, интернов, ординаторов обучаются ежегодно на базе больницы – 150 врачей из различных регионов России проходят усовершенствование.

Решения, опережающие время



В этом году ЗАО «Компания Киль-Казань» отмечает своё 10-летие. Безупречная репутация – результат ответственного подхода и эффективной работы. О том, как найти нишу и удерживать свои позиции на протяжении многих лет, – в интервью Healthy Nation генерального директора Сергея СИДОРОВА.

– Сергей Николаевич, компаний, работающих с вами в одном направлении, немало, что не помешало «Киль-Казань» найти своё место. Спустя десятилетие об этом уже можно говорить с уверенностью. В преддверии юбилея давайте вспомним, с чего всё началось?

– Точкой отсчёта стал 2005 год, когда была учреждена «Компания Киль-Казань» –



филиал группы компаний «Киль» (Москва), специализирующейся на комплексном оснащении лечебных учреждений оборудованием и расходными материалами. Сегодня казанский филиал работает не только в Татарстане, но и в Республике Марий Эл, Чувашии, Башкирии, Ульяновской области.

– Такой результат – следствие активной маркетинговой политики, и всё же она лишь одно из составляемых успеха. Что выделяет компанию в ряду других поставщиков медицинского оборудования?

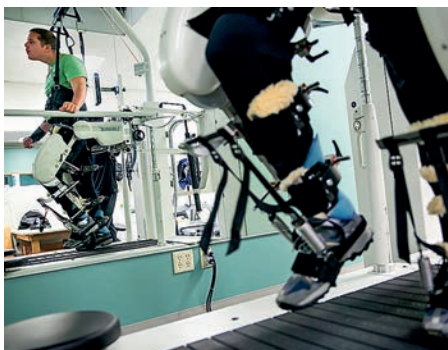
– Особенность работы группы медицинских компаний «Киль» (ООО «ГМК Киль») – в комплексном подходе оснащения ЛПУ, по сути работа в формате гипермаркета. Сегодня у ООО «ГМК Киль» более 50 дилерских соглашений с ведущими поставщиками оборудования, действуют около 20 собственных

ДЕТАЛИ



«КОМПАНИЯ КИЛЬ-КАЗАНЬ» ПРЕДЛАГАЕТ:

1. Высокотехнологичную медицинскую технику: КТ, МРТ, ангиографы, С-дуги, УЗИ аппараты, наркозно-дыхательное оборудование.
2. Реабилитационное оборудование ведущих мировых производителей.
3. Фармацевтические холодильники и облучатели-рециркуляторы производства ОАО «Позис».
4. Медицинскую мебель.
5. Медицинские изделия по обеспечению доступной среды:
 - рельсовые системы для подъёма и перемещения инвалидов;
 - инвалидные коляски и прочее.



Сегодня у группы медицинских компаний «Киль» более 50 дилерских соглашений с ведущими поставщиками медоборудования, действуют около 20 филиалов.



не только поставки оборудования, но и монтаж, сервисное обслуживание, ремонт и др. Такой подход возник не сразу, потребовалось два года активной деятельности, чтобы прийти к пониманию его необходимости. За прошедшее время он в полной мере доказал свою состоятельность. Кроме того, и диверсификация бизнеса, даже если деятельность специализированная, даёт неплохие результаты. Так, у нас появилось ещё одно направление – собственное производство медицинских пакетов и ёмкостей для утилизации медицинских отходов. В 2007 году было создано торгово-производственное предприятие (ЗАО «ПТП Киль») и запущена линия по выпуску медицинских пакетов всех классов опасности и ёмкостей для сбора медицинских отходов. Мы также производим весь спектр скальпелей однократного применения, которые успешно конкурируют с импортными, в том числе с китайскими, причём наша цена ниже на 30–40 %. Одно из недавно открытых направлений – созданное четыре года на-

зад предприятие по продаже фармацевтических препаратов. Развитие стратегии широкоформатной торговли и освоение выпуска собственной продукции позволяют нам обеспечивать стабильные продажи и поддерживать репутацию надёжного бренда.

– «Компания Киль-Казань» принимает участие в модернизации здравоохранения республики. Изменились ли приоритеты за годы действия программы?

нальные знания, и умение совмещать ряд иных компетенций. Так, инженер должен не только на очень высоком уровне владеть профессиональными знаниями, но и протестировать оборудование с точки зрения пользователя. Не менее сложная задача стоит перед менеджерами: им необходимо понимать потребности медицинского персонала, рынок, преимущества предоставляемой техники, а самое главное – предвидеть потребности врачей в

работая на опережение. Мы гордимся, что многое из того, что поставляет «Копания Киль-Казань», может соответствовать определению «Впервые в республике». Безусловно, такой подход требует массы усилий на продвижение, апробации, участие в выставках, научно-практических конференциях, но это наша принципиальная позиция.

– «Компания Киль-Казань» известна не только как поставщик оборудования, но и медицинской мебели.



Диверсификация бизнеса, даже если деятельность специализированная, даёт неплохие результаты. Так, у нас появилось ещё одно направление – собственное производство медицинских пакетов и ёмкостей для утилизации медицинских отходов.

– Мы участвуем в модернизации практически всех крупных больниц, предлагая самые разные виды медицинского оборудования. Если говорить о «тяжёлой» технике, то это компьютерные томографы и С-дуги в Республиканской клинической больнице МЗ РТ, Детской республиканской клинической больнице МЗ РТ и Городской клинической больнице № 7 г. Казани. В рамках программы оснащения родильных домов принимали участие в поставках аппаратов искусственной вентиляции лёгких для детей с экстремально низкой массой тела, систем фототерапии и прочего оборудования. В целом о кардинальных изменениях в рамках программы модернизации говорить сложно, поскольку на каждом этапе своя задача.

– Работа в сфере медицины всегда связана с рядом особенностей, как вы решаете непростые задачи здравоохранения?

– Для успешной работы в сфере здравоохранения нужны и профессио-

ближайшей и долгосрочной перспективах. Именно с учётом развития медицины наша компания предлагает оборудование для оснащения клиник, зачастую

ДЕТАЛИ

ЗАО «Компания Киль-Казань» является официальным дилером ведущих медицинских производителей, таких как Philips, General Electric, Chirana, Mindray, CareFusion, «Позис», «Фармстандарт» и т.д. С 2008 года в структуре компании функционирует служба сервисного обслуживания, предоставляющая весь спектр услуг: техническое обслуживание и ремонт медицинской техники, метрологическую поверку средств измерений, электроизмерения.

– За последние 3–4 года мы оснастили медицинскими кроватями, каталками, шкафами и прочей медицинской мебелью многие больницы и ФАПы республики. Перебрав сотни вариантов и поставщиков, мы нашли оптимальные решения по разным видам медицинской мебели отечественного и импортного производства. Сотрудничаем с ведущими компаниями Италии, Финляндии, Чехии, Германии, США и Китая. Мебель, которую мы предлагаем, – отличного качества, имеет все необходимые сертификаты соответствия, отвечает требованиям европейских и российских стандартов. Ознакомившись с функциональными возможностями предлагаемых вариантов, убедившись в высоком качестве, ею заинтересовались и в соседних республиках. Кстати, медицинская мебель не только практична, но и эстетична. Приятно наблюдать, что стиль татарстанских клиник стал узнаваемым и копируемым и за пределами Татарстана.

– С каким настроением вы смотрите в будущее?

– У Татарстана очень хорошая динамика экономического развития. Республика уверенно идёт вперёд. Мы будем делать всё, чтобы соответствовать задачам времени. *

14-16

ОКТАБРЯ 2015

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
КОНГРЕССНО-
ВЫСТАВОЧНЫЙ
ЦЕНТР
ЭКСПОФОРУМ
ПАВИЛЬОН Н



ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ЗДОРОВЬЯ



МЕДИЗ Санкт-Петербург. МЕДИЦИНА И ЗДОРОВЬЕ

Международная выставка медицинской техники, оборудования, услуг и технологий для больниц, поликлиник, лабораторий и частных клиник
www.mediz-spb.ru



ФАРМАЦИЯ

Международная выставка лекарственных препаратов
www.pharma.primexpo.ru



БИОИНДУСТРИЯ

Выставка-конференция биотехнологических решений для медицинской и фармакологической отраслей
www.bio.expoforum.ru



ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЙ ТУРИЗМ

Международная выставка медицинских и оздоровительных услуг
www.healthtourism.primexpo.ru



ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

www.aestheticmed.primexpo.ru

www.pmfz.expoforum.ru

+7 (812) 240 40 40

ОРГАНИЗАТОРЫ

EXPOFORUM



primexpo



0+



Переход в новое качество

Модернизация здравоохранения открыла новые возможности для нейрохирургической службы

На VII Всероссийском съезде нейрохирургов в Казани было отмечено, что сегодня оснащение региональных стационаров не уступает федеральным учреждениям. Для увеличения объёма оказываемой помощи теперь необходимо повышение хирургической активности, освоение современных методик и ликвидация отставания по числу коек нейрореанимации.



«На встречу в Казань приехали 904 специалиста из 83 городов России, – подчеркнул президент съезда, главный нейрохирург Минздрава РТ, профессор Валерий Данилов. – Так что представительство можно назвать беспрецедентным. Помимо российских участников, в съезде принимают участие специалисты из Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, Азербайджана, Армении, а также Германии, Франции, Швейцарии, Греции, Польши, США и Индии».

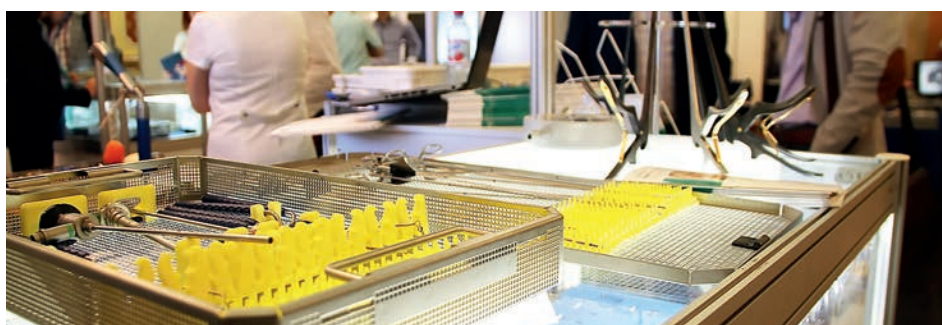
В приветствии участникам съезда от министра здравоохранения России Вероники Скворцовой было отмечено, что за последние три года благодаря организации уникальных программ (по модернизации здравоохранения и других. – **Прим. ред.**)

существенно улучшилось оснащение российских нейрохирургических учреждений. Во многих регионах проведена работа по организации медицинской помощи при основных видах нейрохирургических патологий. В крупных клиниках активно внедряются наиболее современные высокотехнологичные методики.

Последние шесть лет все усилия специалистов были направлены на совершенствование методик лечения острых патологий сосудов головного мозга. Главным нейрохирургом Минздрава России академиком РАН Владимиром Крыловым было отмечено, что сосудистая программа оправдала себя: новые разработанные и внедрённые в практику региональных сосудистых центров методы хирургического

лечения мозговых кровоизлияний позволили значительно уменьшить смертность от этого грозного заболевания. Изменения в работе отделений оказались настолько велики, что возникла необходимость их оценить и проанализировать. Как результат были созданы паспорта нейрохирургических служб регионов и Российской Федерации в целом.

Как следует из доклада главного нейрохирурга, в региональных и федеральных учреждениях страны сейчас 332 нейрохирургических отделения, в которых функционируют 12 656 коек, из них 533 – нейрореанимационные (соотношение 1/24). Количество ставок нейрохирургов – 2711, которые закрываются 2395 физическими лицами. К услугам специалистов – 415 КТ,



260 МРТ, 176 сериографов, 323 операционных микроскопа, 200 эндоскопических стоек и другое оборудование.

и количество операций на одного нейрохирурга с 60 до 120–150 в год, что важно для поддержания должного уровня про-

Основные показатели (за 2014 год)	Федеральные учреждения (1526 коек)	Региональные учреждения (11 130 коек)	Все стационары РФ (12 656 коек)
Количество нейрохирургов	278	2117	2395
КТ	40	375	415
МРТ	36	224	260
Сериограф	22	154	176
Койки нейрореанимации	119	414	533

Анализ показал, что оснащение региональных стационаров в целом не уступает федеральным учреждениям, за исключением количества коек нейрореанимации. А по числу специалистов субъекты РФ даже превосходят центр: в региональных отделениях один хирург приходится на 5,3 койки, а в федеральных – на 5,5. «Можно ли от региональных заведений требовать того же объёма операций, что и от федеральных? – задаётся вопросом академик Крылов и отвечает на него утвердительно. – Никогда ещё у нас в Российской Федерации не было такого оснащения и такого оборудования! Этого достаточно, чтобы проводить самые сложные операции, в том числе эндоваскулярные вмешательства. Есть хорошие операционные и диагностическая база. Но чтобы они заработали в полную мощь, специалисты должны обладать соответствующими навыками и знаниями».

В связи с этим главный нейрохирург страны считает, что необходимо увеличить хирургическую активность отделений

профессиональных компетенций. Чтобы расширить спектр проводимых вмешательств, надо активно проводить образовательные циклы по различным разделам нейрохирургии на базах ведущих учреждений. Чтобы хирурги чувствовали себя увереннее в сложных ситуациях, до конца года нужно утвердить 27 рекомендательных протоколов по нейрохирургии. Поскольку выхаживание больного чрезвычайно важно в нейрохирургии, требуется увеличить количество нейрореанимационных коек до 10 % от общего коечного фонда нейрохирургического отделения. Необходимо также повысить ответственность главных нейрохирургов регионов и федеральных округов.

Проблемы и перспективы службы рассмотрел патриарх отечественной нейрохирургии академик РАН Александр Коновалов. Среди прочих проблем он особо выделил состояние детской нейрохирургии: «Это одно из самых слабых звеньев. Мы столкнулись даже не со сложностями, а с тем, что помощь детям часто оказыва-

ется во взрослых стационарах. В Российской Федерации всего 894 детские койки, размещённые в 39 отделениях детской нейрохирургии (включая 4 федеральных учреждения) и отделениях хирургического и травматологического профиля. Самое главное в детской нейрохирургии – это организационные вопросы. До сих пор у нас нет приказа об оказании помощи детям с нейрохирургической патологией. Необходимо создание трёхуровневой системы оказания специализированной помощи. Нужно ввести ставки нейрохирургов во всех ОДКБ, а также должность главного детского нейрохирурга во всех регионах».

Участники съезда обсудили вопросы организации нейрохирургической службы, лечения черепно-мозговой травмы, сосудистой патологии, нейроонкологии, спинальной, детской и функциональной нейрохирургии. На пленарных заседаниях было прочитано 40 лекций ведущих специалистов России. На секционных совещаниях и постерных сессиях был представлен опыт последних лет. В рамках съезда прошли школы по ишемическому инсульту в остром периоде и по нейроонкологии, образовательные циклы, различные мастер-классы.

Новым вектором развития на ближайшие годы съезд определил совершенствование методик хирургического лечения тригеминальных болей, эпилепсии, паркинсонизма и других патологий, относящихся к функциональной нейрохирургии, а также к профилактике сосудистых поражений головного мозга. Здесь на первый план выступает эффективность взаимодействия со службами неврологии, нейрофизиологии и нейрореабилитации.

Как определить биологический возраст сосудов?



В Образовательном центре высоких медицинских технологий прошёл мастер-класс, посвящённый применению в клинической практике неинвазивного метода определения атеросклеротического поражения артерий. Новым словом в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний стала сфигмоманометрия, которая позволяет оценить жёсткость сосудов и степень нарушения кровотока. Этот простой и доступный метод сегодня успешно применяется в ряде учреждений здравоохранения Татарстана.

В мероприятии приняли участие руководители и специалисты амбулаторно-поликлинических учреждений Казани, Нижнекамска, Альметьевска и других городов республики.

Интерес к новой технологии понятен: пожалуй, впервые у врачей появилась возможность так быстро и просто получить достоверные данные о состоянии сосудов пациента, определить их биологический возраст. Уже более полугода сфигмоманометрия применяется при проведении массовых исследований, и, по мнению специалистов здравоохранения республики, опыт её апробации можно считать успешным.

Как известно, в основе сердечно-сосудистых заболеваний чаще всего лежит атеросклероз, который зачастую может протекать бессимптомно. У 30–50 % таких пациентов первым проявлением атеросклероза может стать инфаркт миокарда, который является одной из основных причин смертности. Соответственно, перед системой здравоохранения встает проблема определения поражения сосудов на этапе, когда ещё нет явных клинических признаков патологии. Как правило, по шкале SCORE сердечно-сосудистый риск у таких пациентов оценивается как умеренный. Однако при более углублённых исследованиях может выясниться, что он был



недооценён, и пациент нуждается в более агрессивной профилактике и терапии. В связи с этим в национальных рекомендациях был расширен перечень методов обследования, для инструментальной диагностики субклинических проявлений атеросклероза среди прочих в него вошло определение жёсткости стенок сосудов и лодыжечно-плечевого индекса. Поскольку речь идёт о массовом скрининге, у организаторов здравоохранения и специалистов возникла потребность в оборудовании, которое будет интуитивно понятным для любого медицинского работника, давать надёжные и быстрые результаты, которые можно однозначно интерпретировать.

Именно такой прибор предложил японский производитель FUKUDA DENSHI, официальным представителем которого в России является компания «Мед Инн». VaSera VS-1500N в применении не сложнее, чем обычный электрокардиограф, обладая при этом принципиально новым функционалом по сравнению с той техникой, которая до этого была в арсенале врачей. Аппарат неинвазивно измеряет артериальное давление (АД) на всех конечностях с одно-временной записью ЭКГ, ФКГ и пульсовых волн. Ключевыми показателями, которые он даёт возможность определить, являются сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI) и лодыжечно-плечевой индекс давлений (ABI). Первый отражает специфическую жёсткость артериальной стенки,



причём независимо от уровня артериального давления, второй показывает степень стеноза или окклюзии артерий нижних конечностей. Кроме того, аппарат выдаёт графическое изображение баланса АД на плечах и голени. При наличии ишемии на рисунке появляется стрелка, отражающая тенденцию по снижению АД в конечностях.

CAVI является маркером раннего атеросклероза, предиктором коронарных событий. Референтные значения индекса: 8 – норма, 8–9 – пограничный показатель, 9–10 – можно говорить о наличии в коронарных артериях гемодинамических бляшек, более 10 – многососудистое поражение артерий. ABI позволяет определить норму, пограничные состояния, заболевания периферических артерий лёгкой, средней и тяжёлой степени.

Примечательно, что все эти показатели определяются в автоматическом режиме, а сама диагностическая процедура обычно занимает не больше пяти минут. Достаточно положить пациента на койку, наложить манжеты, ЭКГ-электроды, микрофон ФКГ – всё остальное VaSera VS-1500N сделает сам. Соответственно, выполнить эти манипуляции может медицинский работник без высокой квалификации, например, медицинская сестра. Результаты выдаёт встроенный термопринтер, также их можно вывести на внешний принтер, сохранить в электронном виде, используя затем в информационной системе ЛПУ. Наряду со

ДЕТАЛИ

Сфигмоманометрия используется в ряде ведущих медицинских учреждений Российской Федерации:

- Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ (г. Москва);
- Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (г. Санкт-Петербург);
- Клиническая больница № 85 ФМБА России (г. Москва);
- Городская клиническая больница № 59 (г. Москва);
- Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина (г. Пенза);
- Городская больница № 14 (г. Санкт-Петербург);
- Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва);
- Научный центр неврологии (г. Москва).

специфическими показателями, которые доступны для интерпретации только специалисту, отчёт содержит также данные о биологическом возрасте сосудов. Такая информация позволяет наглядно показать человеку проблемы его сердечно-сосудистой системы, а значит, он с большим вниманием отнесётся к рекомендациям врача.

Практическим опытом применения данной технологии поделилась главный специалист по профилактической медицине МЗ РТ, лечебной физкультуре и спортивной медицине ПФО, главный врач Республиканского центра медицинской профилактики Римма Садыкова. Она отметила, что первичной целью диагностики патологии сосудистой стенки является не только раннее определение атеросклероза для своевременного лечения и изменения образа жизни пациента, но и количественная оценка прогрессирования болезни и эффективности проводимой терапии. ГАУЗ «РЦМП» были проведены исследования у почти двух тысяч человек. Определение CAVI позволило выявить увеличение жёсткости артериальной стенки у 15 % обследуемых, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у них был переквалифицирован в сторону увеличения. Также у 15 % обнаружены признаки стеноза артерий нижних конечностей, у 7 % – признаки раннего старения сосудов. *

GPS

для хирургии

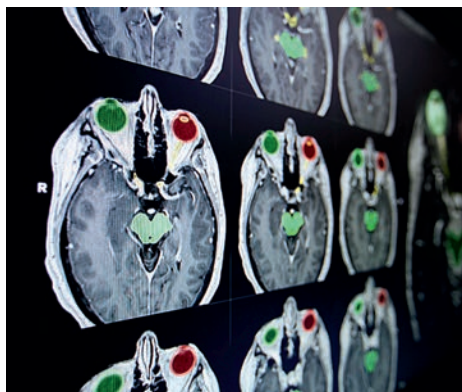
В отделении нейрохирургии № 2 ГАУЗ
«Республиканская клиническая больница МЗ РТ»
прошла апробацию навигационная система BRAINLAB
(Германия).



Одной из важнейших задач при эндоскопическом хирургическом вмешательстве является обеспечение объективного контроля положения хирургического инструмента в границах области манипуляций. Развитие компьютерных технологий и их внедрение в медицину позволили создать безрамочные навигационные системы, дающие возможность в течение всей операции получать точную информацию о местонахождении инструмента в режиме реального времени.

Данная передовая технология была успешно апробирована в ведущей клинике Татарстана – Республиканской клинической больнице МЗ РТ. В ходе двух операций было подтверждено, что использование этой системы позволяет безопасно и с высокой вероятностью точности вводить винты через ножки в тела позвонков вблизи крупных сосудисто-нервных структур, величина отклонения винтов от запланированной ранее траектории

является минимальной. Ещё одним из положительных моментов применения новой навигационной системы стало сведение к минимуму использования рентгенологического контроля и минимизация вредного воздействия лучевой нагрузки на пациента и медперсонал.



Системы хирургической навигации позволяют получать информацию об анатомических особенностях пациента, расположении инструментов, состоянии патологии и месте вмешательства при планировании и в ходе операции. Наибольший интерес в последнее время вызывает оборудование, которое позволяет исключить использование громоздкого инструментария вокруг пациента. Безрамочная система может применяться в краниальной нейрохирургии, например, для разметки при планировании краниотомии, контроля резекции различных образований, эвакуации гематом, для сосудистых вмешательств, при удалении опухолей. В спинальной хирургии она используется, в первую очередь, для точного проведения винтов (по данным КТ, ЭОП, интраоперационного КТ или трёхмерной С-дуги). Реже – при навигации опухолей – по данным КТ и МРТ. В ортопедии система применяется для установки эндопротезов коленного и тазобедренного суставов, в травматологии – для совмещения переломов длинных костей, проведения винтов по данным ЭОП (в том числе остеосинтез костей таза). В ЛОР-хирургии – для визуализации пазух в дополнение к видеоданным эндоскопа. В челюстно-лицевой хирургии система навигации позволяет проводить планирование операций и контролировать симметричность реконструкции лицевого скелета.

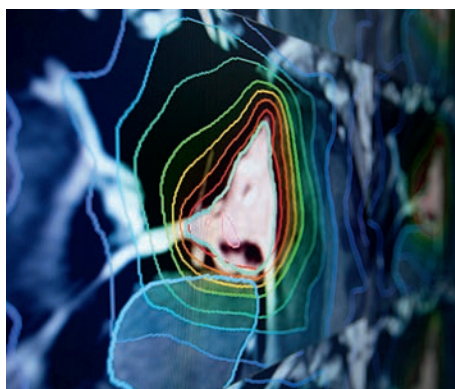
Работа безрамочной системы навигации похожа на работу глобальной системы позиционирования GPS, где вместо спутников – инфракрасная камера, вместо автомобиля – хирургический инструмент, а вместо GPS-трекера – референтная метка пациента. Оборудование состоит из устройства отслеживания инструмента (инфракрасной камеры), монитора для отображения информации, компьютерного блока, программного обеспечения, блока предоперационного планирования вмешательств.

Данные планирования, которые проводятся до операции (выделение по результатам предоперационных исследований областей интереса или критических структур, для краниальной хирургии – проводящих путей и функциональных зон по данным трактографии и МРТ), могут использоваться в процессе вмешательства.

Перед началом операции (после введения пациенту наркоза) на некотором удалении от области вмешательства устанавливается инфракрасная камера. К пациенту (скобе Мейфилда – для краниальных вмешательств, остистому отростку – для вмешательств на позвоночнике или к кости – для травматологических и ортопедических вмешательств) прикрепляется

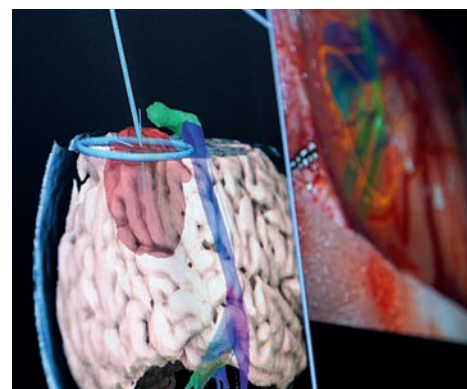
инфракрасный датчик. Далее проводится процедура регистрации – сопоставление положения пациента на операционном столе и данных в навигационной системе (для краниальной нейрохирургии – регистрация проводится до разреза, а для спинальной и травматологической – в ране). Специальной указкой (для головы – с лазерным излучателем, а для спины и ортопедии – с жёстким кончиком) хирургом очерчивается поверхность лица или области, где проводится вмешательство. Система связывает трёхмерное изображение с реальным положением пациента и после регистрации выдаёт точность соответствия реальной анатомии человека и виртуальной модели на дисплее.

Хирург в любой момент может с точностью до одного миллиметра контроли-



рых этапов оперативного вмешательства.

Кроме того, навигационная система позволяет интегрировать данные опера-



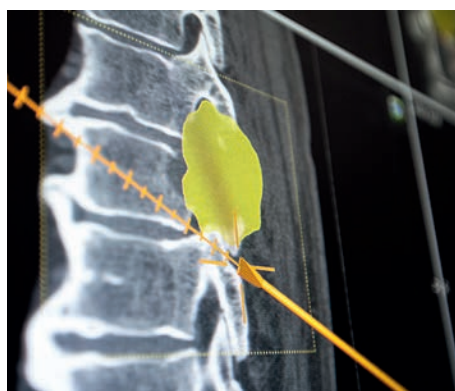
ционного микроскопа, ультразвука, диагностических предоперационных и интраоперационных исследований и использовать их одновременно, что повышает эффективность принятия решений.

«Эта система дала нам широкие возможности для оказания медицинской помощи на самом высоком уровне, – отметил Валерий Игнатьев, заведующий отделением нейрохирургии № 2 ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». – После автоматического слияния в рабочей станции полученных МРТ/КТ-данных оперативное вмешательство планируется с учётом анатомических особенностей расположения патологического образования, которые затем переносятся в операционную. С такой навигацией хирург может работать (в т.ч. с микроскопом) с высочайшей точностью в любых областях головного мозга, контролировать каждый свой шаг. Спинальный модуль позволяет проводить быстрые, точные и надёжные вмешательства на любом отделе позвоночника. Нас приятно удивили простота и удобство регистрации пациента – одной из самых важных процедур в процессе подготовки навигационной системы к использованию».

По сравнению с аналогами BRAINLAB имеет более широкий перечень интеграции с операционными микроскопами. Пожалуй, это единственная открытая система на рынке. Она позволяет интегрировать большинство ультразвуковых датчиков для нейрохирургии (более 40 вариантов); для спинальной хирургии важно, что система обеспечивает навигацию инструментария любого производителя, в том числе таких как DePuy, Ulrich и собственной марки; интегрируется с плоскочастотными двухмерными С-дугами. Она имеет базу данных и позволяет навигировать эндопротезы коленного и тазобедренного суставов с учётом моделей. Система безрамной биопсии уникальна; по данным разработчиков, такого программного контроля и регулировки у других просто нет. *



ровать положение инструмента, планировать траекторию доступа и достигать выбранной точки оптимальным и малоинвазивным путём. Контроль осуществляется по монитору навигационной системы в трёх плоскостях (аксиальной, сагитальной и коронарной) на различ-



ДЕТАЛИ

В ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» навигационная система была успешно применена при проведении операций:

– задний транспедикулярный спондилодез металлоконструкции на уровне Th11-Th12-L2 позвонков у пациента с диагнозом «закрытый компрессионный перелом тел Th12, L1 позвонков без неврологических нарушений»;

– задний транспедикулярный спондилодез металлоконструкции на уровне Th11-L1 позвонков, ламинектомии на уровне Th12 позвонка у пациента с диагнозом «закрытый компрессионный перелом тела позвонка, осложнённый нижней параличей, задержкой мочеиспускания».



Сервисное обслуживание – Всегда на ВЫСОТЕ

Залог безупречной работы медицинского оборудования – регулярное техническое обслуживание и поверка средств измерений. Любая неисправность или аппаратный сбой могут стать причиной постановки неправильного диагноза, вызвать сложности при врачебных манипуляциях, что в свою очередь грозит здоровью пациентов. Аутсорсинг в сфере сервисного обслуживания медицинского оборудования позволяет избежать множества технических проблем и сэкономить средства ЛПУ.



Лучше всего с решением этой задачи справляются специализированные компании, имеющие не только необходимый опыт, но и все допуски к обслуживанию и проведению сервисных работ. Недаром на аутсорсинг в этой сфере сегодня уже

перешло большинство учреждений здравоохранения. Такие компании обладают всеми необходимыми ресурсами, оборудованием и компетентными специалистами. Аутсорсинг обоснован ещё и с экономической точки зрения – у клиники не возникает необходимости

в непрофильных затратах, при этом она получает гарантии того, что дорогостоящая техника не подведёт. Соответственно, не будет и проблем с оказанием медицинских услуг населению, что особо актуально в свете развития медицинского страхования и ориентации на современные стандарты качества.

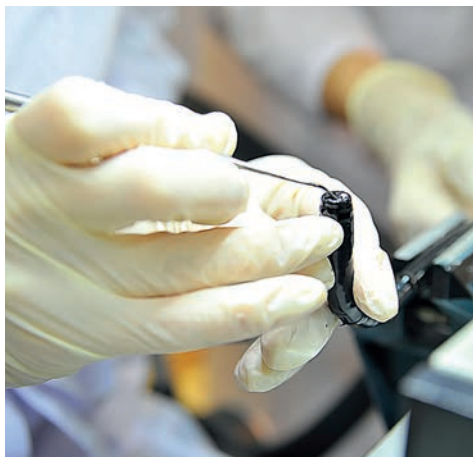
Специализированные предприятия, которые дорожат своей репутацией и профессионально занимаются обслуживанием всего спектра современного медицинского оборудования, имеют в своём арсенале полный набор контрольно-диагностических и испытательных приборов для поверки, юстировки и ремонта. Диагностические и ремонтные работы в таких компаниях выполняют высококвалифицированные инженеры, механики, специалисты в области метрологии, радиоэлектроники, имеющие необходимые допуски.

Производители медицинской техники, как и некоторые узкоспециализированные предприятия, как правило, обслуживают оборудование одного-двух брендов. В отличие от них мультибрендовые компании подходят к вопросу более рационально – они берутся за обслуживание всего парка приборов и техники, состоящих на вооружении медучреждения.

Чтобы не ошибиться с выбором, необходимо выяснить перечень предлагаемых услуг и уровень компетенции сотрудников пред-

приятия, ознакомиться с имеющимися у них сертификатами и другой разрешительной документацией. Для облегчения поиска подходящего партнёра можно обратиться внимание на компании, объединённые в рамках российской ассоциации «РАПМЕД». В 2010 году на её основе была создана саморегулируемая организация, которая объединила более 100 компаний со всей России. Одна из них – ООО «РЕНИР» – находится в Казани и специализируется на комплексной поставке медицинского оборудования отечественных и зарубежных производителей, изделий медицинского назначения, расходных материалов, техническом (сервисном) обслуживании и ремонте медицинской техники всех видов. Мощности предприятия представлены испытательным центром, ремонтной базой, оснащённой самой современной техникой. Кроме того, компания имеет несколько специализированных подразделений: лабораторию радиационного контроля, лабораторию электроизмерений и методико-консультативный отдел, где разрабатывают профильные методики и консультируют врачей по вопросам дозиметрии и радиационной безопасности.

Недавно «РЕНИР» расширил сферу своих услуг – создал новую независимую лабораторию, которая получила аккредитацию на поверку средств измерений. Это позволило полностью закрыть все вопросы обслуживания медицинской техники и приборов с одновременной экономией средств заказчиков: теперь при обслуживании хроматографов, фотометров, электроэнцефалогра-



фтов, электрокардиографов и многих других аппаратов не нужно привлекать сторонние организации.

тить, что инженеры «РЕНИР» принимают на обслуживание не только новое оборудование. Независимо от срока службы аппаратуры они проводят диагностику, определяют степень изношенности, ремонтпригодность и при необходимости восстанавливают технику.

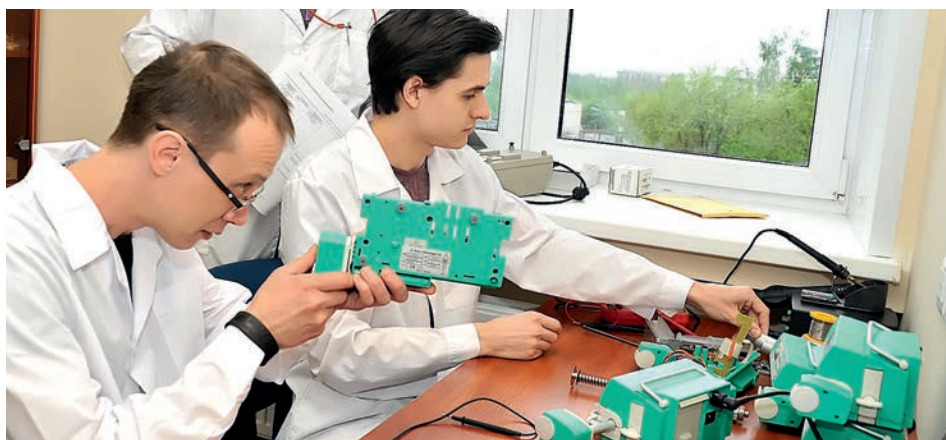
Высококвалифицированные специалисты компании имеют все соответствующие сертификаты и допуски на проведение технического обслуживания медицинского оборудования, работы с источниками ионизирующего излучения, ремонт и поверку измерительных приборов. Инженеры предприятия регулярно проходят обучение и сдают экзамены на подтверждение квалификации. При проведении диагностики они используют продукцию Fluke Biomedical



Всё это позволяет компании осуществлять сервисное обслуживание широкого спектра медицинской техники: дефибрилляторов, кардиостимуляторов, электрокардиографов, электрохирургических приборов (коагуляторов), ультразвуковых диагностических аппаратов, мониторов жизненных функций пациента, измерителей артериального давления, фетальных мониторов, пульсоксиметров, аппаратов искусственной вентиляции лёгких, наркозно-дыхательных аппаратов, вакуумных экстракторов, инфузионных и шприцевых насосов, инкубаторов для новорождённых, магнитно-резонансных томографов, рентгеновских систем и др. После проведения ремонтных работ оборудование проходит проверку по ключевым параметрам собственной службы контроля качества.



Высококвалифицированные специалисты компании имеют все соответствующие сертификаты и допуски на проведение технического обслуживания медицинского оборудования, работы с источниками ионизирующего излучения, ремонт и поверку измерительных приборов.



фов, электрокардиографов и многих других аппаратов не нужно привлекать сторонние организации.

Обслуживание медицинских приборов проводится в соответствии с эксплуатационным регламентом производителя. Стоит заме-

– мирового лидера в производстве биомедицинского контрольно-измерительного оборудования. Подобные приборы незаменимы для имитационного моделирования процессов, тестирования электрической безопасности.

Компания «РЕНИР» является официальным партнёром и тесно сотрудничает со многими отечественными и зарубежными производителями, такими как Covidien, GE Healthcare, Philips, Draeger, B. Braun, Johnson & Johnson, Dixon, Siemens, Toshiba и другими. *

16-17 октября 2015

КАЗАНЬ, ГТРК «Корстон»

III МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА

МЕДИЦИНА И ЛЕЧЕНИЕ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ




Вход свободный!

ДИАГНОСТИКА • РЕАБИЛИТАЦИЯ • ОЗДОРОВЛЕНИЕ • СПА-ТУРИЗМ

+7 (917) 275-67-37
optimaexpo@mail.ru
www.optimaexpo.ru



ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ
ОПТИМА ЭКСПО



Энергия созидания

26 лет проработал первым
заместителем министра
здравоохранения ТАССР
Яков ПАВЛУХИН

Он умел быстро принимать
решения. Его активность и
целеустремлённость заражали
и вдохновляли тех, кто строил
новые ЦРБ, крупнейшие
больницы республики –
ДРКБ и РКБ, создавал
здравоохранение Набережных
Челнов и нефтяных районов
Татарстана.

ОТ ТОКАРЯ ДО ВРАЧА

Яков Павлухин родился в деревне Черемухово Чистопольского уезда в 1926 году. С детскими годами связаны его первые впечатления, создавшие в памяти образ «настоящего доктора»: земский врач, взволнованный тяжёлым состоянием его отца, заболевшего тифом, дважды посещал их дом, в непогоду преодолевая 60 км на лошади, чтобы помочь больному побыстрее встать на ноги.

В 1930 году семья переехала в Чистополь, где Яков поступил в школу. Учиться ему нравилось, но мирные планы нарушила Великая Отечественная война: пятнадцатилетний юноша был вынужден пойти работать на Чистопольский часовой завод учеником токаря. Через несколько месяцев он освоил профессию и работал наравне со взрослыми. Но со временем тяга к учению взяла верх, и Яков Павлухин, услышав по городскому радио сообщение о приёме учеников в фельдшерско-акушерскую школу, решил попробовать себя на медицинском поприще. Собственно выбор был не богат – другого учебного заведения в городе не было.

По окончании школы в 1944 году молодой человек поступает в Казанский мединститут на лечебно-профилактический факультет, а после выпуска в 1949-м направляется хирургом в Изгарскую участковую больницу. Бывшая земская больница, расположенная в кирпичном здании дореволюционной постройки, словно приглашала его примерить на себя образ настоящего земского врача. Эту долю он испытал в полной мере – приехав в качестве хирурга, сразу же был назначен главным врачом.

ИЗГАРЫ – КАЗАНЬ: НОВЫЕ МАСШТАБЫ

Весь штат больницы состоял из нескольких человек: хирург, окулист, зубной врач, несколько фельдшеров, акушеров, медсестёр и санитарок. Многие приходилось делать самому, что-то переделывать, но трудности никогда не пугали Павлухина. Помимо хозяйственных дел, он принимал больных – каждый день, а если нужно, то и ночью. Никто отказа не получал.

Организаторские способности, аккуратность, вдумчивость, высокий уровень теоретических знаний и практических навыков Якова Георгиевича не могли остаться незамеченными вышестоящим руководством, и в 1952 году его назначили на должность начальника лечебного сектора Чистопольского облздравотдела.

Евгений Карпунин (бывший главный врач ДРКБ МЗ РТ, заместитель министра здравоохранения РТ):

«Чистополь был тогда областным центром и второй столицей республики. Когда я работал заместителем главного врача Чистопольского района, врачи и



жители с гордостью говорили «наш Павлухин». Не потому, что он стал большим начальником, а потому, что был хорошим руководителем».

После ликвидации области в 1953 году Яков Георгиевич был переведён на работу в Бугульму, где до 1958 года заведовал горздравотделом, при этом одновременно возглавлял городскую больницу, приняв активное участие в становлении здравоохранения нефтяных районов Татарии. Также в его послужном списке появился Зеленодольск, а в августе 1961 года энергичный, требовательный к себе и другим главный врач городской больницы № 1 г. Зеленодольска по рекомендации министра здравоохранения ТАССР Р.Ю. Ярмухаметовой был выдвинут на очень ответственную должность первого заместителя министра.

ПЕРВЫЙ ПОСЛЕ МИНИСТРА

Евгений Карпунин:

«Я знал Якова Георгиевича с 1966 года. В министерстве была прекрасная команда из двух руководителей. Министром был Ильшат Мухутдинов – настоящий интеллект, спокойный, уравновешенный, он принимал стратегические решения, решал вопросы с вышестоящим руководством, добивался финансирования. А рядом с ним – активный, горячий Яков Павлухин, вокруг которого всё крутилось и вертелось. Он прекрасно знал практическое здравоохранение, и при всей своей импульсивности почти никогда не ошибался, принимая те или иные решения. В те годы отрасль очень хорошо развивалась: строи-

лись новые ЦРБ, участковые больницы. Транспорт тоже он заведовал: машины поступали централизованно, ведь без них ни одна больница не может нормально функционировать. Не только «скорая помощь», но и участковые педиатры, и терапевты выезжали на дом к больным на авто. Поэтому и на «скорую» нагрузка была меньше».

В стране в целом и в Татарстане особенно здравоохранение развивалось скачкообразно: заново возводились целые города – Набережные Челны, Нижнекамск. Строились огромные республиканские больницы – ДРКБ, РКБ. Велась большая работа по искоренению массовых инфекций. Яков Павлухин возглавлял Республиканский штаб по борьбе с венерическими заболеваниями. Врачи работали в тесном контакте с другими заинтересованными ведомствами: милицией, прокуратурой, образовательными, культурными учреждениями, общественными организациями. В результате показатель выявления больных сифилисом вырос до очень высокого уровня – 74 %, а число больных с 720 в 1978 году упало до 111 в 1986-м. Опыт Татарстана перенимала вся страна.

Наиль Садыков (бывший директор Казанского медицинского училища, заместитель министра здравоохранения ТАССР):

«Павлухин курировал и подготовку среднего медицинского персонала. По его инициативе были открыты Зеленодольское и Нижнекамское медицинские училища. Мы с ним познакомились в 1972 году, когда меня назначили директором



Буинского медицинского училища. Это была идея Якова Георгиевича. Училище уже собирались закрывать из-за плохой материально-технической базы, но мне как начинающему руководителю дали возможность попробовать сдвинуть дело с мёртвой точки. Благодаря поддержке Якова Георгиевича и Минздрава я смог довести стройку до конца. После этого меня перевели в Казань – тоже директором медучилища. Его здание на Большой Красной, 45 было аварийным – стена в полтора кирпича треснула с четвёртого до второго этажа. Вместе с Павлухиным мы добились, чтобы училище закрыли на капитальный ремонт, а параллельно занялись подготовкой строительства нового здания на Мавлютова, 34. Строили днём и ночью. Помню, что 31 декабря в 11 часов ночи мы были ещё на стройке. Это сейчас отдыхают три дня до праздника и три дня после. А нам отдыхать было некогда. Зато в 1986 году училище уже въехало в новое здание».

ПОГРУЖЕНИЕ В ИСТОРИЮ

После выхода на пенсию Яков Павлухин работал заместителем председателя Республиканского совета ветеранов войны и труда, помощником народного депутата РСФСР.

Лукман Закиров (писатель):

«Руководители Совмина явно поторопились отправить Павлухина на заслуженный отдых. Яков Георгиевич с его неуёмной энергией не мог, конечно, сидеть, сложа руки, и начал потихоньку готовить материалы для своей книги о земских врачах.

Собирать сведения столетней давности – дело архисложное. Он искал их везде, где можно, даже на свалках архива. Помню его почти детскую радость по поводу очередной «находки» у кремлёвской стены в день коммунистического субботника. В те дни, когда он собирал скудные сведения о давно умерших врачах, некоторые его недоброжелатели откровенно посмеивались над тем, что бывший босс Минздрава занимается никому не нужным делом».

Наиль Садыков:

«Министр Хабриев, будучи депутатом ВС РСФСР, пригласил его стать своим помощником. Яков Георгиевич вернулся в Минздрав и начал писать книги. Он много работал в архивах. Мне как бывшему подчинённому он давал задания, и я тоже начал собирать материалы. В 1997 году он издал книгу «История медицины Татарстана в лицах». Это был беспрецедентный труд, такого ещё никто не делал. Книга оказалась очень востребованной, и позже, в 2005 году, вышла ещё одна – уже в соавторстве с К. Ш. Зыятдиновым – «Очерки истории медицины Татарстана (до 1917 года)».

Лукман Закиров:

«Замечательная книга «История медицины Татарстана в лицах» стала сенсацией для работников здравоохранения, так как наглядно, в датах и фотографиях, впервые представила преемственную эстафету учителей и учеников казанской медицинкой школы. Насыщенность издания фотографиями (а их там около тысячи) придаёт ему особую ценность, и открыв книгу, читатель

непрерывно прочтёт её до конца, хотя она насчитывает 408 страниц. В «Истории...» сжатыми до предела анкетными данными запечатлены самые разные судьбы людей. Например, С. В. Курашов, окончив КГМИ, впоследствии стал министром здравоохранения СССР. А другой выпускник того же КГМИ – Ш. Н. Хусаинов, получив диплом врача в 1953 году, до конца жизни работал участковым врачом поликлиники, причём последние 35 лет – одной и той же».

ОСТАВИТЬ СЛЕД

Яков Павлухин сам стал олицетворением целой эпохи в истории здравоохранения Татарстана.

Наиль Садыков:

«Яков Георгиевич у нас был легендой. Очень общительный, он в то же время оставался требовательным. Говорил коротко и легко находил точки соприкосновения в общении с собеседником. Умел и похвалить, и поругать, одёрнуть, направить. Его уважали».

Лукман Закиров:

«Павлухин действительно был «боссом». Ни один министр, а их за 26 «павлухинских» лет сменилось несколько, без его согласия и одобрения не решал ключевых вопросов здравоохранения. Яков Георгиевич в этих вопросах был дока. Его вполне можно назвать ходячей энциклопедией здравоохранения Татарстана. В застойные времена, когда многие начальники его ранга «доставали» всё, что надо, и более того, Павлухин вёл своё собственное хозяйство – держал на даче кур, разводил кроликов. Об этом даже анекдоты ходили. Но он оставался верен себе».

Евгений Карпунин:

«Его можно было назвать «человеком-мотором». Импульсивный, энергичный, при необходимости жёсткий. Он курировал строительство, развитие сети здравоохранения – и в этой сфере очень уместна была быстрота, с которой он принимал решения. Его знала буквально вся республика, не только медики. Яков Георгиевич и его супруга были очень гостеприимными людьми. Многие главные врачи бывали у него дома. Нам казалось, что он знает о нас всё. Его деятельность очень позитивно отразилась на развитии здравоохранения республики. Он ушёл, но его все помнят. Особенно мы – старожилы. И я хочу, чтобы его помнили все медицинские работники, в том числе молодые. Ведущие учреждения Татарстана, где сегодня работают наши врачи, – это и есть след, оставленный Яковом Георгиевичем. И пусть сегодня в медицине многое изменилось, в ней осталось то, что остаётся ценным во все времена, – честность, искренность, готовность отдать всего себя работе. Эти качества были присущи Якову Павлухину и всему поколению врачей, которые работали рядом с ним. Это то, что нужно хранить как наследие этой личности нашим молодым руководителям».

Healthy Nation

Здоровье нации | №3 (22)

Журнал издаётся при поддержке
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан и Ассоциации
медицинских работников Республики
Татарстан

Главный редактор
Елена СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

PR-менеджер
Ирина ВОЛКОВА
i.volkova@healthynation.ru

Коммерческий отдел
reclama@healthynation.ru

Использованы фото: с порталов
www.prav.tatar.ru, www.minzdrav.tatar.ru,
Ростислава Туишева, Игоря Тутаяева,
Булата Низамутдинова.
Учредитель — 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 И ИЗДАТЕЛЯ:
420126, РТ, г. Казань, пр. Амирхана, 146.
Тел. редакции:
+7 (843) 290-12-21,
+7 (843) 290-50-38.
www.healthynation.ru

За содержание рекламных материалов
и объявлений редакция ответствен-
ности не несёт. 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 звёздочкой (*),
публикуются на правах рекламы.

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа: М-2190.
Тираж — 3000 экз.
Подписано в печать 06.10.2015.
Отпечатано в типографии
ООО «Медиа-Принт»:
420080, РТ, г. Казань,
ул. Декабристов, д. 100.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

Группа компаний «АРФЕН»
Республика Татарстан, г. Казань
(422622, Лаишевский район,
с. Сокуры, ул. Державина, д. 2в).
Тел.: (843) 296-38-93.
Факс: (843) 211-00-77.
E-mail: zakaz@arfen.ru
www.arfen.ru

**ГАУЗ «Городская поликлиника № 4
«Студенческая»**
г. Казань, Оренбургский тракт, д. 95.
Тел.: (843) 237-99-56,
(843) 237-59-68.
E-mail: Studpolik@mail.ru
www.studpolik.ru

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

ООО «Криплат-Поволжье»
420081, г. Казань,
ул. Патриса Лумумбы, 47а, офис № 21.
Тел.: (843) 245-21-86.
Моб. тел.: 8 (927) 420-01-67.
E-mail: cryplat-kazan@yandex.ru
www.cryplat-volga.ru
www.cryplat.ru

ООО «Мед Инн»
121609, г. Москва,
Осенний бульвар, д. 23.
Тел.: (495) 775-77-23.
E-mail: info@med-inn.ru
www.med-inn.ru

ООО «РЕНИР»
124460, г. Москва, Зеленоград,
2-й Западный проезд, д. 4, стр. 1,
н. п. 8, комн. 4-11.
Тел.: 8 (499) 369-33-52.

420073, г. Казань,
ул. Аделя Кутуя, д. 50, офис 302.
Тел./факс: (843) 210-12-04,
(843) 272-13-12.
E-mail: renir-med@yandex.ru,
mail@renir.ru
www.renir.ru



ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

Healthy Nation

www.HealthyNation.ru





Представительская продукция с оптимизированным бюджетом

ЗОЛОТАЯ СЕРЕДИНА

«Красная строка» –

это новый уровень рекламы, нестандартные решения для бизнеса, стратегическая навигация рекламы, безупречная корпоративная стилистика, позитивный имидж вашей компании, достойная поддержка брендов.

Качественно и профессионально

изготовим буклеты, брошюры, листовки, каталоги, журналы, сувениры, папки, календари.

Окажем услуги: в дизайне и вёрстке печатной продукции, макетов любой сложности, в создании фирменного стиля, презентации.



www.redstring.ru

+7 843 290 50 38,
+7 843 521 45 70,
+7 843 521 45 69,
+7 843 515 71 09.