

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАНАССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ПЕДИАТРИЯ

12 Интервью главного детского
врача России

СОБЫТИЕ

42 Открыт новый корпус
Перинатального центра

АССОЦИАЦИЯ

66 Профессиональный союз в
интересах пациента и врача

УВЛЕЧЕНИЕ

68 Филателия – почтовое
зеркало времени

ПАМЯТЬ

71 Призвание – быть
«Народным врачом СССР»

ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

ФАРМАЦИЯ [34]

ПРЕИМУЩЕСТВА
АПТЕЧНОГО
ИЗГОТОВЛЕНИЯ
ЛЕКАРСТВ

Зеленодольцы получили выигрышную карту [8] • Детское здравоохранение: приоритеты развития [12] • Стратегия сохранения детского здоровья [14] • Кто поможет детскому врачу? [16] • Детское здравоохранение Татарстана: в поиске оптимальной модели [18] • Питание недоношенных новорожденных в вопросах и ответах [21] • Современное состояние детской хирургии [24] • Вакцинация: за и против [26] • Влияние питания на состояние здоровья детей [28] • 75 лет в истории российской педиатрии [30] • Казанская педиатрическая школа [32] • Рецепт доступности лекарств [34] • Питание как часть лечебного процесса [36] • Поставить на ноги [38] • В основе здоровья подрастающего поколения – профилактика [40] • Перинатальный центр: новое здание для новых успехов [42] • Технологии, дарящие жизнь [44] • Отбойники от профессионалов: когда есть на кого опереться [46] • 25 лет медицине катастроф Республики Татарстан [48] • Передовой рубеж экстренной медицины [50] • Последняя инстанция [52] • Токпроводящие полы для медицинских учреждений [55] • Лучевая терапия: точно, аккуратно, безопасно [56] • Стерилизацию – на новый уровень [57] • Ильдар Хайруллин: «Мы пошли по пути построения системы качества в соответствии с международными требованиями» [58] • Тренинг – это маленькая жизнь [60] • Индустрия здоровья. Казань [62] • Село приближается к городу [64] • В рамках профессионального союза [66] • Держать марку [68] • Плакатный санпросвет [70] • Народный врач СССР [71]



ГУП «Таттехмедфарм»: ГАРАНТИЯ КАЧЕСТВА

В состав ГУП «Таттехмедфарм» входят: аптечный склад, 218 аптечных организаций во всех муниципальных образованиях республики, Республиканский центр фармацевтической информации, автотранспортное предприятие.



На предприятии выстроена эффективная многоступенчатая система контроля качества всей реализуемой продукции.

1452 человека работают в ГУП «Таттехмедфарм».

Предприятие обеспечивает лекарственными средствами и медицинскими изделиями **179** организаций здравоохранения Татарстана, участвующих в реализации программы госгарантий.

С аптечного склада ГУП «Таттехмедфарм» ежегодно отгружаются более **86 млн** упаковок медикаментов.

Более **2,5 млн** бесплатных рецептов всех категорий льготников ежегодно обслуживаются в аптечных организациях предприятия.

1,8 млн единиц лекарственных форм ежегодно изготавливаются в аптеках, из них более **190 тысяч** – по индивидуальным прописям врачей.

ГУП «Таттехмедфарм»
Адрес: 420054, г. Казань,
ул. Тихорецкая, д. 11, а/я 116.

Телефон: (843) 294-97-01.
Факс: 294-97-48.
E-mail: ttmf@tatar.ru

www.farm.tatarstan.ru



Республиканский центр фармацевтической информации (РЦФИ)

Услуги РЦФИ для медицинских организаций:



30 лет государственная справочная служба оказывает информационные услуги населению республики. Более **9,5 млн** абонентов было обслужено операторами справочной. Свыше **210 тысяч** человек проконсультировано по вопросам лекарствоведения. Более **тысячи** звонков специалисты РЦФИ обрабатывают круглосуточно. Свыше **500** человек ежедневно используют бесплатное мобильное приложение центра. Более **1500** пользователей интернета ежедневно находят информацию на сайте www.003rt.ru.

- Круглосуточная информация о предоставлении и стоимости медицинских услуг на сайте www.003rt.ru (входит в систему электронных государственных услуг www.uslugi.tatar.ru) и в call-центре.
- Бесплатные звонки по городу Казани по телефону 003, из других городов – по телефону 8-800-700-40-03 (звонок бесплатный).
- Переадресация телефонных звонков оператором call-центра и прямое соединение абонента с медицинским учреждением.
- Запись на приём к специалисту на сайте www.003rt.ru с автоматическим переходом на сайт медицинского учреждения.
- Гибкая система скидок в зависимости от количества филиалов медицинской организации. Бонусный период при подключении нового филиала.
- Online-сервис в личном кабинете на сайте www.003rt.ru. Отчёт по статистике обращений за любой период.

Телефон: (843) 294-97-10.
Факс: 294-97-40.
E-mail: rcfi@mail.ru

www.003rt.ru

РЦФИ предоставляет информацию о наличии товаров аптечного ассортимента, а также сведения о медицинских организациях и платных услугах.

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

8	Зеленодольцы получили выигрышную карту
12	Детское здравоохранение: приоритеты развития
14	Стратегия сохранения детского здоровья
16	Кто поможет детскому врачу?
18	Детское здравоохранение Татарстана: в поиске оптимальной модели
21	Питание недоношенных новорождённых в вопросах и ответах
24	Современное состояние детской хирургии
26	Вакцинация: за и против
28	Влияние питания на состояние здоровья детей
30	75 лет в истории российской педиатрии
32	Казанская педиатрическая школа
34	Рецепт доступности лекарств
36	Питание как часть лечебного процесса
38	Поставить на ноги
40	В основе здоровья подрастающего поколения – профилактика
42	Перинатальный центр: новое здание для новых успехов
44	Технологии, дарящие жизнь
46	Отбойники от профессионалов: когда есть на кого опереться
48	25 лет медицине катастроф Республики Татарстан
50	Передовой рубеж экстренной медицины
52	Последняя инстанция
55	Токопроводящие полы для медицинских учреждений
56	Лучевая терапия: точно, аккуратно, безопасно
57	Стерилизацию – на новый уровень
58	Ильдар Хайруллин: «Мы пошли по пути построения системы качества в соответствии с международными требованиями»
60	Тренинг – это маленькая жизнь
62	Индустрия здоровья. Казань
64	Село приближается к городу
66	В рамках профессионального союза
68	Держать марку
70	Плакатный санпросвет
71	Народный врач СССР



САМАРСКАЯ ОБЛАСТЬ

День донора как традиция

Самарские студенты сдали 250 литров крови в рамках Дней молодого донора. Первая такая акция состоялась в Самарском государственном медицинском университете в 2010 году. И из года в год желание студентов влиться в донорское движение только растёт. «5 дней, 4 самарских вуза, почти 600 добровольцев и спасённые жизни людей – таков осенний результат нашей совместной работы с неравнодушными самарскими студентами! – подвела итоги региональный координатор Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» Катерина Котова. – Для нас День донора – традиция, которую чтут и студенты, и работники вуза».

«Жизнь в твоих руках!»

Такое название получила профилактическая информационная кампания, запущенная Самарским областным Центром по профилактике и борьбе со СПИД. Её важным элементом стала социальная реклама на баннерных щитах и в общественном транспорте в шести городах области (Самара, Тольятти, Новокуйбышевск, Жигулёвск, Кинель, Чапаевск). Лицами информационной кампании стали известные самарские спортсмены, которые также приняли участие в съёмках телевизионных сюжетов, посвящённых профилактике ВИЧ-инфекции. Они обращаются к жителям области с призывом пройти бесплатное тестирование и узнать свой ВИЧ-статус.



РЕСПУБЛИКА МАРИЙ ЭЛ

Оценка качества

Общественный совет при Минздраве республики представил рейтинг медицинских организаций региона. Оценивались открытость и доступность информации, комфортность условий для пациентов, время ожидания, доброжелательность и компетентность работников, удовлетворённость жителей оказанными услугами. Все желающие также могли оставить свой отзыв, заполнив интерактивную анкету на сайте Минздрава. При оценке амбулаторной помощи наибольшее число баллов набрали Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, Куженерская ЦРБ и Козьмодемьянская межрайонная больница. Среди стационаров лидером стал Республиканский кожнодерматоспидерматологический диспансер.

«Юный медик»

Профильный лагерь «Юный медик» для детей медицинских работников впервые работал нынешним летом на базе Йошкар-Олинского медицинского колледжа. В течение двух лагерных смен здесь отдохнули более 80 мальчиков и девочек в возрасте 9–14 лет. Преподаватели колледжа рассказали им о секретах хорошего настроения, методах преодоления интернет-зависимости, действии лекарств, вреде курения, правильной осанке, репродуктивном здоровье, рациональном питании, значении витаминов, правилах действия при обмороке, кровотечении, ожогах. Дети накладывали повязки и проводили реанимацию с использованием современных муляжей, оказывали помощь при обмороке и ожоге, делали уколы.



РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН

Лучшие психиатр и терапевт

Министр здравоохранения России Вероника Скворцова наградила лауреатов XVI Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший врач года». В номинации «Лучший психиатр» I места удостоена Наталья Тулбаева, врач Республиканской клинической психиатрической больницы № 1. Лучшим терапевтом признан Виктор Лузин из Башкирского государственного медицинского университета. Поздравляя победителей, Вероника Скворцова подчеркнула, что главным достижением российского здравоохранения являются его специалисты, и выразила им слова благодарности.

«Актуальные вопросы стоматологии»

Ведущие учёные и специалисты из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбург, Казани, Самары, Омска, а также Душанбе [Таджикистан] обсудили в Уфе на научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии» актуальные организационные вопросы, перспективы дальнейшего развития службы и задачи, стоящие перед специалистами. В частности, собравшиеся рассмотрели инновационные методы диагностики и лечения, особенности профилактики стоматологических заболеваний, в том числе у детей. Особое внимание было уделено вопросам оказания помощи пациентам с врождёнными челюстно-лицевыми пороками.



РЕСПУБЛИКА УДМУРТИЯ

Просвещение против наркотиков

Работники Республиканского наркологического диспансера регулярно проводят информационно-просветительскую работу не только среди подростков и молодёжи, но и среди специалистов, работающих с подрастающим поколением. Так, в сентябре сотрудники диспансера провели ряд лекций и бесед в администрации г. Ижевска на заседании межведомственной комиссии по обеспечению профилактики правонарушений, для отряда охраны правопорядка, руководителей волонтерских отрядов при управлении образования, сотрудников управления по контролю за оборотом наркотиков, а также для педагогов в Караулинском районе.

Новые модульные ФАПы

В 2016 году в Удмуртской Республике массово строятся и вводятся в эксплуатацию модульные фельдшерско-акушерские пункты. 28 сентября очередной ФАП открылся в селе Ерошовка Камбарского района. Он оборудован всем необходимым оборудованием для оказания медицинской помощи: электрокардиографом, дефибриллятором, экспресс-анализаторами кардиомаркеров и уровня холестерина в крови и др. Всего в этом году были сданы в эксплуатацию 23 фельдшерско-акушерских пункта в 21 районе Удмуртии и два в городе Ижевске – в микрорайонах Старый Игерман и Старки.



В КАЗАНЬ – ЗА ОПЫТОМ КЛИНИКИ МЭЙО

В Казани прошла III Международная конференция «Мировой стандарт качества: от идеи до воплощения. Опыт Клиники Мэйо».

Ежегодная бизнес-конференция по управлению качеством оказания услуг для руководителей частных и государственных медицинских организаций собрала более 800 делегатов из всех регионов России, стран СНГ и Балтии. Своим опытом развития и управления медицинской организацией делились 15 экспертов Клиники Мэйо, среди которых – руководитель службы аккредитации Линда Андерсон; профессор, почётный руководитель отдела маркетинга Кент Селтман; директор департамента качества Луэн Ленц и другие. Участники конференции получили уникальную возможность из первых уст узнать, как эффективно организовать командную работу в отделении, вовлечь пациента в процесс принятия решений, как создать и продвигать бренд клиники и многое другое.



«ТОЧКА ТРЕЗВОСТИ»

37 женщин вылечились от алкоголизма в ходе реализации пилотного проекта наркологической службы республики.

На комплексный психофармакологический проект «Точка трезвости» из бюджета республики было выделено 5,4 млн рублей, на лечение были направлены 52 женщины из семи районов Татарстана. Основными критериями отбора стали угроза лишения родительских прав и личное желание полностью прекратить приём алкоголя. Медикаменты способствовали разрушению условного рефлекса: употребление спиртного – получение удовольствия. Психотерапевтическая поддержка научила пациенток преодолевать психологическую «тягу» к алкоголю. У 100 % участниц проекта улучшилось психоэмоциональное состояние, у 80 % – наладились внутрисемейные отношения, 60 % – трудоустроились. 84 ребёнка не лишились родителей. В целом по республике в результате межведомственной профилактической работы за девять месяцев 2016 года количество лиц, впервые в жизни взятых на диспансерный учёт с алкогольными психозами, снизилось на 21,3 %.



ДОРОГУ МОЛОДЫМ!

В Республике Татарстан впервые в России прошёл Международный конгресс молодых учёных в медицине.

Мероприятия конгресса были проведены в Иннополисе и в Образовательном центре высоких медицинских технологий в Казани. В нём приняли участие более 300 молодых учёных, занимающихся научными разработками и исследованиями в области медицины, из различных регионов России и стран СНГ. Формат мероприятия уникален и включил в себя серию дискуссионных площадок с известными спикерами мирового уровня, презентацию российских и зарубежных грантовых программ для медиков. У участников была возможность пообщаться с ведущими зарубежными специалистами в формате Face-2-Face (тет-а-тет). Помимо образовательной части и мастер-классов от признанных международных экспертов, в программе мероприятий были предусмотрены проведение конкурса инновационных проектов и презентация их потенциальным инвесторам. Конгресс вызвал интерес не только молодых учёных и студентов-медиков, но и практикующих врачей, инвесторов, занимающихся медицинскими стартапами и разработками.



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ХИРУРГИИ

85 % всех инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, так или иначе обусловлены хирургическим профилем.

Более 700 специалистов собрала Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Обеспечение эпидемиологической безопасности и профилактика инфекций в хирургии». Не только госпитальных эпидемиологов и дезинфектологов, но и хирургов, микробиологов, организаторов здравоохранения, специалистов Роспотребнадзора, сестринского дела и других. Главный эпидемиолог Минздрава России, председатель НП «НАСКИ», профессор Николай Брико отметил, что технологии борьбы за здоровье и жизнь пациентов сегодня изменились. Выросло число успешно диагностируемых инфекций, но по-прежнему остро стоит задача профилактики больничных инфекций, причём как среди пациентов, так и среди медицинского персонала. В рамках научно-образовательного мероприятия прошла и выставка медицинского оборудования и средств профилактики инфекций.



ПОМОЩЬ ПРИДЁТ С ВЫСОТЫ

Первый в России вертолёт «Ансат» с медицинским модулем был передан Минздраву Татарстана.

Вертолёт «Ансат» создавался на Казанском вертолётном заводе по заказу Министерства здравоохранения РТ для экстренной медицинской эвакуации из местностей со сложным рельефом, отдалённых малодоступных районов, транспортировки пострадавших в базовые медицинские учреждения. Российских аналогов таких лёгких вертолётных, ориентированных на оказание экстренной медицинской помощи, ещё не было. «Ансат» с медицинским модулем является первым серийным сертифицированным вертолётном. Он может развивать максимальную скорость до 275 км/ч и совершать перелёты на расстоянии свыше 500 км. Медицинский модуль вертолёт обеспечивает возможность проведения реанимации, интенсивной терапии и мониторинга основных функций жизнедеятельности организма пострадавшего. Также вертолёт сможет забирать пострадавших с приграничных территорий других регионов и доставлять их в республиканские медицинские центры.



Фото с сайта www.business-gazeta.ru

АДЕЛЬ ВАФИН ПОГОВОРИЛ ОТКРОВЕННО

В Казани в рамках проекта «Бизнес и власть: откровенный разговор» состоялась встреча главы Минздрава РТ с представителями медицинского бизнеса.

В ней приняли участие более 100 предпринимателей. Их интересовал широкий круг вопросов – от распределения госзадания по программе ОМС до проблемы сохранения кадров в районах республики. Предприниматели также вышли со своими предложениями, в частности, по созданию в Татарстане сертификационного центра. Министр идею поддержал, отметив, что в республике для этого есть потенциал.

«Мы – партнёры, представляющие значимую отрасль, и от нашего профессионализма зависит здоровье жителей республики», – отметил Адел Вифин. – Мы должны слышать друг друга. Те предложения, которые прозвучали, обязательно возьмём в работу».



Зеленодольцы получили **выигрышную** карту

13 октября в Зеленодольске Президентом Татарстана Рустамом Миннихановым и председателем правления Сбербанка России Германом Грефом в пилотном режиме был запущен уникальный не только для России, но и на международном уровне проект «Карта жителя Республики Татарстан».

Проект реализуется Правительством Татарстана совместно с международной платёжной системой MasterCard и партнёрами – Сбербанком и «Ак Барс» банком. Его главная особенность заключается в том, что целый город, а затем и регион может быть объединён в единое цифровое пространство.

Карта жителя Республики Татарстан – многофункциональная банковская карта с современным электронным чипом и бесконтактной технологией оплаты. Она содержит платёжное,

социальное, транспортное приложения и электронную подпись владельца – всего 16 цифровых сервисов. На защищённом чипе находятся: фотография держателя карты, паспортные данные, номер медицинского полиса, СНИЛС. Карты предоставляются бесплатно по желанию граждан, вся процедура получения занимает не более 10 минут. На первом этапе карты получают 75 тысяч зеленодольцев. Банковское приложение предназначено для зачисления и хранения денежных средств (зарплат, пенсий, пособий,



субсидий и пр.) и оплаты товаров и услуг по бесконтактной системе. Транспортное приложение позволит оплачивать проезд в маршрутных автобусах, троллейбусах, трамваях и метро, а социальный пакет – оказывать государственные услуги в электронном виде.

Презентуя проект, министр здравоохранения республики Аделъ Вафин пояснил: «По поручению Президента Татарстана мы разработали новые стандарты работы поликлиник. Первое, что позволяет сделать Карта жителя, – это снять лишние барьеры, ведь более 70 % посетителей поликлиник – жители старше 55 лет. Прийти, ввести фамилию, имя и отчество, дату рождения, номер полиса – для кого-то это настоящее



очереди. К участковому пациенты попадают по предварительной записи, неотложные больные без записи направляются к дежурному врачу. Благодаря этому время ожидания сокращено до 10 минут. Создан единый колл-центр для записи и вызова врача на дом. Зоны ожидания также выполнены в соответствии с новыми стандартами комфорта.

Традиционно врачи после приёма в поликлинике пешком ходят на вызовы на дом. 20 % их времени отнимает заполнение рецептов, анализов, справок, причём медсестры не имеют самостоятельной роли и не могут освободить врача



испытание. Теперь у нас есть регистратор, Карта жителя, которая с помощью инфомата автоматически идентифицирует человека в системе».

Благодаря карте и единой цифровой сети врачи скорой помощи могут быстро получить необходимую информацию о состоянии здоровья пациента. Медицинские работники за считанные секунды определяют, к какой категории льготников относится человек. Вместо бумажных рецептов со ставшим притчей во языцех неразборчивым врачебным почерком теперь осуществляется выписка их цифровых аналогов с электронной подписью врача, которые уже будут ждать пациента в аптеке.

Владельцы карты, прошедшие вовремя диспансеризацию, имеют в сети государственных аптек скидку 4 %.

Изменение стандартов обслуживания включает в себя и другие аспекты, которые позволили министру оперировать термином «дружелюбная поликлиника». Так, если раньше пациенту было необходимо выстоять очередь в регистратуру за картой, в то время как регистраторы отвлекались на приёмы звонков по вызовам на дом, а затем ещё долго ожидать врача в «живой» очереди, то сейчас регистратура заменена на стойку информации. Медсёстры встречают посетителей, происходит разделение потоков и упорядочивание

от рутинной работы. Ныне выездные бригады обслуживают вызовы на дом, при этом терапевты могут принять на 20 % пациентов больше. Медицинский пост заменил до 30 % приёмов врачей. Одна медсестра в день обслуживает 70-80 пациентов. За счёт переноса всей работы с документацией на медицинский пост увеличена длительность приёма врача с 10 до 15 минут.

Для полноценной реализации проекта руководство республики обеспечило город всей необходимой инфраструктурой. В Зеленодольске установлены 25 инфоматов для получения услуг в электронной форме, во всех поликлиниках появились терминалы для записи на приём к врачу. Помимо этого, Сбербанк установил рос-терминалы в 70 торгово-сервисных точках, включая крупные сетевые магазины и продуктовые рынки.

Как отметил президент республики Рустам Минниханов: «Это нововведение снижает бюрократию, упрощает жизнь. Жители Татарстана ежегодно получают более 85 млн услуг в электронном виде. И эта цифра будет увеличиваться».

Герман Греф, председатель ПАО «Сбербанк России»: «Татарстан традиционно является пилотным регионом, где Сбербанк внедряет свои самые последние инновации. В этот раз был выбран город Зеленодольск – достаточно компактное место для отработки всех технологий. Потом пойдём по другим городам. Следующий наш шаг – Казань».

Доска почёта

Healthy Nation продолжает рассказывать о почётных наградах, полученных медицинскими работниками Татарстана

МЕДАЛЬ «ЗА ДОБЛЕСТНЫЙ ТРУД» ПОЛУЧИЛИ:

Александр ЦАРЕГОРОДЦЕВ,
советник при ректоре Российского
национального исследовательского
медицинского университета
им. Н.И. Пирогова;

Елена ИГНАШИНА,
начальник отдела организации
медицинской помощи детям и службы
родовспоможения Минздрава РТ;

Равиль ХАЛИЕВ,
главный врач Кукморской
центральной районной больницы;

Фарида ЯРКАЕВА,
заместитель министра
здравоохранения РТ;

Фарит ЗИГАНШИН,
главный врач Республиканской
клинической психиатрической больницы
им. акад. В.М. Бехтерева;

Линуза ГАНИЕВА,
психиатр-нарколог Городской
поликлиники № 4 г. Набережные Челны;

Галина ЛЫСЕНКО,
начальник Управления контроля
стандартов и качества медицинской
деятельности Минздрава РТ;

Зарият ФАЙЗУТДИНОВА,
педиатр участкового педиатрического
кабинета Буинской центральной
районной больницы;

Раиса МЕРЯСЕВА,
заведующая отделением – кардиолог
Нижнекамской центральной районной
многопрофильной больницы.

ПОЧЁТНОЕ ЗВАНИЕ «ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РТ» ПРИСВОЕНО:

Альмиру АБАШЕВУ,
главному врачу Республиканской
клинической больницы № 2;

Евгению ЧАУЗОВУ,
заведующему отделением – неврологу
Нижнекамской центральной районной
многопрофильной больницы;

Луизе ШАЙХУТДИНОВОЙ,
заведующей женской консультацией № 3
Городской клинической
больницы № 7 г. Казани;

Александр ГЕНЕРАЛОВУ,
главному врачу, заведующему Центром
амбулаторного гемодиализа
г. Нижнекамска Клиники
современной медицины HD;

Леониду МИРОЛЮБОВУ,
заведующему кафедрой детской
хирургии Казанского государственного
медицинского университета;

Валерию МОРОЗОВУ,
профессору кафедры
детской хирургии Казанского
государственного медицинского
университета;

Султану МУХАМЕТЗЯНОВУ,
терапевту Азнакаевской
центральной районной больницы;

Индусу САФИНУ,
ведущему консультанту отдела
лечебной помощи Управления
лечебной и профилактической
помощью Минздрава РТ;

Лилии ШАРИПОВОЙ,
главному врачу Стоматологической
поликлиники № 3
г. Набережные Челны;

Олегу ЕВГРАФОВУ,
заведующему отделением –
акушеру-гинекологу
Республиканской клинической
больницы;

Альбине ИДИАТУЛЛИНОЙ,
заведующей отделением –
неонатологу Республиканской
клинической больницы;

Елизавете МАКЛАШЕВОЙ,
терапевту Городской
поликлиники № 18 г. Казани;

Раисе НЕСТЕРОВОЙ,
врачу-методисту Республиканского
центра медицины
катастроф РКБ МЗ РТ;

Лилии ЧАЛОЙ,
заведующей отделом – врачу-
методисту Республиканского центра
медицины катастроф РКБ МЗ РТ.

ПОЧЁТНОЕ ЗВАНИЕ «ЗАСЛУЖЕННЫЙ РАБОТНИК ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РТ» ПРИСВОЕНО:

Михаилу МАРЬИНУ,
фельдшеру Республиканского
центра медицины катастроф
РКБ МЗ РТ;

Ольге ПУЗАНОВОЙ,
заместителю руководителя – врачу
по медико-социальной экспертизе
Главного бюро медико-социальной
экспертизы по Республике
Татарстан;

Ренату ХУСНУТДИНОВУ,
фельдшеру Республиканского
центра медицины
катастроф РКБ МЗ РТ.



ТЕМА НОМЕРА:

ДЕТСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

ДЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ



ИНТЕРВЬЮ ГЛАВНОГО ПЕДИАТРА РОССИИ, ДИРЕКТОРА ФГАУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»,
АКАДЕМИКА РАН, ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ИСПОЛКОМА СОЮЗА ПЕДИАТРОВ РОССИИ АЛЕКСАНДРА БАРАНОВА
ЖУРНАЛУ HEALTHY NATION.

– Александр Александрович, каковы тенденции последних лет по детской заболеваемости? В последнее время специалисты всё чаще говорят об «омоложении» ряда заболеваний, которые до этого отмечались только у взрослых. Прокомментируйте, пожалуйста.

– Рост заболеваемости детского населения России во всех возрастных группах, характерный для прошлых двух десятилетий, прекратился. Для последних пяти лет характерна стабилизация, хотя, к сожалению, и на высоком уровне болезней, по поводу которых дети и подростки обращаются за медицинской помощью (на одного ребёнка в возрасте 0–14 лет приходится 2,3, на подростка – 2,2 заболевания). Следовательно, внимание врачей должно быть обращено на классы болезней, которые сохраняют ещё тенденцию роста (новообразования, эндокринная, офтальмологическая патологии, травмы), а также на конкретные заболевания, ведущие к детской инвалидности и смертности (перинатальная патология, внешние причины) или к заметному ухудшению качества жизни ребёнка (болезни костно-мышечной системы и пищеварения).

Хотелось бы обратить внимание на следующие моменты. Определённые проблемы связаны с окончательным переходом Российской Федерации на критерии живорождения, рекомендуемые ВОЗ. Общая заболеваемость всех новорождённых и заболева-

емость новорождённых, родившихся с массой тела 1000 г и выше, находятся на сопоставимых уровнях (2015 г. – 5000–5100 на 10 тысяч новорождённых соответствующих групп; с 2008 по 2015 г. показатели снизились на 9 %). Вместе с тем отмечается негативная динамика общей заболеваемости среди детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (выросла за указанный период на 22,9 %).

Что касается «омоложения» хронической патологии у детей, то действительно эта тенденция имеет место. Как пример можно привести язвенную болезнь или рассеянный склероз. Так, последний стал почти постоянной патологией в неврологической клинике Научного центра здоровья детей (более 100 случаев за последние два года). С одной стороны, это «омоложение» может быть мнимым: просто за последнее десятилетие неизмеримо возросли диагностические возможности (генетические, биохимические, лучевая диагностика). А с другой, не исключено, что это результат снижения качества рождающегося потомства за счёт выдающихся успехов неонатологии по выживанию новорождённых, которых 10–15 лет назад ожидал бы летальный исход.

– В интервью, которое вы давали нашему журналу несколько лет назад, вы говорили об отсутствии комплексной реабилитации детей. Какова ситуация на сегодняшний день?

– Проблема комплексной реабилитации детей остаётся и актуальной, и приоритетной. Но, прежде всего, я хочу привлечь внимание к приоритетам детского здравоохранения, которые сегодня, с моей точки зрения, принципиально изменились:

- Не смертность, а инвалидность.
- Не младенческий, а подростковый возраст.
- В первичном звене приоритет профилактики, а не лечения.
- Не завершение лечения, а реабилитация.
- Подготовка участкового педиатра как педиатра общей практики.

Зная всю социальную и гуманистическую важность проблемы снижения детской смертности, мы должны продолжать борьбу за каждую детскую жизнь. Но если в настоящее время в нашей стране в течение года умирают менее 24 тысяч детей, то инвалидов регистрируется почти 600 тысяч. Вот почему профилактика детской инвалидности становится задачей задач отечественного здравоохранения, и без комплексной реабилитации контингента риска указанную задачу не решить.

О создании в регионах Центров комплексной реабилитации для детей мы говорим уже давно, на необходимость этой организационной меры постоянно указывается в резолюциях съездов и конгрессов Союза педиатров России, но, к сожалению, соответствующая федеральная программа так и не принята. Хотя с удовлетворением можно отметить, что в ряде регионов мы были услышаны, в том числе и в Татарстане, там такие центры стали создаваться.



– Одним из приоритетных направлений в медицине является профилактика наиболее значимых заболеваний. Как это реализуется в сфере охраны детского здоровья?

– Я бы хотел сказать всё-таки не о профилактике наиболее значимых заболеваний, ибо это всё-таки частный вопрос в системе профилактических мер, а о необходимости модернизации профилактической составляющей в деятельности всего детского здравоохранения. Во-первых, необходимо целенаправленно переходить на многоуровневую систему оказания медицинской помощи детям: первичный (профилактический), парогоспитальный (патронажный) и госпитальный. Главные цели этой меры:

1. «Отнять» диагностическую и терапевтическую составляющие сложных случаев у первичной помощи (амбулаторий), усилив их профилактическую деятельность. Особо подчеркну: при данной системе участковый педиатр освобождается от вызовов на дом, заболевшего ребёнка обслуживает служба неотложной помощи, таким образом у врача появится значительно больше времени для реализации профилактических мероприятий.

2. «Отнять» у стационаров, оказывающих высокотехнологичную помощь, реабилитационную составляющую, тем самым добиться долгожданной интенсификации работы госпитального уровня.

И во-вторых, что не менее важно, в детских поликлиниках назрела необходимость введения должности заместителя главного врача по профилактической работе и создания отделения (отдела) профилактики, сосредоточив в нём все структурные подразделения, занимающиеся той или иной профилактической деятельностью, в том числе и Центры здоровья для детей.

– В целом какие организационные вопросы стоят перед педиатрической службой? Какие проблемы наиболее актуальны сегодня?

– Приведу перечень приоритетных, по моему глубокому убеждению, мер, направленных на сохранение и укрепление состояния здоровья детского населения России:

1. Утверждение «Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации» и принятие Закона «Об охране здоровья детей».

2. В целях дальнейшего снижения младенческой смертности и детской инвалидности считать приоритетным проведение антенатальной и неонатальной профилактики, включая:

- развитие фетальной терапии и неонатальной хирургии врождённых пороков развития;
- дальнейшее расширение программы неонатального скрининга на врождённые и наследственные нарушения обмена;
- совершенствование организации и технологического обеспечения пренатальной диагностики врождённых и наследственных болезней.

3. Создание инновационной системы профилактической педиатрии.

4. Организация медико-социального сопровождения детей и подростков:

- создание системы медико-социальной помощи, обеспеченной государственными гарантиями;
- медико-социальная помощь детям и подросткам должна стать приоритетным объектом общественного внимания, благотворительности, волонтерских движений.

5. Подготовка детского врача для работы в первичном звене здравоохранения с полноценным изложением проблем профилактической и социальной педиатрии.

6. Осуществление углублённого выборочного мониторинга заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения России (один раз в 5–10 лет в 10–15 российских субъектах) с использованием современных информационных технологий.

Елена ИГНАШИНА,начальник отдела организации медицинской помощи
детям и службы родовспоможения Минздрава РТ,
ассистент кафедры педиатрии и неонатологии КГМА,
к. м. н.

СТРАТЕГИЯ СОХРАНЕНИЯ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ



ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ СБЕРЕЖЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ КАЖДОГО РЕБЁНКА И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ. ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ПОСТАВЛЕННЫХ ЦЕЛЕЙ НЕОБХОДИМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО СТИЛЯ ЖИЗНИ, ПРИЦЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЯЗВИМЫХ КАТЕГОРИЙ ДЕТЕЙ.



Для анализа эффективности реализации стратегии за матрицу наиболее целесообразно брать демографические показатели. В первую очередь, это смертность, рождаемость, заболеваемость. Как отсроченный показатель уровня медицинского обеспечения и социального благо-

получия детского населения мы рассматриваем и продолжительность жизни. В Татарстане, как и в России в целом, в последнее время складывается позитивная демографическая ситуация. За последние пять лет в республике численность детей увеличилась практически на 14 %. В то же время темп прироста населения снижается. За январь – июль 2016 года родилось на 173 ребёнка меньше, чем за аналогичный период 2015-го. Дальнейший прогноз также не оптимистичен, так как только за последних три года число женщин активного репродуктивного возраста уменьшилось почти на 3 %. Вероятно, Россия стоит накануне очередного так называемого русского креста – когда смертность населения начнёт превышать рождаемость.

Одним из важнейших достижений педиатрического здравоохранения является снижение детской смертности. Только за последних три года детская смертность была снижена на 18 %, младенческая – на 13 %. В то

же время сохраняется тенденция превышения показателя смертности детей первого года в сельской местности.

Здоровье ребёнка формируется ещё задолго до его рождения и напрямую зависит от состояния здоровья матери и отца, влияния на плод вредных факторов. Широкий диапазон причин врождённых пороков обуславливает необходимость разнообразных подходов к проведению профилактики во все периоды жизни.

В республике реализуется ряд скринингов, направленных на раннее выявление врождённой и наследственной патологий:

- кардиологический скрининг беременных на предмет сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе врождённого генеза;
- пренатальный или дородовой по выявлению патологии плода;
- неонатальный по диагностике врождённых заболеваний эндокринной системы и болезней обмена веществ у новорождённого (фенилкетонурия, врождённый гипотиреоз, врождённая дисфункция коры надпочечников, галактоземия, муковисцидоз);
- аудиологический, направленный на выявление нарушений слуха в раннем возрасте.

Все эти диагностические обследования проводятся бесплатно в рамках Программы госгарантий.



В Татарстане ежегодный охват пренатальным скринингом составляет не менее 88 % от числа беременных, вставших на учёт в женской консультации до 14 недель. Эффективность этих скринингов достаточно высока. Так, выявляемость синдрома Дауна составила 95 %! На сегодня это лучший показатель в Российской Федерации. За три года патология выявлена практически у 2,5 тысячи плодов, из них 22 % составляют хромосомные аномалии и до 78 % – врождённые пороки сердца, лёгких, нервной системы. Чаще всего данная патология является сочетанной – у одного плода может быть и генетическое заболевание, и врождённый порок. Таким образом, возможности диагностического скрининга аномалий развития плода позволили у 2 % будущих детей выявить заболевания, в том числе несовместимые с жизнью или приводящие к глубокой инвалидности.

Разработка и реализация программ, направленных на раннее выявление патологии, не будут эффективны без определения причинно-следственных связей, приведших к развитию того или иного заболевания. В формировании детского здоровья огромную роль играет акушерско-гинекологическая служба. У нас успешно реализуется трёхэтапная система оказания медицинской помощи беременным, родильницам и детям. С целью обеспечения доступности жители всех муниципальных районов прикреплены к определённым межмуниципальным центрам. Чёткая систематизация учреждений акушерско-педиатрического профиля позволяет оперативно оказывать специализированную помощь пациентам с различной степенью риска. На сегодня основное число родоразрешений (78,7 %) проходит в 14 учреждениях второго уровня, где сосредоточено специализированное оборудование, работают высококвалифицированные специалисты, имеется возможность оказания помощи беременным со средней степенью риска и недоношенным детям. В случае наличия высокого риска по акушерской, экстрагенитальной патологии и заболеванию плода женщины направляются в учреждение третьего уровня – акушерское отделение на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ». В сентябре с открыти-

ем нового корпуса количество коек в Перинатальном центре было увеличено до 195, таким образом высокотехнологичная специализированная помощь стала ещё более доступной.

Ежегодно более 150 тысяч детей в республике получают стационарную помощь, проводятся более 10 тысяч операций, осуществляются более 2,5 тысячи дистанционных консультаций, более 1,5 тысячи выездов в районы. В 2014–2016 гг. из федерального и республиканского бюджетов на строительство, реконструкцию и капремонт объектов детства и родовспоможения были выделены средства в размере 2 399,83 млн рублей. Эти вложения позволили внедрить новый формат работы приёмно-диагностических отделений крупных детских межмуниципальных центров, в том числе Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ, Камского детского медицинского центра и других. После ремонта (строительства) в межмуниципальных акушерских центрах (Бугульма, Зеленодольск, Набережные Челны, Альметьевск, Республиканская клиническая больница № 2, ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» Казани) развернуты дополнительные реанимационные койки для новорождённых, улучшены условия пребывания рожениц и новорождённых. Капремонты детских поликлиник (Нижекамск, Актаныш, Набережные Челны) способствовали улучшению качества оказания амбулаторной помощи. Капремонт детской больницы ГАУЗ «Ленинградская центральная районная больница» расширил возможности работы детского межмуниципального центра в части оказания хирургической помощи детям, выхаживания недоношенных новорождённых.

В то же время сохраняется необходимость в строительстве новых современных детских больниц и поликлиник, в первую очередь, в Казани. Залогом повышения качества медицинского обслуживания является развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров с учётом региональных потребностей в конкретных видах помощи.

Детское здоровье зависит от комплекса медицинских и немедицинских мер. Мы стоим на пороге изменения парадигмы в сторону активно профилактической медицины. Дальнейшее развитие педиатрической службы, приоритет здоровьесберегающих направлений, успешность межведомственного взаимодействия будут определять состояние здоровья детей в ближайшие годы.

Основными задачами службы родовспоможения и детства являются:

- повышение уровня материально-технической базы;
- решение кадрового вопроса и повышения квалификации специалистов;
- внедрение стандартов оказания медицинской помощи;
- регионализация педиатрической помощи;
- маршрутизация пациентов и оптимизация транспортировки;
- развитие системы телеконсультирования и удалённого мониторинга для пациентов реанимации;
- достаточное медикаментозное обеспечение;
- внедрение современных реабилитационных технологий;
- развитие социальной педиатрии.

Олег КУЛИКОВ,главный педиатр Минздрава РТ, заместитель
главного врача по организационно-методической
работе ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ», к. м. н.

КТО ПОМОЖЕТ ДЕТСКОМУ ВРАЧУ?



В ПЕДИАТРИЮ ИДУТ ТЕ, КТО СПОСОБЕН ПОЛНОСТЬЮ ПОСВЯТИТЬ СЕБЯ ПРОФЕССИИ, ПОЭТОМУ ДАЖЕ В МЕДИЦИНСКОМ СООБЩЕСТВЕ «ДЕТСКИЙ ДОКТОР» ПОЛЬЗУЕТСЯ ОСОБЫМ УВАЖЕНИЕМ. БОЛЬШИНСТВО РАБОТАЮЩИХ В ПЕДИАТРИИ – ЭТО ЖЕНЩИНЫ, УМНЫЕ, САМООТВЕРЖЕННЫЕ, СПОСОБНЫЕ ЛЮБИТЬ ЧУЖИХ ДЕТЕЙ КАК СВОИХ. НО НЕСМОТРЯ НА УВАЖЕНИЕ КОЛЛЕГ И ОСОБОЕ ОТНОШЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕ, ДЕТСКИМ ВРАЧАМ ПРИХОДИТСЯ ОЧЕНЬ НЕПРОСТО. РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНА ИСПЫТЫВАЕТ СЕРЬЕЗНЫЕ ТРУДНОСТИ, И ПЕДИАТРЫ НУЖДАЮТСЯ В ПОДДЕРЖКЕ, А ПОРОЙ И В ЗАЩИТЕ. КТО И КАК МОЖЕТ ИМ ПОМОЧЬ?



Нехватка педиатров, врачей-специалистов (особенно в поликлиниках) и их преклонный возраст – это системные проблемы. Тенденция последних лет негативна: выпускники педиатрических факультетов медицинских вузов не горят желанием работать в детской поликлинике или больнице. И это объяснимо. Одна из важнейших причин – увеличение интенсивности труда педиатра. Оснований для того множество: и изменение демографической структуры в сторону увеличения доли детей раннего возраста – наиболее трудозатратной с позиции оказания медицинской помощи, и сохраняющаяся на высоком уровне общая заболеваемость детского населения, и увеличение количества диспансерных осмотров декретированного контингента, а также изменение отношения населения в сторону «потребительского экстремизма».

Для того чтобы переломить ситуацию, которая близка к критической, нужны одновременно как системные, так и локальные решения. Сейчас государство выстраивает экономическо-социаль-

ную модель здравоохранения, исходя в большей степени из текущей ситуации. Чтобы управлять ею в долгосрочной перспективе, необходимо пересмотреть подходы к финансированию отрасли на основе стратегии социально-экономического развития. Реперная точка – повышение уровня заработной платы медицинским работникам первичного звена. Важно, чтобы в основу роста оплаты труда были заложены инструменты стимулирующего характера, увеличивающие долю доплат за достижение конкретных результатов деятельности врача и медсестры на основе принципов профилактической медицины.

Второй механизм – это переход на подушевой принцип финансирования в рамках реализации Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Практически доказано, что у этого механизма финансирования много плюсов, но есть и риски, связанные с необоснованным сокращением объемов медицинских услуг, в первую очередь, стационарной помощи.

При этом необходимо обеспечить формирование штатных расписаний поликлиник, а соответственно, и фондов заработной платы, исходя из нормативов,

установленных в порядке оказания педиатрической помощи. Подчеркну, что без экономической поддержки со стороны государства существенно переломить сложившуюся напряжённую ситуацию в первичном звене здравоохранения вряд ли удастся.

С другой стороны, сейчас многое зависит от позиции руководителя медицинской организации. Приведу один из примеров. В 2015 году, присутствуя на Всероссийском конгрессе педиатров в Москве, я познакомился с коллегами из одного крупного подмосковного города, который находится в непосредственной близости к столице. Они рассказали, что в их муниципальном районе, где функционируют три детских поликлиники, в связи с уходом детских врачей в медицинские организации Москвы сложилась катастрофическая ситуация с оказанием первичной педиатрической помощи. Одна поликлиника из-за дефицита кадров была вынуждена прекратить оказание педиатрической помощи на дому полностью. В другом учреждении выполнялись



квартирные вызовы к детям раннего возраста. Но был и третий пример, когда главному врачу удавалось обеспечивать оказание первичной медико-санитарной и специализированной педиатрической помощи. Причём оба моих визита в один голос утверждали, что главная заслуга в сохранении коллектива принадлежала руководителю.

В задачи руководителя входят предупреждение и защита сотрудников от множества внешних угроз, а также создание безопасных условий для оказания потребителям медицинских услуг высокого качества. Достижение этих целей возможно путём внедрения инструментов менеджмента качества и их интеграции в существующую систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. В результате выстраивается эффективная система управления качеством, состоящая из трёх уровней. На первом – линейные работники (врачи, средний

и младший медицинский персонал), которые являются производителями медицинских услуг. Для этого их надо обеспечить нормативными документами в виде стандартных операционных процедур, алгоритмов, чек-листов и научить работать в соответствии с ними. Ещё одно важное условие – актуализация и постоянное использование клиницистами действующих клинических рекомендаций и протоколов, утверждённых профессиональными ассоциациями. Если производственная деятельность педиатра и медицинской сестры будет чётко регламентирована, то повысится эффективность работы, а риски значительно уменьшатся.

На втором уровне системы – заведующие отделениями и старшие медицинские сёстры, которые по статусу являются владельцами процессов. В их обязанности входят своевременное обеспечение производственных процессов необходимыми ресурсами и управление ими для наибольшей результативности и безопасности. Этой категории сотрудников руководитель медицинской организации должен уделять пристальное внимание, формируя в них приверженность к идеям качества. На высшем уровне управления качеством любой медицинской организации находится врачебная комиссия, возглавляемая главным врачом или его заместителем. Таким образом, выстраивая стройную, чётко функционирующую систему управления качеством, руководитель создаёт условия для эффективной производственной деятельности врача и минимизации рисков.

Ещё одна важная составляющая успешной деятельности врачей – это обеспечение непрерывного профессионального образования. С 2016 года в этой системе происходят существенные изменения, и очень важно, чтобы работодатели обеспечили вхождение каждого специалиста с высшим медицинским образованием в кардинально новый процесс повышения профессионального уровня. Особая роль в этом и других вопросах принадлежит тем профессиональным ассоциациям и союзам, которые имеют статус саморегулирующей организации. Это ещё один поддерживающий «стейкхолдер» для любого врача. Твёрдо уверен, что в условиях тренда на ужесточение индивидуальной ответственности медицинских работников год от года членство в профессиональной организации станет жизненно важной необходимостью. Врачи, не ставшие членами профессиональных союзов, подвергают себя серьёзным рискам, начиная от крупных штрафов и заканчивая лишением диплома или даже уголовным наказанием.

В заключение хочется отметить, что сегодня необходимо разработать новую стратегию развития отечественной педиатрии на долгосрочный период, которая должна стать неотъемлемой частью развития общей стратегии здравоохранения. При этом следует учесть, что позитивные тенденции в демографической ситуации, связанные со стабильным ростом рождаемости и снижением детской смертности, повлияют на структуру популяции и потребуют дополнительных вложений в систему оказания медицинской помощи детям. В противном случае те благоприятные количественные изменения, которые отмечаются в нашем государстве в последнее время, не смогут в полной мере трансформироваться в позитивные процессы роста совокупного человеческого потенциала.

ДЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАТАРСТАНА: В ПОИСКЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

ОДНИМ ИЗ ГЛАВНЫХ ПРИОРИТЕТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМИРОВАНИЕ МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ. СФОРМИРОВАЛОСЬ ЧЁТКОЕ ПОНИМАНИЕ, ЧТО СОЗДАНИЕ ТАКОЙ МОДЕЛИ ПОЗВОЛИТ ОБЕСПЕЧИТЬ СВОЕВРЕМЕННОЕ И КАЧЕСТВЕННОЕ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИ ЭТОМ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ РЕСУРСЫ ОТРАСЛИ.



Каким образом должны выстраиваться отношения между участниками детского медицинского кластера? Как определить роль медицинских организаций на каждом из уровней? Для обсуждения этих вопросов, определения точек развития системы Healthy Nation пригласил руководителей детских медицинских учреждений Татарстана.

Рафаэль ШАВАЛИЕВ, главный врач Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ, к. м. н.:

– На мой взгляд, для большинства видов медицинской помощи следует формировать трёхуровневую модель. На первом уровне осуществляется оказание первичной медико-санитарной помощи силами участковых педиатров, врачей общей практики, специалистов амбулаторного звена, фельдшеров и других средних медицинских работников. Именно им принадлежит ключевая роль в оказании первичной помощи, формировании



Рафаэль ШАВАЛИЕВ:

– Исходя из статуса нашей клиники, на неё возлагаются задачи по организации и координации деятельности всех структурных единиц детского здравоохранения республики.

оптимальной маршрутизации пациентов в рамках трёхуровневой системы и проведении комплекса профилактических мероприятий. К стационарным подразделениям первого уровня относятся педиатрические отделения (койки) центральных районных и

городских больниц. В их обязанность входит оказание специализированной медицинской помощи детям с наиболее распространёнными, неосложнёнными формами заболеваний, требующими стационарного лечения.



Для оказания узкоспециализированной консультативно-диагностической и стационарной помощи на базе крупных клиник создаются межмуниципальные медицинские центры второго уровня. Сегодня такие профильные центры успешно функционируют в Городской детской больнице № 1 г. Казани, Камском детском медицинском центре, детских городских больницах с перинатальными центрами Альметьевска и Нижнекамска, Лениногорской ЦРБ и некоторых других медицинских учреждениях Татарстана. Целью функционирования межмуниципальных центров является организация и оказание качественной и доступной стационарной и амбулаторной помощи детям из прикреплённых муниципальных районов, а также обеспечение организационно-методической поддержки клиникам первого уровня. В последнее время нами проводится планомерная работа по повышению роли межмуниципальных центров в системе оказания медицинской помощи детям республики. Например, в Нижнекамской детской городской больнице с перинатальным центром проводятся высокотехнологичные хирургические операции, а в Камском детском медицинском центре создан межмуниципальный аналог республиканского реанимационно-консультативного центра.

Детская республиканская клиническая больница является головным медицинским учреждением в трёхуровневой системе. В составе ДРКБ МЗ РТ функционируют 45 профильных отделений. В больнице трудятся более 2100 сотрудников, в том числе: 444 врача, из них 16 докторов медицинских наук, 56 кандидатов медицинских наук, 16 заслуженных врачей РТ и 2 заслуженных врача РФ; 955 средних медицинских работников, 139 – младший медицинский персонал, прочие – 646. Ежегодное количество амбулаторно-поликлинических обращений составляет более 180 тысяч, а объём госпитализаций – более 33 тысяч больных. Исходя из статуса клиники, на неё возлагаются задачи по организации и координации деятельности всех структурных единиц детского здравоохранения республики. Для успешного их выполнения в ДРКБ МЗ РТ в пилотном режиме реализуется проект внедрения и развития педиатрического сегмента ЕГИС ЭЗ РТ. На сегодняшний момент ЕГИС ЭЗ РТ в части амбулаторно-поликлинических учреждений обеспечивает информационную поддержку всех основных процессов и позволяет работать без использования дублирующих систем. Появилась возможность выстраивания интеграционных процессов (ведение регистра детей в трудной жизненной

ситуации, рациональное распределение ресурсов за счёт системы квотирования, обмен информацией между станциями скорой медицинской помощи, стационарами и поликлиниками). Мы уверены, что внедрение ЕГИС ЭЗ РТ в масштабах всего детского здравоохранения позволит сформировать полноценную и эффективную модель оказания медицинской помощи детям Республики Татарстан.

Тимур МУБАРАКШИН, главный врач Камского детского медицинского центра:

– Согласно концепции развития здравоохранения в Татарстане ГАУЗ «Камский детский медицинский центр» отводится роль межрайонного центра II уровня по оказанию специализированной медицинской помощи населению северо-востока республики. КДМЦ, включающий в себя перинатальный центр, детскую больницу и поликлинику, отделение дет-



Тимур МУБАРАКШИН:

– Новая логистика распределения потоков пациентов, концентрация дорогостоящего оборудования и высококвалифицированных специалистов существенно повысили качество медицинской помощи.

ведена реконструкция перинатального центра и детской больницы. В 2015 году Президент Татарстана Рустам Минниханов торжественно открыл после капитального ремонта блок «Г» детской больницы (отделение патологии новорождённых). Сегодня КДМЦ имеет 60 тысяч кв. м площадей, 1250 сотрудников, зону обслуживания с населением 1,2 млн человек.

Новая логистика распределения потоков пациентов, концентрация дорогостоящего оборудо-

вания и высококвалифицированных специалистов существенно повысили качество и результативность медицинской помощи.

В 2014 году КДМЦ получил сертификат соответствия системы менеджмента качества требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 (ISO 9001-2008). По итогам проведения оценки соответствия деятельности учреждения критериям Европейского фонда по управлению качеством в 2015 году учреждение стало обладателем сертификата EFQM «Признанное совершенство». Это служит очередным доказательством того, что центр находится в процессе постоянного улучшения медицинской деятельности.

В 2015 году в перинатальном центре КДМЦ принято 7017 родов, по этому показателю мы вышли на первое место в республике. В связи с этим планируем провести следующий этап модернизации – открыть на базе учреждения после капремонта родильный стационар, рассчитанный на 3000 родов в год. Также предполагается организация службы ЭКО для оказания специализированной медицинской помощи на уровне Закамского региона, что позволит снизить очередность.

Для обеспечения эффективной маршрутизации детей при оказании экстренной помощи на базе нашей клиники запланировано создание межрайонного реанимационно-консультативного центра второго уровня. В этом году КДМЦ стал участником значимого для нас проекта. В содружестве с Мензелинской ЦРБ под кураторством Детской республиканской клинической больницы мы вошли в пилотный проект Росздравнадзора по организации принципиально новой системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.



ской медицинской реабилитации и амбулаторной хосписной помощи, является ярким свидетельством успешной реализации программы по модернизации здравоохранения. Начиная с 2011 года, здесь про-

Асия САФИНА,
заведующая кафедрой педиатрии и
неонатологии Казанской государственной
медицинской академии, профессор, д. м. н.

ПИТАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ



ОБЩЕПРИНЯТЫМ ПРИ ВЫХАЖИВАНИИ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ЭНМТ) И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ОНМТ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИНЦИП РАННЕГО (В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА) ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ. ДОКАЗАНО, ЧТО ДАЖЕ НЕБОЛЬШИЕ ЕГО ОБЪЁМЫ СПОСОБНЫ ОКАЗЫВАТЬ ПОЗИТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОЗРЕВАНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО «МИНИМАЛЬНОГО» ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ: УМЕНЬШЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОЛНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ, ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАКОВ ХОЛЕСТАЗА И ЛУЧШАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ НОВОРОЖДЁННОГО К ПИЩЕВОЙ НАГРУЗКЕ В ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА. ПРИ ВСКАРМЛИВАНИИ НЕДОНОШЕННЫХ С ЭНМТ И ОНМТ ВСЕГДА ВОЗНИКАЕТ МНОГО ВОПРОСОВ, ОТВЕТЫ НА КОТОРЫЕ МЫ ПОСТАРАЛИСЬ ДАТЬ.

– Когда следует начинать энтеральное питание недоношенных новорождённых с ЭНМТ и ОНМТ?

– Энтеральное питание начинается с минимального (трофического), которое следует начинать как можно раньше – с первых-вторых суток жизни в объёме 10–20 мл/кг/сутки (Cochrane reviews for trophic feeds, 2009), если нет противопоказаний:

- ≥ 29 недель гестации (беременности) – начинать с первых суток жизни;
- ≤ 28 недель гестации – со вторых.

Признаки, свидетельствующие о готовности ребёнка с ЭНМТ к энтеральному питанию:

- отсутствие вздутия живота, наличие перистальтики;
- отсутствие желчи в желудочном содержимом;
- отсутствие признаков желудочного кровотечения.

Энтеральное питание противопоказано, если у ребёнка:

- нестабильная гемодинамика (нестабильное артериальное давление). В таком случае следует начать вскармливание через 24 часа после достижения гемодинамической стабильности;
- перфорация кишечника;
- желудочное кровотечение;
- подозрение на атрезию пищевода и другие пороки развития, несовместимые с энтеральным вскармливанием.

– Как долго недоношенные новорождённые с ЭНМТ и ОНМТ должны находиться на минимальном энтеральном питании?

– Ребёнок с весом при рождении < 1250 г или больные дети с весом 1250–1500 г должны находиться на трофическом питании не менее трёх дней, только после этого начинается увеличение объёма.

– Как следует увеличивать объём вскармливания при переходе с минимального на полное энтеральное питание (Cochrane review, 2008)?

– Увеличение объёма вскармливания начинается с 3–4 суток жизни в зависимости от веса при рождении:

- < 1000 г – на 10–20 мл/кг/сутки;
- 1000–1500 г – на 20 мл/кг/сутки;

до достижения целевого значения 140–160 мл/кг/сутки (в зависимости от веса при рождении).

– Чем следует кормить недоношенных с ЭНМТ и ОНМТ?

– Оптимальным питанием для недоношенных детей является материнское молоко. Для детей весом < 1800 г (в том числе с задержкой внутриутробного развития) или с гестационным возрастом < 34 недель необходимо добавлять в молоко фортификатор (НМФ) при условии, что объём кормления ≥ 100 мл/кг/сутки. Фортификатор добавляют в «зрелое» грудное молоко после 12 суток жизни новорождённого.

Если материнского молока нет, дети с весом < 1800 г или с гестационным возрастом < 34 недель должны получать готовые стерильные жидкие смеси для недоношенных.

После выписки дети весом < 1800 г или с гестационным возрастом < 34 недель на грудном вскармливании должны получать грудное молоко с фортификатором или специальную смесь для недоношенных ещё 12 недель. Если масса тела ребёнка увеличивается более чем на 15 г/кг в день (в среднем за неделю), то по достижении массы 1800 г нет необходимости добавлять НМФ или готовые смеси для недоношенных и можно перейти на молоко в обычной концентрации или на специальную формулу для кормления после выписки, которая рекомендуется минимум до достижения 40 недель постконцептуального возраста (ESPGHAN Committee on Nutrition, 2008).

– Как следует осуществлять вскармливание?

– При вскармливании зондом предпочтительно вводить зонд через рот. Оптимальным для недоношенных является болюсное кормление. Детям с массой тела ≤ 750 г желательно давать 12 болюсов, остальные могут получать 8 болюсов в день.

– Каков желательный окончательный объём питания?

– У детей с массой ≥ 1000 г или с гестационным возрастом ≥ 32 недель рекомендуемый объём питания – 150 мл/кг в день. Следует учитывать увеличение массы, которое должно составлять от 15 до 25 г/кг в день. В тех случаях, когда масса тела увеличивается недостаточно, стоит подумать об увеличении объёма ежедневного кормления (можно увеличить до 180 мл/кг в день).

Недоношенным с весом < 1000 г или < 32 недель гестации можно увеличивать питание до 180–200 мл/кг/сутки, если нет необходимости в ограничении жидкости, и если питание хорошо усваивается.

– Как относиться к остаточному объёму в желудке?

– На этапе начального питания разрешается остаточный объём, который эквивалентен объёму вскармливания.

При увеличении объёма питания, если остаточный объём за прошедшие три часа:

- менее 30 % – следует вернуть извлечённое количество в желудок и продолжить кормление;
- 31–50 % – пропустить 1–2 кормления;

• более 50 % – провести тщательный медосмотр и прекратить кормление на 9–12 часов. Затем следует возобновить кормление в соответствии с инструкциями предыдущего дня.

Наличие прокрашивания желудочного содержимого желчью или зеленью без других признаков непереносимости питания не является противопоказанием к началу и наращиванию объёма энтерального питания.

– Какова потребность недоношенных детей в основных нутриентах, и как осуществлять контроль достаточности питания?

– При полном энтеральном питании ребёнок должен получать 110–130 ккал/кг/сутки, белка – 3,5–4 г/кг/сутки. Ежедневный прирост веса (на этапе набора веса) должен быть не менее 15 г/кг в сутки в течение недели. В случае недостаточного набора веса необходимо провести пересчёт питания по калориям и белку.



ПОТРЕБНОСТЬ НЕДОНОШЕННЫХ В НУТРИЕНТАХ ПРИ ПОЛНОМ ЭНТЕРАЛЬНОМ ОБЪЁМЕ

Нутриенты	Физиологические потребности недоношенных
Белок (г/кг/сутки)	3,5–4,0
Жир (г/кг/сутки)	6,5–8,5
Углеводы (г/кг/сутки)	12,0–16,0
Энергия (ккал/кг/сутки)	110,0–130,0



ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ ВОЗРАСТ И ВЕС НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА ПРИ ВЫПИСКЕ

Срок беременности на момент рождения ребёнка, недель	Возраст ребёнка на момент выписки, недель	Вес недоношенного ребёнка при выписке
Менее 26	12–18	Раньше недоношенных детей выписывали лишь при достижении массы тела не менее 2000 г.
26–27	8–12	
28–31	5–8	
32–36	1–5	Использование современных технологий позволило выписывать детей, родившихся с очень низким весом, и с более низкой массой тела – 1800 г.

Конечно, все родители с нетерпением ждут момента, когда малыша можно будет привести домой. Длительное выхаживание недоношенного ребёнка часто является тяжёлым испытанием. Но нельзя забывать, что на первом месте стоит безопасность, и малыш может быть выписан домой только тогда, когда врачи уверены в стабильности его состояния.

– Когда недоношенный ребёнок может быть выписан из больницы?

– Ребёнок может быть выписан, если:

- он способен самостоятельно поддерживать необходимую температуру тела;
- не нуждается в поддержке дыхания и постоянном контроле за работой дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- может самостоятельно высасывать необходимый объём питания;
- не нуждается в круглосуточном наблюдении и частом определении биохимических или иных показателей;
- поддерживающее лечение может проводиться дома;
- он будет находиться под наблюдением участкового педиатра и неонатолога по месту жительства.

Решение о выписке домой принимается в отношении каждого пациента индивидуально. Помимо состояния здоровья малыша, учитывается и степень готовности родителей.

– Чем кормить недоношенного ребёнка после выписки?

– Для того чтобы питание малыша было полноценным и после выписки из стационара, в грудное молоко в меньшем, чем в больнице, количестве вносятся специальные обогатители грудного молока – фортификаторы. Они восполняют существующий в нём дефицит белка, а также некоторых витаминов и минеральных веществ. В результате ребёнок получает их в оптимальном количестве. Если молока недостаточно или его нет вовсе, детей, родившихся раньше срока, следует кормить специализированными детскими молочными продуктами для детей с низким весом. Они полностью соответствуют как возможностям незрелых детей переваривать и усваивать пищевые вещества, так и их потребностям. Детское молочко для недоношенных содержит больше белка, жира и углеводов, в результате выше и калорийность. В специализированном питании выше концентрация многих минеральных веществ, особенно железа, цинка, кальция, фосфора, а также витаминов, в том числе и витамина D. В такие продукты вводятся длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты класса Омега-3 и Омега-6, необходимые для правильного развития мозга и органа зрения, а также нуклеотиды, способствующие оптимальному становлению иммунитета. Однако когда ребёнок достигает веса 2000–2500 г, следует постепенно переходить на кормление стандартным детским молочком, но не полностью. Специализированное питание может присутствовать в рационе недоношенного ребёнка на протяжении нескольких месяцев. Это время, так же, как и объём продукта, определит врач.

Леонид МИРОЛЮБОВ,

главный детский хирург Минздрава РТ,
заведующий кафедрой детской хирургии Казанского
государственного медицинского университета, профессор,
сердечно-сосудистый хирург
Детской республиканской клинической больницы, д. м. н.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ



СТРУКТУРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА БЫЛА ЗАЛОЖЕНА И РАЗРАБАТЫВАЛАСЬ ПРОФЕССОРАМИ М.Р. РОКИЦКИМ И А.А. АХУНЗЯНОВЫМ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ МИНЗДРАВА РТ С 1963 ГОДА, И К НАСТОЯЩЕМУ ВРЕМЕНИ ОНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СТРОЙНУЮ СИСТЕМУ, В КОТОРОЙ ФУНКЦИОНИРУЮТ ТРИ УРОВНЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ, КАК НЕОТЛОЖНОЙ, ТАК И ПЛАНОВОЙ, ВКЛЮЧАЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКУЮ.



Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ сосредоточены отделения хирургического профиля по всем имеющимся специальностям. Региональные центры детской хирургии представлены в городах Набережные Челны, Нижнекамск, Лениногорск, Альметьевск, Зеленодольск,

которые берут на себя лечение пациентов из прикреплённых районов. На базах почти всех центральных районных больниц имеются койки для детей с хирургической патологией, где специалисты, прошедшие обучение на кафедре детской хирургии, оказывают неотложную помощь.

Последние годы были ознаменованы модернизацией здравоохранения. В рамках этой программы налажена связь с использованием возможностей телемедицины со многими районами республики. Ежедневно проводятся дистанционные консультации тяжёлых больных ведущими специалистами ДРКБ МЗ РТ, на которых решаются вопросы тактики ведения пациента, уточнения диагноза, перевода в другие лечебные учреждения или выезда на место специализированной бригады и т.д.

Смена оборудования и инструментов на новые модели позволила увеличить производительность труда хирургов, уменьшить койко-день по многим нозологическим формам. Минимально травматичные способы лечения стали применять даже у самых маленьких, но-

ворождённых детей, включая сложные пороки развития, такие, как атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа и др. Сегодня детскую хирургию в Республике Татарстан представляют около 120 специалистов. Работая каждый на своём участке, они знают и понимают друг друга, соблюдают преемственность. Созданная модель оказания медицинской помощи детям с хирургической патологией в Татарстане является надёжной и эффективной для населения, служит примером для других регионов.

Если обратиться к истории становления службы, стоит отметить, что детская хирургия в Татарстане формировалась параллельно с организацией хирургической помощи детям в СССР, лидерами которой с самого начала стали профессора Ю.Ф. Исаков, А.Г. Баиров, С.Я. Долецкий и М.Р. Рокицкий. Была создана система оказания помощи детям с хирургической патологией во всех возрастных диапазонах и по всем направлениям. Эти успехи хорошо отражены в различных публикациях, а также отмечены многочисленными государственными премиями. История становления детской хирургии в Татарстане подробно отражена в актовой речи профессора А.А. Ахунзянова в КГМУ и его многочисленных статьях.

Важным этапом развития стало создание в 1995 году детской кардиохирургической службы на базе многопрофильной больницы, что само по себе являлось вторым прецедентом в Российской Федерации после Санкт-Петербурга. Все остальные подобные службы находятся при крупных кардиохирургических центрах (Москва, Ново-

сибирск, Краснодар, Пермь и др.). Этот раздел был хорошо освещён в печати, а коллектив авторов за работу «Хирургическая помощь детям с патологией сердца и сосудов в Республике Татарстан» в 2015 году был удостоен Государственной премии РТ.

Влияние, которое оказала кардиохирургия на развитие детской хирургии в целом, трудно переоценить, поэтому хочется отдельно осветить данный аспект. Так, до развития этого направления диагностический ангиографический комплекс был задействован, в основном, для изучения кровоснабжения при патологии почек. Постепенно были освоены методики исследования сердечно-лёгочного комплекса при патологии сердца, сосудов, лёгких. Во время изучения этих вопросов получены не только навыки проведения процедур, но и новые знания, часть которых была оформлена в виде диссертационных работ и патентов. Через некоторое время, несмотря на постоянные трудности с финансированием, было открыто новое подразделение в составе кардиохирургии – сосудистая хирургия. При этом сохранялось полное соответствие номенклатуре специальностей – «сердечно-сосудистая хирургия». На первый взгляд, сосудистая хирургия ориентирована, прежде всего, на пожилых и взрослых: у женщин – варикозная болезнь, а у мужчин – атеросклероз сосудов ног и других артериальных бассейнов. Практика же показала, что у детей сосудистая патология встречается достаточно часто, и созданное подразделение имеет постоянную нагрузку. Следует сказать, что только по изучению врождённых аномалий и вариантов венозного сосудистого сплетения забрюшинного пространства и органов таза было защищено две докторских и пять кандидатских диссертаций. Концентрация сосудистых опухолей, в основном, гемангиом, в едином пространстве и у одних специалистов позволила сделать серьёзные шаги вперёд, теперь иссечение гемангиом хирургическим путём практически ушло в историю. На смену пришло медикаментозное, нехирургическое лечение, естественно, в комбинации с другими методами по необходимости.

Освоение диагностических процедур позволило перейти к лечебным мероприятиям в рамках эндоваскулярной хирургии. В этом разделе ДРКБ МЗ РТ занимает лидерские позиции в Российской Федерации по количеству и диапазону вмешательств, причём если раньше это была, в основном, кардиохирургия, то сейчас ангиографическая служба помогает диагностировать и оказывать медицинскую помощь по практически всем представленным в клинике разделам медицины.

Нейрохирургия детского возраста отдельно от взрослой была организована на год раньше кардиохирургии. К настоящему времени этот самый сложный раздел настолько хорошо развит, что результаты лечения наиболее сложных диагнозов в ДРКБ МЗ РТ превосходят таковые в других регионах. Уверенно тиражируются выполнение удаления опухолей задней черепной ямки, лечение ДЦП методом электростимуляции, краниопластика и многие другие методики.

За последние десять лет уверенно шагнула вперёд хирургия новорождённых, и теперь количество операций, показатели летальности и последующей инвалидности снизились до уровня столичных клиник. Большое значение имеет внедрение в практику детской хирургии эндоскопической техники, в том числе и в хирургию новорождённых. Патологию почек и мочевыводящей системы, которую раньше лечили в более старшем возрасте, стали оперировать в периоде новорождённости, что, безусловно, предотвращает дальнейшее повреждение органов и систем.



Детская хирургия Татарстана в цифрах:

1. Количество хирургических коек для детей – 547.
2. Операций в год (по итогам 2015-го) – 26 127, в том числе с применением ангиографии – 444 (2013 г. – 403; 2014 г. – 397), с АИК – 278 (2013 г. – 212; 2014 г. – 256).

В практику неотложной, плановой, абдоминальной, торакальной хирургии и урологии прочно вошла эндоскопическая техника. Вкупе с эндоваскулярными технологиями это позволило значительно снизить пребывание больного на койке, увеличить оборот койки, снизить как лекарственную нагрузку на пациента, так и экономить на медикаментах и перевязочном материале.

Одним из достижений последнего времени являются реконструктивные операции на трахее и главных бронхах. Эти операции выполняют, в основном, только в одном российском учреждении – в московской клинике имени Филатова. Здесь хочется отметить большое значение метода искусственного кровообращения, который позволяет полностью отключить вентиляцию лёгких (оксигенация идёт через аппарат) и спокойно, асептично работать трахее или бронхам. За первую такую операцию коллективу врачей ДРКБ МЗ РТ в 2014 году присудили премию «Ак чэчэклар». Надо отметить, метод искусственного кровообращения нами был применён в нестандартных случаях неоднократно: при удалении тромба у больной лейкозом из правого желудочка и лёгочной артерии, тромба из лёгочной артерии у ожогового больного, опухолевого тромба из нижней полой вены при опухоли почки и т.д.

В заключение хочется подчеркнуть, что современное состояние детской хирургии Татарстана соответствует столичным клиникам. В наших стенах ежегодно получают помощь множество больных из других регионов, таким образом, ДРКБ МЗ РТ в содружестве с КГМУ и КГМА развивает и поддерживает лидерство как в педиатрии, так и в детской хирургии.

Владимир АНОХИН,главный детский инфекционист Минздрава РТ,
заведующий кафедрой детских инфекций Казанского
государственного медицинского университета,
профессор, д. м. н.

ВАКЦИНАЦИЯ: ЗА И ПРОТИВ



ВАКЦИНАЦИЯ – САМАЯ АКТИВНО ОБСУЖДАЕМАЯ ТЕМА КАК В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЕ, ТАК И СРЕДИ РОДИТЕЛЕЙ. ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕ В СВОЕЙ ЖИЗНИ СТАЛКИВАЛИСЬ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ВВЕДЕНИЯ ВАКЦИНЫ СЕБЕ И/ИЛИ СВОЕМУ РЕБЁНКУ, КАЖДЫЙ ИМЕЕТ СВОЙ ЛИЧНЫЙ ОПЫТ И СВОЮ ТОЧКУ ЗРЕНИЯ НА ЭТОТ ВОПРОС.



Я не ставлю перед собой цели в этой статье за что-то «агитировать» или кого-то в чём-то переубеждать. В конце концов решение вопроса о введении вакцины ребёнку – прерогатива только его родителей. Поэтому я попытался высказать несколько мыслей по данному вопросу с учётом сложившейся

на сегодня ситуации. А она «на этом поле» меняется достаточно быстро. Сегодня мы имеем возможность предупредить уже 12 инфекций (включая и грипп). Об этом гласит последний Национальный календарь прививок. Много это или мало? По-видимому, не очень много, с учётом того, что в ряде европейских стран предупреждаются 14–16 заболеваний. В США, к примеру, 15.

О пользе и достижениях вакцинопрофилактики написано немало. Действительно, благодаря ей в нашей стране ликвидированы или практически сведены на нет натуральная оспа, корь, краснуха, полиомиелит, дифтерия. Возникло даже некое ощущение контроля за природным явлением. В связи с этим даже предлагалось исключить вакцины против этих инфекций из Национального календаря прививок. Однако жизнь показала, что делать этого не нужно, да и опасно. Как только мы снимаем эту «контрольную позицию», инфекция вновь «поднимет голову», и мы получаем новую тяжёлую вспышку. Заболевают и погибают люди. Так, к примеру, было в конце прошлого века с дифтерийной инфекцией на территории России.

Справедливости ради следует признать, что определённые нарекания вызывают отдельные вакцины, входящие в состав Национального календаря. И не без основания. В этом плане безусловным «лидером» является противотуберкулёзная вакцина. Несмотря на чуть ли не поголовную вакцинацию, туберкулёз среди взрослых есть. И его много. С чем же связана эта проблема?

На сегодняшний день определены причины сравнительно слабого профилактического эффекта вакцины БЦЖ в предупреждении туберкулёза у взрослых. К ним, в частности, относят отсутствие ряда ключевых генов в вакцинном штамме, способствующих синтезу «протективных» антигенов, иммунитет к которым и является основополагающим в данном вопросе. Не секрет и то, что противотуберкулёзная вакцина является мощным адъювантом иммунных реакций. А это, как показала практика, приводит к значимому «смещению» в реакциях субпопуляций Т-лимфоцитов при формировании иммунитета (при вакцинации, в частности, стимулируются преимущественно CD4+ Т-клетки). Помимо всего прочего, вакцинный штамм БЦЖ выделяет ряд супрессивных белков, препятствующих полноценному формированию иммунных реакций именно на патогенные штаммы *M.tuberculosis*.

Очевидно и то, что это пусть даже неполное перечисление проблем с вакциной прорисовывает перспективы её улучшения. Но дело этим не ограни-

чивается. Потенциально возможны и альтернативные решения с использованием, к примеру, ДНК-вакцин; введение в клетку искусственно созданной генно-инженерной конструкции будет способствовать синтезу необходимых (в ограниченном количестве) антигенов, иммунитет на которые и обеспечит полноценную защиту от потенциального возбудителя. Вместе с тем сколько бы мы не сетовали на существующую вакцину БЦЖ, именно благодаря ей мы не имеем детского туберкулёзного менингита, диссеминированных форм инфекции у тех же детей. Об этом также не следует забывать.

Сейчас стали общим местом многочисленные рассуждения по поводу того, что наш мир стал вакцинозависимым. Спорить с этим трудно. Сколько бы мы не разрабатывали средств этиотропной терапии к возбудителям инфекционных заболеваний, логика естественных природных процессов говорит о том, что микроб обязательно сформирует очередной защитный фактор против нашего лекарственного воздействия. Так было и так будет. Элиминировать «заразу», как это было, к примеру, с натуральной оспой, без вакцины невозможно. Поэтому перспективы борьбы с инфекциями лежат именно в этой плоскости. Да и не только с инфекциями. На ближайшее десятилетие мировая наука планирует выпуск вакцин практически к 30 современным наиболее значимым и опасным заболеваниям. Если говорить об инфекциях, то это, конечно же, малярия, гепатит С и СПИД. В ряду неинфекционных (но нередко ассоциированных с инфекцией) болезней – рассеянный склероз, артериальная гипертензия, болезнь Альцгеймера, хеликобактериоз, ожирение и т.п. И перспективы здесь очевидны, поскольку названные вакцины уже реально апробируются, находясь на разных этапах клинических испытаний. Оценивая складывающуюся ситуацию и общий уровень разработок в этом вопросе, понимаешь, что оригинальность такого рода научных предложений и их технические решения (что, кстати, не менее важно) свидетельствуют о том, что именно вакцинология является одним из тех прорывных направлений, которые и определяют лицо современной медицинской науки. Причём в общемировом масштабе.

Каковы основные проблемы? Высокая стоимость вакцин – одна из них, которая решается (хотя и не всегда в полной мере) на разных уровнях нашего здравоохранения. Не секрет, что в России стали выпускаться многие, в том числе и «исходно зарубежные» препараты такого рода. С сожалением следует признать, что у нас сравнительно мало комбинированных вакцин, которые в остальном цивилизованном мире позволяют при относительно небольшом числе посещений ввести ребёнку максимальное число необходимых антигенов. Использование именно такого рода препаратов – современный, как принято сейчас говорить, тренд, позволяющий одновременно увеличить эффективность иммунопрофилактики и сократить возможные осложнения. Вторая не менее значимая проблема, задерживающая внедрение каждой новой вакцины, – это, к сожалению, особенности ментальности российского населения. Мы не всегда готовы воспринимать информацию о новых вакцинах. И как только в СМИ появляются публикации, в той или иной мере освещающие негативные стороны вакцинации, то именно они воспринимаются населением как единственно верные и открывающие истинное видение процесса. Не больше и не меньше. С удовлетворением воспринимается информация о каких-либо проблемах, связанных с вакцинами, их возможных побочных реакциях и тому подобное. Не секрет, что возникающие в



связи с этим неуверенность и тревога родителей не всегда успешно разрешаются врачами. Медики (и таких не единицы!) нередко сами становятся противниками иммунопрофилактики. Что уж говорить о людях, не имеющих грамотного, профессионального представления о процессе вакцинации?

В то же время за рубежом население в большинстве своём воспринимает вакцинацию как элемент здорового поведения, личной гигиены. Это, наверное, тот жизненный стиль, которому необходимо подражать в лучшем смысле этого слова.

Нередко приходится слышать о необходимости «предварительного специального обследования» перед проведением вакцинации, чего не делается «только у нас». Не делается попыток лабораторно «выявить» возможную побочную (в т.ч. и аллергическую) реакцию на препарат. В реальной практике никто и нигде (!) детям, направляемым на вакцинацию, никаких специальных исследований не проводит. Исключение составляют пациенты с уже установленной, обычно хронической, патологией. При условии грамотного применения вакцины спрогнозировать осложнение (а тем более необычную реакцию) практически невозможно. Здесь действуют общемедицинские принципы использования любого лекарственного препарата, когда решение вопроса о возможной аллергической реакции ограничивается сбором анамнеза.

И ещё один момент, о котором следовало бы сказать. Говоря о вакцинации, всегда или в первую очередь мы имеем в виду детское население. Взрослые – это, пожалуй, только группы профессионального риска. Однако население планеты и нашей страны естественным образом стареет. Об этом много говорится и пишется. Люди старшего и пожилого возраста часто умирают именно от инфекционных заболеваний. И это несмотря на проведённую в детстве иммунопрофилактику. Объяснений тому несколько: и вакцины в период их детства были другими, не такими совершенными, как сейчас, да и иммунитет с возрастом в значительной мере ослабевает. А это значит, что должен существовать календарь прививок пожилого человека. Тогда люди и жить будут дольше, и качество этой жизни будет совершенно иным.

По-видимому, пришло время создания Региональных календарей вакцинопрофилактики, напрямую учитывающих эпидемиологические особенности территории и проживающего на ней населения. Даже несложный анализ сложившейся эпидситуации и демографических показателей может стать основанием для коррекции существующего принципа иммунопрофилактики, что кардинальным образом (даже при сегодняшнем арсенале вакцин, предлагаемых на отечественном рынке) изменит заболеваемость и даже смертность.

Резеда ФАЙЗУЛЛИНА,

заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней Казанского государственного медицинского университета, профессор, д. м. н.

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ



ИЗВЕСТНО, ЧТО ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМИ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА, ЯВЛЯЮТСЯ УСЛОВИЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ, В Т.Ч. НА 50 % – ПИТАНИЕ. И ЕСЛИ ПРЕЖНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ КАСАЛИСЬ ТОЛЬКО ЕГО СБАЛАНСИРОВАННОСТИ И РАЗНООБРАЗИЯ, УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ РЕБЁНКА В ЭНЕРГИИ, НУТРИЕНТАХ И Т.П., ТО СЕГОДНЯ ПИТАНИЕ РАССМАТРИВАЕТСЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ИЛИ НЕГАТИВНОГО ВЛИЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОНТОГЕНЕЗА.



огласно концепции пищевого программирования любой дисбаланс нутриентов в питании плода и детей раннего возраста определяет особенности метаболизма на протяжении всей последующей жизни и, как следствие, предрасположенность к заболеваниям (ожирение, сахарный диабет, атопические, сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и др.) (Батурин А.К., Нетребенко О.К., 2010; Нетребенко О.К. с соавт., 2009; Koletzko B. et al., 2012; Koletzko B., 2011).

На состояние здоровья детей влияние оказывают не только питание в постнатальном периоде, но и особенности питания будущей матери во время беременности. Нарушения в этот период увеличивают риск развития целого ряда заболеваний. Доказано, что задержка внутриутробного развития плода является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа, ожирения. При этом избыточное питание беременной с ожирением увеличивает уровни глюкозы и инсулина плода; далее увеличиваются синтез лептина и его секреция адипоцитами плода, что в свою очередь ещё больше повышает уровни глюкозы, инсулина, лептина и модулирует метаболический ответ нейронов гипоталамуса с развитием макросомии плода и новорождённого и

программирует рост индекса массы тела (ИМТ) у потомства (Нетребенко О.К., 2011; Sirimi N., Goulis D., 2010).

О долговременном эффекте питания свидетельствует исследование здоровья 16 000 мужчин и женщин, родившихся с 1911 по 1930 год. Выявлено, что масса тела при рождении меньше 2500 г коррелировала с ростом смертности почти в два раза от инфаркта миокарда (Barker D.J. et al., 1989). В группе родившихся с низкой массой тела случаи сахарного диабета, снижения толерантности к глюкозе, артериальной гипертензии выявлялись в три раза чаще по сравнению с пациентами, которые родились с массой 3400–3800 г (Koletzko B., 2008; Koletzko B. et al., 2009).

Фактором риска нарушения метаболизма также является быстрый рост в первые три месяца жизни. По данным R. Luissen (2009) дети с высокой прибавкой в массе в этот период в возрасте 18–24 лет имели более высокое содержание жира в организме, большее отложение жира на окружности живота, изменение соотношения общего холестерина к липопротеидам высокой плотности, более высокий уровень триглицеридов в подростковом возрасте, снижение чувствительности к инсулину, низкий уровень липопротеидов высокой плотности.

Идеальной пищей для новорождённого и детей первых 4–6 месяцев жизни является материнское молоко. Грудное вскармливание обеспечивает более гармоничный рост

в младенчестве, защищает детей и взрослых от ожирения (WHO, 2001, 2003; Нетребенко О.К., 2003, 2007, 2013, 2014; Батулин А.К., Нетребенко О.К., 2010; Боровик Т.Э., Ладодо К.С., 2008; Larnkjær A. et al., 2010). При его отсутствии единственной альтернативой становятся адаптированные молочные смеси, максимально сбалансированные по составу.

Результаты исследования, проведенные Rolland-Cachera M. et al. в 1995 году, показали, что избыточное потребление белка в раннем возрасте может увеличить риск развития ожирения и других заболеваний в дальнейшей жизни. Только уровень белка в рационе достоверно коррелировал с ИМТ детей в возрасте восьми лет.

Scaglioni S. et al. (2000) при наблюдении за 150 детьми в течение первых пяти лет выявили, что дети с избыточным весом имели более высокий процент потребления белка в возрасте одного года. Это отражалось на большем содержании жировой массы, общей массы тела и ожирении в зрелом возрасте (Yang Z., Huffman S.L., 2013). Раннее назначение неадаптированных молочных продуктов в первом полугодии жизни, потребление их в большом объеме сказывались на более высоких значениях массы, длины тела, ИМТ, инсулинорезистентности, артериального давления по сравнению с детьми, получавшими белок в соответствии с физиологическими нормами (Нетребенко О.К. с соавт., 2009).

Более высокая распространенность ожирения отмечена у детей, которые никогда не получали грудное молоко (4,5 %), по сравнению с детьми, находившимися на грудном вскармливании (2,5 %). Имеется обратная зависимость между продолжительностью грудного вскармливания и частотой ожирения в более поздние периоды детства (Koletzko B., 2008; Koletzko B. et al., 2009). Высокое потребление питательных веществ или искусственное вскармливание в младенчестве программируют ребенка на более высокие концентрации лептина по отношению к жировой массе в дальнейшей жизни (Singhal A. et al., 2002). Если ускорится прибавка в весе в младенчестве, то концентрации таких гормонов, как лептин и грелин, программируются в высоком количестве с раннего возраста на последующие периоды жизни (Larnkjær A. et al., 2010).

Высокий уровень белка в питании детей раннего возраста способствует увеличению уровня гломерулярной фильтрации и размеров почек. При вскармливании цельным коровьим молоком в организм ребенка поступает большое количество белка, натрия, калия, хлоридов, что приводит к повышению осмолярности мочи и почечной нагрузке (Коровина Н.А. с соавт., 2010). Неиспользуемые для синтеза белка аминокислоты аккумулируются в крови, способствуют развитию азотемии. Их метаболизм в печени повышает уровень мочевины, а при экскреции с мочой повышает нагрузку на почки (Haschke-Becker E. et al., 2000). Снижение нагрузки на функционально незрелые почки младенцев может быть достигнуто за счет снижения уровня белка в смесях при искусственном вскармливании и коррекции их аминокислотного состава (приближение к женскому молоку) (Arneil G.C., Chin K.C., 1979). На естественном вскармливании подобных нарушений не отмечается.

Высокобелковое питание в раннем возрасте приводит к нарушению формирования микрофлоры кишечника – имеется склонность к росту протеолитической флоры и изменяется кишечная проницаемость. В результате создаются условия для повышенного проникновения

антигенов/аллергенов, избыточно активизируется иммунная система кишечника с развитием воспаления кишечной стенки. Нередко повышенная проницаемость кишечника играет роль в развитии атопии, аутоиммунных заболеваний, ожирения. Увеличение белковой нагрузки может привести к срыву метаболических систем с развитием токсического действия аминокислот на развитие головного мозга и ткани паренхиматозных органов (Зачнойко Л.И. с соавт., 2004).

Отмечено, что при вскармливании детей неадаптированными молочными смесями может наблюдаться замедление темпов развития психомоторного развития на фоне отставания темпов миелинизации нервных волокон (Воронцов И.М. с соавт., 1977, 1980). Andre Kahn et al. (2002) считают, что избыточное употребление белка приводит к нарушению сна. Большое количество продуктов распада белка требует большого количества воды для их выведения. Дети просыпаются и плачут, ощущая жажду, но родители, как правило, предлагают им дополнительную бутылочку молока или смеси. Неадекватно высокий уровень белка, минералов и витаминов для детей первых месяцев жизни



в составе неадаптированных молочных продуктов (цельное коровье молоко, кефир, творог) не гарантирует сбалансированный рацион, а высокая осмолярность кисломолочных продуктов, прежде всего, кефира, может способствовать избыточной перистальтике кишечника с кишечной коликой и учащенным жидким стулом. Потребление этих продуктов детьми первого года жизни в количестве более 200 мл в сутки приводит к фекальной потере железа в результате диапедезных кровотечений из кишечника. Коровье молоко отличается высоким содержанием кальция, столь необходимого различным возрастным группам. Однако для детей первого года жизни его состав не является сбалансированным и нарушает до 70 % абсорбцию железа через энтероцит, приводя к анемии в этом периоде жизни.

Таким образом, результаты современных исследований позволяют определить значение питания для здоровья детей, рассматривать его не как сиюминутное удовлетворение голода, а как мощный фактор, участвующий в программировании различных заболеваний у взрослых. Осознанный подход к выбору питания детей в первые годы может предупредить многие болезни, обеспечить достойное качество жизни, активное долголетие.

Алексей СОЗИНОВ,
ректор Казанского государственного медицинского университета,
профессор, д. м. н.

75 лет

в истории российской педиатрии

В этом году свой юбилей празднует целая плеяда врачей, учёных, руководителей здравоохранения, которые внесли огромный вклад в развитие российской педиатрии.

И что особенно приятно для представителей казанской медицинской школы, они объединены одной alma mater, являясь выпускниками Казанского государственного медицинского университета. Сегодня они – признанные авторитеты в своей области, настоящая гордость отечественного здравоохранения.

75-летний юбилей – это прекрасный повод рассказать о наших замечательных соотечественниках.



Многие из выпускников КГМИ 1964 года впоследствии стали талантливыми организаторами здравоохранения, выдающимися врачами-практиками. Назову лишь нескольких из них:

- 1** Альбицкий Валерий Юрьевич - заведующий отделом социальной педиатрии Научного центра здоровья детей (НЦЗД) МЗ РФ, профессор кафедры поликлинической и социальной педиатрии РГМУ, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, почётный профессор КГМУ.
- 2** Баранов Александр Александрович - директор НЦЗД, академик РАН, заведующий кафедрой педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова, главный педиатр Минздрава РФ, председатель исполкома Союза педиатров России, лауреат премии Правительства РФ, премий имени Н.Ф. Филатова и А.А. Богомольца, почётный профессор КГМУ.
- 3** Кузнецова Алевтина Васильевна - заведующая кафедрой педиатрии и неонатологии Казанской государственной медицинской академии (до 2009 года), заслуженный врач РТ.
- 4** Мальцев Станислав Викторович - заведующий кафедрой педиатрии КГМА (1976-2015), заслуженный деятель науки РФ и РТ, член-корреспондент АН РТ, лауреат российской премии им. А.А. Киселя и республиканской премии им. А.Г. Терегулова.
- 5** Маянский Андрей Николаевич - заведующий кафедрой микробиологии Нижегородской государственной медицинской академии (1982-2013), член-корреспондент РАЕН, лауреат премии им. А.А. Богомольца.
- 6** Медведев Вячеслав Николаевич (1940-1995) - заведующий кафедрой хирургии № 2 Казанского государственного медицинского университета, заслуженный врач РТ и РФ.
- 7** Пикуза Ольга Ивановна - заведующая кафедрой факультетской педиатрии (1985-2009) Казанского государственного медицинского университета, заслуженный деятель науки РТ, лауреат Государственной премии РТ.
- 8** Салихов Ильдар Газимджанович (1941-2011) - заведующий кафедрой госпитальной терапии Казанского государственного медицинского университета, член-корреспондент

АН РТ, лауреат Государственной премии РТ, заслуженный деятель науки РТ, заслуженный врач РФ и РТ.

9

Семёнов Валерий Семёнович - заведующий кафедрой лучевой диагностики Чувашского государственного университета (1992-2011).

10

Уразгильдеев Загид Исмаилович - ведущий научный сотрудник Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова.

На страницах журнала Healthy Nation мы чествуем педиатров, отмечаем 75-летние юбилеи профессоров В.Ю. Альбицкого, А.А. Баранова, А.В. Кузнецовой, С.В. Мальцева, О.И. Пикузы. Каждый из них внёс весомый вклад в развитие педиатрической науки, в подготовку кадров детского здравоохранения.

А.А. Баранов входит в ту плеяду руководителей отечественного здравоохранения, которые определяли его развитие в непростые, переломные моменты истории нашего Отечества. Он стоит в одном ряду с нашими выпускниками Н.А. Семашко, З.П. Соловьёвым, С.В. Курашовым.

Занимая должность заместителя, а затем первого заместителя министра здравоохранения СССР в 1987-1991 годах, А.А. Баранов разработал стратегию борьбы с младенческой смертностью. Её реализация даже в условиях начавшегося социально-экономического кризиса конца 80-х годов сформировала тренд снижения смертности детей на первом году жизни, а в тяжелейшие «лихие» 90-е среди показателей состояния здоровья населения России уровень младенческой смертности был единственным, не свалившимся в тартарары. И как только страна чуть оправилась от кризиса, он стал неуклонно снижаться. То, что к 2010 году показатель младенческой смертности составил 7,5 % (а в 1987 году был в пределах 21 %), стал сопоставим с таковыми в европейских странах, во многом заслуга главного педиатра страны.

По инициативе А.А. Баранова, благодаря его неиссякаемой энергии был создан уникальный, не имеющий аналогов в мире, Научный центр здоровья детей, объединивший под одной крышей профилактическую, клиническую и реабилитационную педиатрию. В центре используют все современные профилактические, диагностические, лечебные и реабилитационные технологии. Среди его пациентов дети не только из большинства регионов нашей страны, но также из ближнего и дальнего зарубежья.

Далее представляю наших юбиляров по алфавиту. Но даже если бы фамилия Валерия Юрьевича начиналась на букву «Я», всё равно после рассказа об академике Баранове я был бы просто обязан назвать фамилию Альбицкого. И не в силу каких-то его научных и общественных заслуг - их не меньше и у других юбиляров. Дело здесь в замечательном обстоятельстве: Баранов и Альбицкий являют нам пример человеческой Дружбы с большой буквы! Начиная со студенческих лет, более полувека они

идут вместе по жизни и, как сказал Валерий Юрьевич, «не только написать об этом, но и подумать без удивления, восторга, а то и страха, трудно». А фундаментом, скрепившим их дружбу, стало Дело по имени «Охрана здоровья российских детей». Я бы их дружбу образно обозначил так: «Баранов и Альбицкий как две башни одного Кремля». Только вот не могу решить какого: Казанского, Нижегородского или Московского?..

Не умоляя научных заслуг В.Ю. Альбицкого в области педиатрии, прежде всего, социальной, одним из лидеров которой в России он, безусловно, является, я остановлюсь не на читинском, не на нижегородском и даже не на московском периодах его жизни, а только на казанском. Его без преувеличения можно назвать летописцем казанской медицинской школы. По его инициативе и при непосредственном участии были написаны два фундаментальных труда: «История Казанского медицинского университета» и «Биографический словарь заведующих кафедрами и профессоров КГМУ». Последний послужил примером для ряда медицинских вузов страны, где были написаны аналогичные труды. По инициативе профессора Альбицкого было положено начало актовому торжеству. С 1996 года каждое 14 мая в день рождения КГМУ не только произносится традиционная актовая речь, но и проводится целый комплекс праздничных мероприятий. Без преувеличения скажу, этот день стал праздничным событием для медицинской общественности Республики Татарстан.

В историю КГМУ В.Ю. Альбицкий вошёл и как основатель первой в стране кафедры, объединившей под одной крышей преподавание биомедицинской этики и медицинского права. Присоединив к ним курс истории медицины, в университете был создан мощный бастион гуманитарной составляющей высшего медицинского образования. Согласитесь, в сегодняшних реалиях знание этики и права, воспитание историей - актуальное, неотложное дело.

А.В. Кузнецова прошла типичный академический путь. Занятия в студенческом кружке и учёба в аспирантуре на кафедре госпитальной педиатрии КГМУ у профессора А.Х. Хамидуллиной, а затем в течение 20 лет А.В. Кузнецова работает ассистентом этой кафедры. В 1989 году после защиты докторской диссертации она приглашена возглавить кафедру педиатрии № 2 Казанского ГИДУВа. Вот оно и влечение времени, и связь времен! В те годы А.А. Баранов как раз начинает разрабатывать и реализовывать Концепцию борьбы с младенческой смертностью, одно из приоритетных направлений которой - развитие перинатологии и неонатологии, организация в стране перинатальных центров.

Этот призыв выдающегося одноклассника был услышан и блестяще реализован А.В. Кузнецовой. Она вошла в историю здравоохранения Татарстана и казанской медицинской школы как один из ярких основоположников неонатологии в республике. По её инициативе кафедра педиатрии № 2 преобразуется в кафедру педиатрии и перинатологии (некоторое время спустя - неонатологии) КГМА, которую она возглавляла в течение 20 лет. В начале 90-х годов она подготовила команду неонатологов в ведущих

клиниках России и США, Австрии, Германии, Голландии. Эти специалисты совместно с профессорами Балтиморского университета провели несколько учебных циклов по неонатологии для врачей Татарстана и соседних регионов. А.В. Кузнецова стояла у истоков организации в республике неоперинатологии как специализированной службы, начиная от закладки в 1994 году первого камня в фундамент республиканского перинатального центра. И если сегодня Татарстан имеет один из самых низких показателей младенческой смертности, то в этом есть немалая заслуга профессора А.В. Кузнецовой.

Не будет преувеличением, если я скажу, что в настоящее время одним из лидеров казанской школы педиатров остаётся заслуженный деятель науки РФ и РТ, профессор С.В. Мальцев. Основания для такого заявления следующие. Во-первых, он в течение целых 35 лет заведовал кафедрой педиатрии в КГМА, во-вторых, более четверти века возглавляет республиканское отделение Союза педиатров России. Им подготовлено более 40 докторов и кандидатов наук, многие из них являются заведующими кафедрами, профессорами и доцентами в медицинских вузах Татарстана, Чувашии, Удмуртии.

В завершение статьи хотелось бы сказать об одной из самых обаятельных женщин КГМУ, профессоре О.И. Пикузе. Она - блестящий учёный, талантливый педагог, и из тех врачей, которых в народе называют «чудо-врач». Не одно поколение казанцев, когда у них возникали серьёзные проблемы со здоровьем детей, искали у неё помощи и получали её.

После окончания с красным дипломом института О.И. Пикуза, отработав три года участковым педиатром, поступила в ординатуру на кафедру детских болезней лечебного факультета КГМИ, на которой затем работала ассистентом. В 1985 году она возглавила кафедру пропедевтики детских болезней, а после её объединения с кафедрой факультетской педиатрии - кафедру педиатрии № 1 КГМУ и заведовала ею четверть века.

Как учёный О.И. Пикуза получила широкую известность благодаря работам в области изучения систем опсонофагоцитоза и колонизационной резистентности при инфекционно-воспалительных заболеваниях у детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах. Началом этих исследований стала её докторская диссертация, защищённая в 1983 году. И опять не могу не сказать о примечательном с точки зрения истории КГМУ факте: одним из консультантов докторской диссертации О.И. Пикузы был её сокурсник, выдающийся специалист в области иммунологии и микробиологии - А.Н. Маянский. Названные исследования О.И. Пикузы, как и работы С.В. Мальцева, внесли весомый вклад в развитие отечественной экологической педиатрии, продолжили давнюю традицию казанской медицинской школы - творческое сотрудничество клиницистов и гигиенистов.

Слава Богу, наши герои продолжают плодотворно служить благородному делу охраны здоровья детей. А это значит, несомненно будет реализован лозунг, выдвинутый академиком А.А. Барановым: «Сохраним здоровье детей - сохраним Россию!»



Динара САДЫКОВА,

заведующая кафедрой педиатрии с курсом поликлинической педиатрии Казанской государственной медицинской академии, заслуженный врач РТ, генеральный директор ВОО «Ассоциация детских кардиологов России», д. м. н.

Казанская педиатрическая школа

С 2016 года российское здравоохранение переходит к непрерывному медицинскому образованию. Вместо традиционных сертификатов внедряется система аккредитации.

Качество оказания медицинской помощи населению, оптимальное использование ресурсов системы здравоохранения, повышение его эффективности напрямую зависят от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки, обеспечить профилактическую направленность ведения пациента. В этом врачу поможет непрерывное медицинское и фармацевтическое образование (НМО). НМО является дополнительным профессиональным образованием, которое осуществляется посредством реализации программ повышения квалификации и переподготовки.

В настоящее время медицинские работники обязаны не реже одного раза в пять лет повышать квалификацию, проходить обучение для продления права осуществлять профессиональную деятельность. НМО призвано постепенно заменить циклическую систему

академических часов реализуются образовательной организацией (не менее 50 % с использованием дистанционных технологий), а 36 часов – за счёт образовательной активности, предоставляемой медицинскими профессиональными некоммерческими

Внедрение системы НМО станет основой для поэтапного введения в течение пяти лет аккредитации медицинских специалистов как системы допуска к осуществлению медицинской деятельности.

на регулярную. В модели реализации отработки основных принципов НМО врачам предлагается пройти обучение по новой программе, в которой 108

организациями по специальностям. Из указанных 36 часов 16 часов набираются путём участия в аудиторных (конференции, семинары, мастер-классы и т.п.)



или онлайн (вебинары, интернет-лекции) учебных мероприятиях и 20 часов – при самостоятельном изучении электронных учебных модулей. Учебные мероприятия и модули должны пройти оценку на соответствие установленным требованиям НМО и быть обеспечены кредитами. По окончании обучения врачу выдается свидетельство с указанием индивидуального кода подтверждения.

обучение по программе ординатуры, и те, кто пройдут программу профессиональной переподготовки. К 2021 году аккредитация станет неотъемлемой частью деятельности каждого врача.

С нынешнего года Казанской государственной медицинской академией, Казанским государственным медицинским университетом, Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ



Врачи, у которых сертификат заканчивается в 2016 году, начиная с 2017-го, должны в течение года накопить 50 часов (кредитов) образовательной активности, а в течение пяти лет – 250 образовательных единиц. Из них образовательной организацией реализуются 36 часов, по сути это одна неделя в году, в течение которой врач должен проучиться и получить соответствующий сертификат, и 14 часов доктор набирает самостоятельно на аккредитованных мероприятиях.

Внедрение системы НМО станет основой для поэтапного введения в течение пяти лет аккредитации медицинских специалистов как системы допуска к осуществлению медицинской деятельности. Предусмотрен плавный переход на новую систему: в нынешнем году первичную аккредитацию проходят студенты-медики по специальностям «стоматология» и «фармация», в следующем она коснется студентов всех остальных специальностей, а начиная с 2018-го, аккредитацию будут проходить лица, завершившие



реализуется Республиканский образовательный проект «Казанская педиатрическая школа», который поддержал министр здравоохранения РТ. Мероприятия аккредитованы Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава РФ. Таким образом, регулярное посещение нашей школы позволяет педиатру набрать определенное количество кредитов и получить сертификат с кодом подтверждения. В 2016 году заседания проводились практически каждый месяц. Что интересно, этот образовательный проект постепенно перерос от республиканского до федерального масштаба. Врачи из других населенных пунктов Татарстана и любого российского города могут проходить обучение в онлайн-режиме – они получают сертификат о прохождении обучения по почте. Например, в последней нашей школе, посвященной актуальным вопросам неонатологии, в зале присутствовали



Динара САДЫКОВА:

- Регулярное посещение нашей школы позволяет педиатру

набрать определенное количество кредитов и получить сертификат с кодом подтверждения.

более 100 человек, ещё 84 доктора приняли дистанционное участие по интернету. Среди отзывов на сайте, посвящённых нашему проекту, появляются слова благодарности и от зарубежных коллег. Кстати, анонсы грядущих мероприятий и инструкции по подключению к онлайн-трансляции для иногородних можно найти здесь – www.ipenamt.ru/pediatrics

Согласно составленному в начале года календарному плану каждая школа посвящена той или иной теме. Таким образом, врач может спланировать, какую конференцию ему стоит посетить. Занятия проводятся в субботу, они бесплатные. Врач

может почерпнуть для себя полезную информацию, узнать, что нового появилось в интересующей его области. Заседания включают в себя не только лекции – в любой момент может начаться тестирование, на экране появляется вопрос по теме, и идёт голосование среди слушателей. Таким образом лектор может отследить, насколько материал усваивается аудиторией, и при необходимости ещё раз проговорить какие-то моменты.

В этом году пройдут ещё два заседания «Казанской педиатрической школы»: 19 ноября – по вакцинопрофилактике, 17 декабря – посвящённое неотложной помощи в педиатрии. В 2017-м будем продолжать нашу работу, а также планируем выездные школы совместно с главным педиатром МЗ РТ Олегом Куликовым, который во время посещения районов собрал пожелания от детских докторов. Темы заседания будут учитывать актуальные вопросы, волнующие наших коллег.



Рецепт ДОСТУПНОСТИ лекарств

Исторически аптеки всегда были местом, где согласно предписанию врача изготавливали и отпускали лекарственные препараты. Со временем большинство аптек утратили «производственную» функцию. Однако в Татарстане традиция аптечного изготовления препаратов была бережно сохранена ГУП «Таттехмедфарм», более того – она очень актуальна с учётом роста аллергической заболеваемости, особенно у детей.

На первый взгляд, связь между лекарствами и аллергией не так очевидна. Но на деле в ряде случаев именно аптечное изготовление препаратов позволяет обеспечить больного наиболее эффективным и безопасным препаратом. Это особенно актуально в педиатрической практике, поскольку среди детского населения в последнее время отмечается тенденция повышения аллергической заболеваемости. Большинство готовых лекарственных средств содержат консерванты, красители, вкусовые добавки, ароматизаторы. Число таких компонентов именно в детских препаратах промышленного производства может исчисляться десятками. Все они могут вносить свой вклад в развитие аллергической патологии. Аптечные лекарства лишены этих недостатков и могут назначаться детям и взрослым, страдающим аллергией.



«Производственные аптеки позволяют удовлетворить потребности здравоохранения в лекарственных формах, не имеющих промышленных аналогов и необходимых пациентам по жизненным показаниям, обеспечить индивидуальное дозирование лекарственных веществ, без консервантов и прочих добавок», – отмечает генеральный директор ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана (Таттехмедфарм)» Олег Акберов.



Аптечное изготовление лекарственных препаратов – одна из ключевых задач предприятия, которое является, пожалуй, единственным в республике, обеспечивающим население полным спектром фармацевтических услуг. Из 218 аптечных организаций компании:

- 159 специализируются на отпуске медикаментов льготным категориям граждан;
- 66 осуществляют хранение и отпуск наркотических средств и психотропных веществ;
- 102 расположены в удалённых и малочисленных сельских пунктах;
- являются единственными аптеками в 48 населённых пунктах Татарстана, и с учётом высокой конкуренции на этом рынке в целом можно говорить о социальной значимости каждой такой аптеки;
- 18 занимаются аптечным изготовлением лекарственных форм по рецептам врачей и по требованиям-накладным 285 государственных и частных медицинских организаций.

Все эти направления деятельности можно назвать эксклюзивными услугами предприятия, которые делают медицинскую помощь более доступной. «Для расширения номенклатуры лекарственных форм аптечного изготовления мы провели совместную



Аптечное изготовление лекарственных препаратов – одна из ключевых задач предприятия, которое является, пожалуй, единственным в республике, обеспечивающим население полным спектром фармацевтических услуг.



работу с кафедрой фармации Казанского медицинского университета, – комментирует руководитель предприятия. – В 2015-2016 гг. специалистами вуза были разработаны методические рекомендации по изготовлению и применению унифицированных прописей таких препаратов в практической деятельности медицинских организаций республики. Прописи не имеют промышленных аналогов по составу, виду упаковки, дозировке и концентрации». Методические рекомендации содержат 187 наиболее часто используемых лекарственных форм аптечного изготовления, применяемых в педиатрии, терапии, дерматологии, хирургии и кардиохирургии, офтальмологии, физиотерапии, урологии, акушерстве и гинекологии, стоматологии и в других медицинских областях. Они были согласованы с Министерством здравоохранения РТ, главными специалистами МЗ РТ и направлены в адрес всех медицинских организаций Татарстана для использования в практической деятельности врачей и медицинских сестёр.

Олег Акберов: «Для повышения эффективности аптечного изготовления нами была разработана и успешно внедрена концепция централизации производственных процессов». Так, в Казани были выделены три базовые аптеки, имеющие оборудован-

ные для этого помещения, полностью отвечающие требованиям поточности для производства стерильных лекарственных форм. В аптечных организациях столицы Татарстана организован приём рецептов на индивидуальное изготовление лекарственных форм. В период обострения простудных заболеваний в аптеки дополнительно доставляются изготовленные предприятием лекарственные средства, такие, как микстура от кашля, сложная мазь в нос с протарголом для взрослых и детей и другие. В районах республики изготовление лекарственных форм осуществляют 14 аптек компании, обеспечивая потребности жителей и медицинских организаций населённых пунктов, в которых они расположены, а также близлежащих районов. Кроме того, предприятием были выделены две базовые аптеки в Казани и Набережных Челнах, в которых изготавливаются 10 эксклюзивных прописей инфузионных и инъекционных лекарственных форм. Ежемесячно в них производят более 1200 подобных единиц. Каждая партия проходит обязательный микробиологический контроль на стерильность и апиrogenность в аккредитованной лаборатории Росздравнадзора.

Кстати, производственные аптеки предприятия являются базой для практики студентов фармацевтических факультетов и отделений учреждений высшего и среднего профессионального образования, были неоднократно отмечены наградами Министерства здравоохранения РТ как лучшие в Татарстане.

«Вместе с тем в современных условиях сохранить аптечное изготовление лекарственных форм как эксклюзивную фармацевтическую услугу населению достаточно сложно, – замечает генеральный директор предприятия. – Виной тому – целый ряд объективных и субъективных факторов, в частности, отсутствие сырьевой базы для изготовления лекарственных препаратов, особенно в малых фасовках, кадровый дефицит, преимущественное назначение врачами готовых лекарственных препаратов и т.д. Нерешённой на федеральном уровне остаётся и проблема назначения детям «взрослых лекарств» в педиатрической дозировке. Данные препараты в детских дозировках на фармацевтическом рынке Российской Федерации не зарегистрированы, а их аптечному изготовлению препятствуют отсутствие субстанций в малых фасовках, а также утверждённых методик аптечного контроля качества». По мнению руководителя предприятия, решать данную проблему необходимо комплексно с привлечением российских производителей. С одной стороны, отечественной промышленностью должны выпускаться наиболее востребованные готовые лекарственные формы в педиатрических дозировках, с другой, – необходимо, чтобы на фармацевтическом рынке были представлены субстанции в малых фасовках для аптечного изготовления.

Всего за 2015 год производственными аптеками ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана» было выпущено порядка 1 млн 800 тысяч единиц лекарственных форм, за пять лет – более 16 млн единиц. Таким образом, несмотря ни на что, традиции аптечного изготовления в Татарстане остаются неизменными, позволяя сделать медицинскую помощь более доступной населению республики. *

ДЕТАЛИ

Преимущества лекарственных форм аптечного изготовления:

- индивидуальный подбор дозировки;
- эксклюзивные прописи (отсутствие промышленных аналогов);
- оперативность изготовления (1–2 дня);
- отсутствие консервантов, красителей, ароматизаторов;
- доступная цена.



Питание как часть лечебного процесса

Передача на аутсорсинг услуг, не являющихся для больниц профильными, – актуальный тренд в здравоохранении. Ряд клиник Татарстана доверили обеспечение питанием пациентов МУП «Департамент продовольствия и социального питания г. Казани». О преимуществах и перспективах такого сотрудничества – в интервью генерального директора компании Гузель Ананьевой.



- Гузель Тагировна, расскажите, пожалуйста, о вашем департаменте.

- Департамент был создан 10 лет назад по инициативе мэра Казани. Суть нашей деятельности отражена в самом названии. Вначале мы занимались питанием в школах, затем расширили поле деятельности за счёт детских садов, учреждений здравоохранения.

Думаю, любой врач согласится с тем, что питание – очень важный фактор, влияющий на здоровье человека. Так, для нормального развития ребёнка необходимо регулярно употреблять овощи. Многие детские болезни обусловлены неправильным рационом. Соответственно, организация питания – ответственная и многогранная задача. Здесь многое зависит от состояния оборудования, соблюдения технологий и т.п. В конечном счёте в школах все эти вопросы ложились на руководителя. Но директору, прежде всего, нужно думать об организации учебного процесса! Так родилась идея создания нашего департамента, который взял на себя разработку меню, централизованную за-

купку продуктов, модернизацию столовых под единый формат. Сегодня у нас существуют три типа школьного питания: ланч-боксы (все блюда готовятся на нашем комбинате), доготовочное (на месте используются наши полуфабрикаты), заготовочное (мы доставляем продукты для готовки в столовой). Подобным образом мы работаем в детских садах.



Важной вехой для нас стало участие в обеспечении Универсиады-2013. В соответствии с международными требованиями ХАССП (системы менеджмента безопасности пищевой продукции) были модернизированы наш пищеблок и лаборатория. Последняя обеспечивает физико-химический и санитарно-микробиологический контроль качества всех поступающих продуктов. Кроме того, лаборатория обеспечивает технологическое сопровождение, специалисты проводят проверку образцов продукции в процессе изготовления и готовые блюда.

Студенческие игры прошли, а мощности остались. Наши ресурсы позволяют формировать предложения, выгодные не только образовательным, но и любым другим учреждениям.

- В чём преимущества такого аутсорсинга для медицинских организаций?

- Перевод обеспечения питанием на аутсорсинг позволяет оптимизировать расходы медучреждения, у администрации появляется больше ресурсов,



которые можно сконцентрировать на лечебной деятельности. У такого сотрудничества имеются и другие экономические преимущества. У нас есть своя мощная база, многие процессы автоматизированы. Работает эффект масштаба: одно дело готовить для 100 человек, а другое – для десятков тысяч. Такие объемы позволяют нам закладывать минимальную наценку. Министерство финансов РТ проводило анализ стоимости школьного питания по городам республики, у нас оказались самые низкие цены. Централизация закупок позволяет нам экономить на логистике, получать наиболее выгодные условия сотрудничества с поставщиками.

Профессиональные решения по обеспечению питанием положительно сказываются на репутации больницы, позволяя развивать в том числе внебюджетные услуги, открывая новые возможности для медицинского туризма. В ряде случаев собственный пищеблок клиник оказывается нерентабельным и его выгоднее закрыть, используя освободившиеся площади для профильных нужд; освобождаются ставки, на которые можно привлечь дополнительный медицинский персонал.

Питание, которое мы готовим для школ, является «здоровым», соответствует требованиям Роспотребнадзора, прошло апробацию ФИЦ питания и биотехнологии (бывший Институт питания РАМН). Поэтому для нас не составляет сложности выполнять требования медицинских учреждений с учётом диеты для тех или иных отделений. Преимущества сотрудничества с нами уже успели оценить такие клиники, как Республиканская клиническая больница МЗ РТ, Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, Городская клиническая больница № 7 Казани и ряд других.

В зависимости от особенностей каждого ЛПУ департамент предлагает те или иные решения. Например, в ДРКБ МЗ РТ мы набрали штат, который готовит на месте в соответствии с меню клиники из продуктов, которые поставляются нами же. Сейчас мы планируем модернизировать пищеблок, чтобы ещё оптимизировать процессы. Интересно, что здесь оказалась востребованной продукция нашего подразделения – детской молочной кухни «Шатлык». Это гарантированно свежие (срок хранения 1-3 дня) и только натуральные молочные продукты, которые пользуются большой популярностью у населения.

В РКБ МЗ РТ мы реализовали другой подход. Здесь пациенты получают таблет-питание. Оно готовится на нашем комбинате, а на месте комплектуется в боксы. Так каждый пациент получает гарантированно горячую пищу, причём с индивидуальным набором блюд.

– Каким образом учитываются особенности питания для тех или иных групп пациентов?

– При работе с больницами мы чётко придерживаемся их требований по рецептуре. Более того, готовим информацию по содержанию на выходе

ваши затраты, а значит, сделать питание ещё более доступным.

– Какие ещё решения в сфере больничного питания вы можете предложить?

– Мы внимательно следим за всеми новинками, которые появляются в нашей сфере, и будем рады внедрять их в учреждениях здравоохранения. Например, сейчас мы хотели бы апробировать технологию раздачи блюд с помощью термотележек. Это позволит избежать остывания блюд, как это может произойти в нынешних условиях, когда питание развивается в обычной кастрюле по множеству палат.



микроэлементов, витаминов и т.п. Как правило, клиника предоставляет нам 10-дневный план, чтобы меню не повторялось. Семнадцать столов, семь больниц – представьте, сколько разных блюд мы готовим в день! Недавно мы вышли с предложением к Министерству здравоохранения РТ сделать по всем клиникам, где это допустимо, единое меню и менять его синхронно. Это позволит оптимизиро-

В этой области каждый год появляются интересные решения. Мы регулярно посещаем специализированные выставки, изучаем опыт клиник Германии, Бельгии, Швеции, Великобритании. Мне, например, показались интересными их подходы к обеспечению индивидуальных потребностей пациентов (там, где это допустимо) – это может быть халяль, вегетарианские блюда, еда для тех, кто борется с лишним весом, и т.п.

Появляется много новых технологий в сфере приготовления пищи. Так, сегодня специалисты озабочены тем, чтобы сохранить в блюде максимум полезных элементов. Известно, что многие необходимые организму вещества могут разрушаться при излишней тепловой обработке. А если готовить под давлением в вакууме, температура кипения будет ниже, и готовое блюдо будет более полезным.

Мы постоянно совершенствуем свою работу и будем рады предложить свои решения учреждениям здравоохранения. Питание – это услуга, которую оказывает больница. От того, насколько она будет качественной, зависит не только репутация учреждения, но и эффективность лечебного процесса. *





Дина ГАЙНЕТДИНОВА,

главный детский специалист Минздрава РТ по медицинской реабилитации, член-корреспондент Академии наук РТ, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского государственного медицинского университета, руководитель службы реабилитации Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ, д. м. н.

Поставить на ноги

Современные возможности педиатрической реабилитации

Детская инвалидность является одной из острейших медико-социальных проблем. На 1 января 2016 года в Татарстане инвалидами признаны почти 15 тысяч детей (2 % от общего числа). Наибольшее их количество приходится на возраст до трёх лет. В этой связи особое значение имеет педиатрическая реабилитация, направленная не только на восстановление нарушенных функций, но и на дальнейшее развитие, формирование навыков, которые позволят ребёнку учиться, трудиться и быть полезным членом общества.

Неонатальный период – всего 28 дней, однако именно тогда формируются около 53 % заболеваний, становящихся впоследствии причиной инвалидности. Так, частота встречаемости детского церебрального паралича среди детей – 2-3 на 1000, у родившихся с экстремально низкой массой тела он достигает 18-40 на 1000. Каждый второй подросток, родившийся с массой 750-1000 г, испытывает трудности с обучением.

Вместе с тем внедрение современных подходов в реабилитации/абилитации позволяет снизить эти удручающие показатели. Так, согласно данным Главного бюро по медико-социальной экспертизе по РТ в 2015 году количество детей, которым впервые определена инвалидность, по сравнению с 2013-2014 гг. уменьшилось на 12 %. Одновременно с этим из года в год в Татарстане растёт общее число детей, рождённых с низкой и экстремально низкой массой тела, первично признанных инвалидами в возрасте до трёх лет.

В структуре первичной инвалидности лидирующие позиции занимают заболевания нервной системы (42,7 %), психические расстройства (42,0 %), врождённые аномалии (19,4 %). Наблюдается положительная тенденция по показателю полной реабилитации: количество выздоровевших детей в 2015 году выросло в два раза по сравнению с 2014-м (13,7 % против 6,8 %).

В 2013 году в ДРКБ МЗ Т была организована реабилитационная служба для пациентов, находящихся на стационарном лечении, в 2014-м открыто специализированное отделение медицинской реабилитации для детей с поражением центральной нервной системы. Функциональные ограничения и реабилитационный потенциал ребёнка определяет мультидисциплинарная команда (руководитель службы, невролог-реабилитолог, педиатр, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры, психолог и другие профильные специалисты). Исходя из этих данных, формируется цель конкретного этапа медицинской реабилитации, индивидуальный план реабилитационных мероприятий. Их эффективность и динамика функций пациента

основании достигнутых результатов разрабатываются цель и программа следующего этапа, при необходимости в состав мультидисциплинарной команды вводятся новые специалисты.

В программе модернизации здравоохранения были предусмотрены и мероприятия, обеспечивающие преемственность на всех этапах реабилитационного сопровождения. На сегодня комплексной реабилитацией охвачены 42 % пациентов, выписываемых из ДРКБ МЗ РТ.

I этап – ранняя реабилитация. Медицинская реабилитация по профилю ЦНС начинается уже в отделениях реанимации и интенсивной терапии, а также в отделениях неврологии, нейрохирургии, патологии новорождённых и

ДЕТИ, РОЖДЁННЫЕ С НМТ И ЭНМТ, ПЕРВИЧНО ПРИЗНАННЫЕ ИНВАЛИДАМИ В ТАТАРСТАНЕ В ВОЗРАСТЕ ДО ТРЁХ ЛЕТ

	2011	2012	2013	2014	2015
Количество детей	20	25	40	73	72
Удельный вес от общего числа детей до 3 лет (%)	2,5	2,6	4,3	7,6	8,5

оцениваются с использованием соответствующих шкал (модифицированная шкала MAS-B, шкала моторики Ривермид и ряд других). На

недоношенных детей, хирургии детей раннего возраста, в изоляционно-диагностическом отделении.

II этап - ранняя стационарная реабилитация. Специализированное отделение медицинской реабилитации для пациентов с поражением ЦНС ДРКБ МЗ РТ стало первым в России, здесь проводится комплексная специализированная реабилитация детей после стабилизации неврологического, нейрохирургического процессов.

III этап - поздняя реабилитация. Амбулаторно-поликлиническая реабилитация организована в дневном стационаре консультативной поликлиники № 1, отделении восстановительного лечения и развития, дневном стационаре детской поликлиники № 3 «Азино».

Таким образом, в ДРКБ МЗ РТ достигнут законченный цикл этапной медицинской реабилитации детям с поражением ЦНС. Служба медицинской реабилитации клиники также обеспечивает восстановительное лечение детям с любой хирургической и соматической патологией с момента возникновения заболевания или травмы.

Для решения задач реабилитации задействовано передовое медицинское оборудование. Применяются современные стандарты с использованием комплексных индивидуальных реабилитационных программ, включающих наряду с классическими - лечебной физкультурой, физиотерапией, пеллоидотерапией, массажем, психологическим и логопедическим лечением, также и роботизированную кинезиотерапию, гидротерапию, ботулинотерапию, эрготерапию, Монтессори-терапию и другие методы. ДРКБ МЗ РТ оснащена инновационными аппаратами: тренажерами для СРМ-терапии (механотерапии верхней и нижней конечностей), разработки суставов конечностей, кроватями с сухой иммерсией для новорожденных, оборудованием для прикладной кинезиотерапии («слинг-система»), стабилотерапии, постуральной коррекции и многим другим.

В 2015 году в эксплуатацию был введен роботизированный комплекс локомоторной терапии Locomat Pro для обеспечения физиологического движения нижних конечностей пациента посредством роботизированных



средами для мотивации маленького пациента к проведению тренировок.

Высокоинтенсивная абилитация и реабилитация двигательных расстройств на Locomat Pro способ-

обездвиженностью, из них 21 % смогли увеличить степень своих функциональных возможностей и начали передвигаться без посторонней помощи.

Стоит отметить, что особый подход клиники к решению задач восстановительного лечения выражается не только в непосредственном обеспечении процесса реабилитации, но и за счёт создания комфортной атмосферы для ребёнка и его родных, оказания психологической помощи родителям (психологическое отделение).

За последние два года объём оказанной реабилитационной помощи в ДРКБ МЗ РТ возрос более чем на 50 %. Если в 2013 году восстановительным лечением мы могли обеспечить лишь каждого шестого госпитализированного, то по итогам 2015-го соответствующую заболеванию реабилитационную помощь получил каждый третий ребёнок. Конечная цель каждого такого случая - не только вернуть больному здоровье, но и развить до оптимального уровня его физические и психические функции.

Поставщик реабилитационного оборудования - ЗАО «Компания Киль-Казань». *

За последние два года объём оказанной реабилитационной помощи в ДРКБ МЗ РТ возрос более чем на 50 %.

ортезов. Комплекс позволяет в раннем реабилитационном периоде разрабатывать амплитуду движений без воздействия осевой нагрузки, проводить терапию с расширенной биологической обратной видеосвязью и контролем реакции больного в режиме реального времени, физиологически имитировать ходьбу ребёнка с помощью динамической разгрузки веса, контролировать провисание стопы и поддержку носка ступни, стимулировать физиологическую ходьбу малыша соответствующими функциональными видеозаданиями с увлекательными виртуальными

стимулами. Это способствует формированию навыков моторной активности при неврологических расстройствах (ДЦП, черепно-мозговая травма, инсульт, заболевания нервной системы), травматологической патологии, ортопедических заболеваниях. Возможности роботизированной механотерапии позволяют разрабатывать индивидуальные комплексы кинезиотерапии с учётом степени выраженности парезов и спастичности. Максимально раннее обучение ходьбе на этом аппарате в рамках мультидисциплинарного подхода позволило улучшить показатели самостоятельного передвижения у 124 детей с параличами и посттравматической



Римма САДЫКОВА,

главный специалист по профилактической медицине, лечебной физкультуре и спортивной медицине МЗ РТ,
главный врач Республиканского центра медицинской профилактики

Профилактика заболеваний у детей и подростков остаётся одной из самых актуальных и социально значимых проблем современной медицины. Служба медицинской профилактики – единственная структура в системе здравоохранения, предназначенная исключительно для гигиенического обучения и воспитания, формирования здорового образа жизни у всех слоёв населения, в том числе и у подрастающего поколения.

В основе здоровья подрастающего поколения – профилактика

В медицинских учреждениях Татарстана, на базах детских поликлиник, консультаций, врачебных амбулаторий и участковых больниц организованы и работают 66 кабинетов здорового ребёнка (КЗР). Основными задачами КЗР являются профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, гигиеническое образование родителей, обучение по вопросам рационального вскармливания, ухода за новорождённым, режима, двигательной активности, закаливания, гимнастики и массажа, необходимых для новорождённых. В основе гигиенического воспитания детей первого года жизни лежит преемственность в деятельности женских консультаций и детских поликлиник. В них организо-

ваны «Школа будущих матерей», «Школа будущих отцов», «Школа молодых матерей». Здесь обучают основным правилам воспитания здорового ребёнка, адаптированного к социальным условиям.

В работе по гигиеническому воспитанию детей до года приоритет отдаётся грудному вскармливанию, и в этом вопросе мы придерживаемся десяти принципов ВОЗ/ЮНИСЕФ по его поддержке и поощрению. В городах и районах республики периодически проводятся соответствующие акции «Мама, до года только ты и грудное молоко», в рамках которых организовываются конкурсы среди участковых медицинских сестёр детских поликлиник на лучшую беседу с матерями,

имеющими детей до года, по теме «Значение грудного вскармливания»; среди участковых врачей – «Я – за грудное молоко»; на лучшую памятку «Грудное вскармливание» – среди фельдшеров ФАПов. Проводятся лекции среди молодёжи в вузах и медицинских колледжах «Как создать здоровую семью», тренинги с беременными в женских консультациях. Во время таких акций демонстрируются видеофильмы ГАУЗ «РЦМП»: «Новорождённый. Начало жизни человека», «С чего начать? Или основа ухода за младенцем» и распространяются памятки и буклеты «Мама, до года только ты и грудное молоко», «Правильное питание ребёнка», «Грудное вскармливание», «Моей маме», плакаты «Как пеленать ребёнка», «Гимнастика и массаж в раннем детстве», «Календарь профилактических прививок». Важное внимание уделяется и детям дошкольного возраста. Так, в детских садах большой популярностью

привычками – курением, злоупотреблением алкоголя, наркотиками, нерациональным питанием, малой физической активностью и психосоциальными факторами. Поэтому Республиканский центр медицинской профилактики, начиная с 2000 года, участвует в мониторинге вредных привычек среди школьников. Он осуществляется Центральным НИИ организации и информатизации здравоохранения Российской Федерации под руководством Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Минздрава России. Результаты этих крупномасштабных исследований позволяют получить объективную картину распространённости вредных привычек, выявить побудительные мотивы как первой пробы, так и продолжения потребления психоактивных веществ, установить возрастную структуру приобщения к алкоголю, табаку и наркотикам, оценить состояние социальной среды, уровень гигиенических знаний в

Важным аспектом в формировании полноценного здорового развития подростков является организация физического воспитания и приобщение к спорту. Эта задача решается на правительственном уровне, так, в 2014 году вышел Указ Президента Российской Федерации о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне». Система ГТО разработана в новом формате с современными нормативами, которые соответствуют уровню физического развития детей. ГАУЗ «РЦМП» издало «Методическое пособие для родителей и педагогов по профилактике нарушений осанки и сколиозов у детей и подростков», методические рекомендации «Двигательный режим для лиц разных возрастных категорий».

Работа, проводимая по гигиеническому воспитанию учащихся в общеобразовательных учреждениях, продолжается и в летних оздоровительных лагерях. Здесь,



пользуются «Праздники здоровья» по соблюдению правил гигиены полости рта и правильного мытья рук и др. Они проводятся в форме ролевых игр, в которых дети принимают активное участие, а на мультимедийных наглядно показывают навыки чистки зубов и пр.

Здоровье подрастающего поколения необходимо рассматривать в тесной взаимосвязи с образовательной средой. Научить школьника быть здоровым и по возможности помочь ему в этом – вот две взаимосвязанные задачи для медиков и педагогов. Стало традицией проведение ежегодных семинаров «Образование и здоровье» для заместителей директоров по воспитательной работе, психологов, социальных педагогов и медицинских работников школ. На них врачами освещаются вопросы профилактики наркотизации, алкоголизации, влияния табака на здоровье подростка. Немаловажное значение придаётся профилактике инфекций, передающихся половым путём, ВИЧ-инфекции и основам здорового образа жизни. Особую актуальность в последнее время приобретает вредная привычка молодёжи курить кальян. Он является некой «приманкой» для подростков, которые до этого не пробовали курить. Первоначальный азарт постепенно сменяется привычкой, что открывает путь к курению сигарет. Возникновение зависимости от кальяна является реальной опасностью, так как вместе с никотином в организм в большом количестве попадают угарный газ, соли тяжёлых металлов, химические элементы. Такие семинары сопровождаются показом видеофильмов и раздачей информационно-методической литературы по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни в школах, изданной РЦМП.

Общепризнанно, что почти 2/3 всех хронических заболеваний у подростков обусловлены вредными

области сексуального поведения, а также степень зависимости от компьютерных и социальных сетей.

Среди школьников активно ведётся пропагандистская работа. В начальных классах проводятся «Уроки здоровья», где младшим школьникам прививают основы личной гигиены и режима дня. Для старшеклассников организуются видеолектории «Основы здорового образа жизни. Профилактика социально значимых заболеваний». Их целью является формирование у подростков осознанного и ответственного отношения к собственному здоровью, рационального поведения и позитивного стиля жизни. Лектории сопровождаются показом анимационных и видеофильмов, созданных ГАУЗ «РЦМП».

Актуальной проблемой остаётся неправильное питание детей дошкольного и школьного возраста. В рационе подрастающего поколения чаще присутствуют фастфуд, чипсы, сладкие газированные напитки и другие продукты, которые приводят к развитию заболеваний ЖКТ и ожирению. В связи с этим важной задачей является формирование у детей приверженности к правильному рациону, которая вырабатывается с раннего детства. РЦМП издаёт методические пособия «Основные аспекты профилактической работы с детьми дошкольного возраста», «Основные аспекты профилактической работы с детьми школьного возраста», «Тактика ведения здоровых детей 2 и 3 года жизни на педиатрическом участке», «Питание детей раннего возраста», памятки «Здоровое питание», «Рекомендации по здоровому питанию», выпускает анимационные фильмы и ролики. Этот информационно-методический материал родители и педагоги могут использовать в воспитательной работе.

помимо лекций, бесед, радиовыступлений, выпуска санбюллетеней и плакатов, приобретают большое значение и другие интересные формы работы: олимпиады, викторины и «Праздники Здоровья». Эти мероприятия становятся частью развлекательной программы для детей. Молодые люди быстрее усваивают информацию и овладевают правильными навыками, когда сами принимают активное участие в профилактическом процессе.

Гигиеническое воспитание детей и подростков и пропаганда здорового образа жизни невозможны без взаимодействия со средствами массовой информации. СМИ являются не только источником информации, но и потенциальным средством просвещения, что особенно важно, когда речь идёт о сохранении и укреплении здоровья молодого поколения. Ежегодно к Международному дню защиты детей на различных республиканских радиостанциях в прямом эфире проводятся радиоконкурсы, посвящённые изучению уровня знаний по грудному вскармливанию среди матерей. Победителям, правильно ответившим на все вопросы, вручаются памятные призы и благодарственные письма ГАУЗ «РЦМП». Масштабная пропаганда здорового образа жизни в СМИ – неотъемлемая часть медицинской профилактики. РЦМП ежегодно создаются пропагандистские фильмы, видеоролики по вопросам профилактики наркомании, табакокурения и формирования ЗОЖ, рационального питания и физической активности.

Хорошо организованная целенаправленная работа Республиканского центра медицинской профилактики по пропаганде медицинских и гигиенических знаний среди детей и подростков способствует снижению заболеваемости и смертности, помогает воспитывать здоровое, физически крепкое поколение.



Перинатальный центр: новое здание для новых успехов

В Казани введён в эксплуатацию новый корпус Перинатального центра Республиканской клинической больницы МЗ РТ.



В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ВРЕМЕНИ

В торжественной церемонии открытия приняли участие Президент Татарстана Рустам Минниханов, заместитель премьер-министра России Ольга Голодец, премьер-министр Татарстана Ильдар Халиков, министр здравоохранения РТ Адель Вафин и другие.

Высокие гости осмотрели операционный блок, акушерско-физиологическое отделение,



отделение реанимации новорождённых, палаты матери и ребёнка, а также десять индивидуальных родильных залов. В соответствии с актуальными акушерскими подходами здесь созданы все условия для проведения совместных родов – роженицу могут сопровождать будущие папы и другие родственники. Отделение реанимации новорождённых оборудовано современной аппаратурой для поддержания дыхания недоношенных детей и инкубатором



по созданию комфортной среды для выхаживания. Послеродовое отделение для совместного пребывания матери и ребёнка рассчитано на 70 коек и занимает два этажа.

Ольга Голодец высоко оценила уровень технической оснащённости медучреждения. На её вопрос об использовании отечественного оборудования и технологий Адель Вафин ответил, что около 60 % завезённого оборудования – российского производства.

На первом этаже Перинатального центра состоялась торжественная выписка Альбины Лапаевой и новорождённого Владислава из Высокогорского района. Рустам Минниханов и Ольга Голодец поздравили родителей с рождением второго сына и подарили супругам Лапаевым радионяню и детскую коляску.

ВЫСОКАЯ ОЦЕНКА ОТ ВЫСОКИХ ГОСТЕЙ

Выступая перед гостями и сотрудниками центра, Рустам Минниханов отметил, что идея о строительстве в Казани нового современного перинатального центра вынашивалась на протяжении нескольких лет.

«Мы более или менее благополучный регион, поэтому такие объекты нам достаются редко, – признал Президент РТ. – Тем не менее Ольга Юрьевна нашла возможность включить нас в список. За достаточно короткое время наши строители возвели прекрасный комплекс, который сегодня синхронизируется с действующим перинатальным центром».



ЦИФРЫ

Новый корпус Перинатального центра РКБ МЗ РТ рассчитан на девять тысяч родов в год.

За прошлый год в Татарстане родилось 56 240 человек.

В последние три года в Татарстане наблюдается естественный прирост населения, по итогам прошлого года он составил 2,7 на тысячу человек.

Около 70 % родов сопровождаются акушерской патологией.



По словам Рустама Минниханова, медицинское учреждение оснащено современным оборудованием, а сотрудники центра – высококлассные специалисты. «Сегодня города Казань и Набережные Челны – лидеры республики по показателям рождаемости, – отметил глава республики. – Поэтому нам очень нужны такие объекты, где для врачей будут созданы совершенно иные возможности и условия работы. Подобные центры качественно меняют жизнь наших граждан».

Ольга Голодец в свою очередь подчеркнула, что Татарстан всегда идёт на шаг впереди и берётся за самые амбициозные задачи. «Эта больница стояла в планах на декабрь этого года, и мне казалось, что планы по её завершению очень трудно реализовать в такие сроки, – заметила она. – Но как ребёнок рождается в течение девяти месяцев, так и строители сдали эту больницу. Она построена на высочайшем технологическом уровне и стала серьёзнейшим вкладом в развитие здравоохранения как Российской Федерации в целом, так и Татарстана. Мы сразу видим те новшества, которые влекут за собой изменения в медицинской инфраструктуре. Сегодня Татарстан по показателям младенческой смертности уже находится на мировом уровне. Я надеюсь, что этот перинатальный центр подарит жизнь, здоровье и благополучие большому количеству семей, проживающих в республике».

КРУПНЫЙ ПЛАН

Площадь нового восьмизэтажного корпуса составляет 14 тысяч кв. м. Здесь расположены 10 индивидуальных родзалов, 5 операционных. 195 койко-мест распределены следующим образом: 115 – для беременных и рожениц, 55 – в отделении патологии беременных, 25 – для новорождённых на втором этапе выхаживания.

Общая сумма финансирования строительства нового здания Перинатального центра РКБ МЗ РТ за прошлый год составила 1 млрд 274 млн 630,8 тысячи рублей. Чуть больше половины – 659 млн 251,1 тысячи – составили средства бюджета республики. 615 млн 379,7 тысячи – субсидия Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



Технологии, дарящие жизнь

В сентябре в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» начал функционировать новый корпус перинатального центра, оснащённый современным оборудованием для оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям, родившимся раньше срока, и женщинам с экстрагенитальной патологией. О возможностях учреждения рассказала заведующая акушерским физиологическим отделением перинатального центра, акушер-гинеколог высшей категории Светлана Губайдуллина.

- Светлана Владимировна, как изменится ситуация в службе родовспоможения в республике в связи открытием нового корпуса?

- Безусловно, оснащение службы неонатологии и родовспоможения современным медицинским оборудованием благоприятно скажется на уровне оказания медицинской помощи и, как следствие, на материнской и младенческой смертности. А они являются одним из основных социальных показателей развития государства. Кроме того, почти в два раза увеличивается коли-

чество пациентов перинатального центра. Если раньше мы принимали 5000 родов в год, то теперь планируем увеличить это количество почти в два раза.

- Как оснащён центр?

- На сегодня мы обладаем самым современным высокотехнологичным оборудованием и имеем возможность внедрять на практике новейшие перинатальные технологии.

В центре оборудован операционный блок для плановых и длительных операций, который позволит не

отвлекаться на экстренные случаи, для них построены два собственных операционных блока. Они оснащены так же, как и плановый.

Установлено новое дыхательное оборудование, современные реанимационные места с мониторами жизнеобеспечения. Установлены анестезиологические консоли, в том числе детские, приспособленные для оказания реанимационной помощи именно новорождённому; транспортные кюветы, аргоновый нож, который позволяет проводить коагуляцию сосудов, делая операцию менее травматичной.

Большое внимание уделено диагностике. Это и функциональная диагностика, и специальные ЭКГ, сложные и очень чувствительные фетальные мониторы для беременных. Имеются аппараты УЗИ экспертного класса, которые контролируют тончайшие изменения параметров плода и матери, есть и многое другое. Такое оборудование позволяет оперативно следить за состоянием роженицы и ребёнка.

У нас очень хорошие родильные кровати, и даже гинекологические кресла похожи на космические корабли по дизайну и возможностям. Они опускаются, обеспечивают комфорт пациентке и удобство для проведения медицинских манипуляций, есть несколько подставок для ног, специальные сливы и т.п. Кроме того, у нас всё приспособлено для людей с ограниченными возможностями, поэтому если они к нам поступят, то не будут испытывать каких-либо неудобств.

Предусмотрена как взрослая, так и детская реанимация. Новый корпус оборудован кюветами для



выхаживания совсем крошечных новорождённых, есть дыхательные аппараты для детей весом 500 г, оборудование для микродозирования лекарств и растворов. На случай необходимости экстренного вмешательства в детской реанимации имеется своя операционная. Хочу заметить, что в центре появилось отделение патологии новорождённых, где проводят реабилитацию детей.

Отдельно стоит упомянуть про родильный блок. Благодаря работе дизайнеров получились удивительно красивые помещения, для каждой женщины родильный зал обустроен, как отдельная квартира со всеми удобствами и высокотехнологичным оборудованием. Оснащение полностью соответствует современным требованиям: кровати-трансформеры, мониторы слежения за плодом, которые отправляют данные на центральную станцию и сохраняют историю. Смонтированы новые анестезиологические консоли, которые предусматривают подключение любого оборудования, реанимационные места для новорождённых, инфузионные насосы, аппарат УЗИ, позволяющий отслеживать, как во время родов ребёнок проходит через родовые пути.

- Какие новые перинатальные методики вы внедряете?

- Мы применяем методику неразделения ребёнка и мамы после родов. Согласно современным принципам родовспоможения они не должны расставаться сразу после родоразрешения. Ребёнок кладётся маме на живот, находится в её объятиях. Конечно, женщина бывает уставшей и не всегда в состоянии самостоятельно держать малыша, тогда применяются технологии бережной фиксации новорождённого. Методика неразделения позволяет изменить настроение мамы, у неё пробуждаются материнские инстинкты, она переключает внимание со своего состояния на ребёнка. Кроме психологического, есть и физиологический

эффект - происходят обмен микрофлорой, регуляция теплообмена.

Индивидуальные родильные залы позволяют проводить партнёрские роды с участием мужа или близких родственников.

- При слове «роддом» возникает ассоциация с выглядывающими из окна молодыми мамами с грудничками и мужчин, стоящих под окнами. Как в центре организовано общение с родственниками?



- Заглядывать в окна совершенно не нужно - в послеродовом отделении у нас созданы комфортные условия для всех. Палаты только двух- и одноместные, причём со всеми удобствами, ребёнок находится с мамой, здесь же могут разместиться и папы. Это отлич-



ная поддержка для женщины. Если после родов мама остаётся одна, то может наступить депрессия. Когда рядом с ней находится ребёнок и муж, то послеродовые явления переносятся гораздо легче.

- Оснащение центра большим количеством оборудования, вероятно, потребовало колоссальных усилий специалистов при монтаже и отладке.

- Большую роль в открытии перинатального центра сыграла оперативность поставщиков медицинского оборудования. Одну из самых сложных задач по оснащению решила компания «Киль-Казань», специалисты которой установили в перинатальном центре фетальные мониторы и центральные станции фирмы «Оксфорд». Это новейшее английское оборудование, километры слаботочных линий, сложные и тонкие датчики, которые требуют чрезвычайно бережного обращения, монтаж панелей и постоянное согласование с проектом, поскольку нужно было собрать под единым управлением всю сеть со всех этажей и палат. С учётом проводимой параллельно стройки и отделочных работ можно представить, чего это стоило инженерам компании. Но специалисты достойно справились с поставленной перед ними задачей.

- Каковы ваши дальнейшие планы?

- У нас много интересных задумок: взять под компьютерный мониторинг всех тяжёлых беременных республики, проводить консультации с пациентами, наблюдая их на экране монитора. Мы хотели бы разработать специальные программы, облегчающие труд медицинских работников, что даст возможность больше времени уделять непосредственно общению с пациен-

тами. Вообще работа перинатальных центров и акушерской службы в целом требует централизации. Все роды с высоким риском патологии должны приниматься в одном учреждении, оснащённом по последнему слову техники.*



Отбойники от профессионалов: когда есть на кого опереться

Казалось бы, что можно придумать нового в таком уже ставшем привычным элементе любой современной клиники, как поручень? Но мысль проектировщиков и дизайнеров не стоит на месте, и инженеры компании-производителя не отстают от них, предлагая оригинальные решения для реализации самых смелых замыслов.

В сентябре был торжественно открыт новый корпус Перинатального центра РКБ МЗ РТ. Свой вклад в создание современного медицинского учреждения внесла и компания «Арфен», которая при установке системы защиты стен и углов применила новую разработку – поручень-отбойник со встроенными светодиодами. При ночном освещении он выполняет не только декоративную функцию, но и повышает безопасность, поскольку сразу обращает на себя внимание людей с малой



подвижностью и ослабленным зрением. В учреждениях здравоохранения России такая система применяется впервые. Питание диодов на каждом сегменте поручня осуществляется автономно с помощью отдельно установленного трансформатора, смонтированного за навесным потолком. Управление освещением отбойников осуществляется медсестрой на посту в отделении, которая имеет возможность включать и выключать светодиоды при необходимости. Также при строительстве Перинатального центра было реализовано оригинальное решение с креплением поручней на стеклянное панно. Обычно отделочники приходят на объект последними, перед самой сдачей, поэтому им приходится работать в авральном режиме. Монтажные компании выполнили успешно свою задачу в самые сжатые сроки.

Этим летом система защиты стен и углов «Арфен» была установлена в перинатальных центрах Уфы и Самары. Заказчики и генподрядчики объектов по достоинству оценили не только функциональность и высокое качество продукции, но и короткие сроки поставки, простоту установки, профессиональный шефмонтаж и строгое следование договорным обязательствам. Широкая гамма расцветок продукции (до 40 тонов) позволяет реализовать самые смелые дизайнерские решения, а также упрощает навигацию в медицинском учреждении, придавая помещениям каждого отделения свой неповторимый цвет.

Каждый медицинский объект имеет свои особенности, и наряду с качеством самой продукции боль-



шую роль играет профессионализм монтажников. Так, нестандартная ситуация сложилась при работах в Детской городской клинической больнице № 7 (ул. Айдарова, 2а), где ремонт был выполнен с помощью отделочных панелей, установленных под углом 70°. При креплении системы защиты провести нарезку материала специализированным инструментом под таким углом не удалось, но монтажная группа сделала это вручную и смонтировала отбойники в срок. Уникальная архитектура Санкт-Петербурга также потребовала особого подхода у специалистов компании. Здание Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова имеет форму овала и соответствующую кривизну стен внутри. Применить здесь обычные металлические крепежные профили оказалось невозможно, и было найдено другое решение. Специально для этого учреждения были изготовлены виниловые пластины и угловая защита большей толщины (3 вместо стандартных 2 мм), что при необходимой гибкости обеспечило достаточную прочность. Опыт компании «Арфен» показывает, что выход есть в любой ситуации, если есть желание сделать свою работу качественно и в срок. *

KLOR DE 1000:

ТАБЛЕТИРОВАННЫЙ ДЕЗИНФЕКТОР НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



Идеальное средство для дезинфекции
высокого уровня эндоскопов
и стерилизации инструментов

Разработан компанией LTD Concept
по заказу Вооруженных сил Израиля.

ПРЕИМУЩЕСТВА:

- широкий спектр антимикробного действия;
- низкая токсичность;
- превосходные моющие свойства;
- короткое время уничтожения бактерий;
- не требует особых условий хранения;
- пригоден для обработки металла, дерева, стекла, полимеров, резины.

УНИКАЛЬНОСТЬ:

- наличие цветового индикатора указывает на активность рабочего раствора.

ИСПЫТАНИЯ:

- клинические испытания в НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, имеет сертификат государственной регистрации на территории Таможенного союза.

«Концепт Фармаци Поволжье»

г. Казань, ул. К. Маркса, д. 3, оф. 17.
Тел./факс: +7 (843) 211-00-77.

Ирина ИСАЕВА,
руководитель Республиканского центра медицины катастроф
ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ», к. м. н.
Лилия ЧАЛАЯ,
заведующая отделом по организационно-методической консультативной работе

25 лет медицине катастроф

Республики Татарстан



В 1991 году был создан Центр медицины катастроф Минздрава РТ, который стал первым в России. Сегодня эта служба – важное звено в системе здравоохранения республики, имеющее большую социальную значимость.

Развитие службы неразрывно связано с именем её основателя профессора Шамиля Каратая. Он был среди тех, кто создавал в республике современную систему обеспечения безопасности населения, и первым задумался о развитии одного из важных её направлений – медицины катастроф. Его усилиями впервые в России была создана соответствующая кафедра и территориальная служба экстренной медицинской помощи во главе с Центром экстренной медицинской помощи, преобразованного впоследствии в Центр

медицины катастроф РТ. Также Шамиль Сагитович вёл разработку передвижного медицинского комплекса – мини-больницы в одном автопоезде длиной 20 метров. Появились и летающие госпитали на базе вертолёта МИ-8 и самолётов ТУ-214, ТУ-230. Был создан фундамент для дальнейшего развития службы.

Основной задачей, стоящей перед службой в 90-е годы, стала адекватная оперативная реакция системы здравоохранения на чрезвычайные ситуации (ЧС). В 1998-м её руководителем был назначен Фарит Ахмеров,

который впервые на уровне регионов внедрил в практику использование подвижных формирований с целью создания одноэтапной системы лечебно-эвакуационных мероприятий при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В 2009 году была разработана система диспетчеризации бригад «скорой помощи» по федеральной трассе М-7. Начато внедрение ГЛОНАСС и экстренного реагирования по единой дежурной диспетчерской службе 112.

С 2011 года по настоящее время Республиканский центр медицины катастроф (РЦМК) возглавляет заслуженный врач Республики Татарстан, отличник здравоохранения Российской Федерации Ирина Исаева. За этот период полностью обновлена нормативно-правовая база службы, создан Ситуационный центр МЗ РТ, к РЦМК присоединено отделение санитарной авиации, создан резерв медицинских ресурсов МЗ РТ, в том числе специфической антидототерапии, межрайонных

центров медицины катастроф, проводится мониторинг эффективности использования санитарного транспорта экстренных служб, усилено взаимодействие с силовыми структурами, регулярно проводится медицинская эвакуация тяжело пострадавших и больных с системой жизнеобеспечения наземным и воздушным транспортом и др. По всей территории республики вводятся в работу травмоцентры 1, 2, 3-го уровней.

РЦМК является органом повседневного управления на республиканском уровне, который проводит единую политику по минимизации уровня медико-санитарных последствий ЧС, внедряет систему планирования медицинского обеспечения при ЧС, организует взаимодействие с заинтересованными ведомствами



РТ и РФ, ЛПУ и др., осуществляет контроль работы «скорой помощи» по системе «ГЛОНАСС + 112», перенаправление бригад СМП независимо от территорий обслуживания при возникновении ДТП, анализ работы травмоцентров.

Основными подразделениями центра являются: оперативно-диспетчерский отдел; отделение скорой, скорой специализированной экстренной консультативной медицинской помощи; плановой и экстренной консультативной помощи (санавиация); отдел по организационно-методической консультативной работе; медикаментозного обеспечения; учебно-методический отдел.

В 2014-2015 гг. были заключены госконтракты с предприятиями «Вектор», «Авиасервис», «Казанское авиапредприятие» на авиаобслуживание отделения плановой и экстренной консультативной помощи вертолётами МИ-8, МИ-2, «Робинсон». 12 октября служба получила первый в России вертолёт «Ансат» с медицинским модулем. За эти годы сотрудниками центра было выполнено 253 вылета. Количество выездов наземным транспортом - 1464, осуществлено 740 медицинских эвакуаций.

ЦИФРЫ

3154 койки подготовлено для оказания медицинской помощи при ЧС.

1939 специалистов работают в службе, в том числе **650** врачей и **1244** – среднего медицинского персонала.

74 ЧС произошло на территории Татарстана в 2014–2015 гг., в том числе **50** техногенных (пожары и взрывы, ДТП, обрушение зданий и сооружений, пород).

15,5 % из общего числа пострадавших при ЧС оказана амбулаторная помощь, **34,4 %** госпитализировано, **50,1 %** составили безвозвратные потери.

Учебно-методический отдел ведёт образовательную деятельность среди специалистов экстренных служб, промышленных предприятий, населения. За 2014-2015 гг. обучение прошли 1414 человек, в том числе 390 медицинских работников.

Кроме РЦМК, служба медицины катастроф включает в себя и штатные формирования: 153 врачебно-сестринские бригады, 100 бригад специализированной медицинской помощи.

РЦМК организовал ликвидацию медико-санитарных последствий всех крупных чрезвычайных происшествий: крушение теплохода «Булгария» 10 июля 2011 года в Камско-Устьинском районе; авиационная катастрофа 17 ноября 2013 года в международном аэропорту «Казань»; пожар в торговом комплексе «Адмирал» 11 марта 2015 года в Казани; ДТП с участием автобуса и грузовой фуры с пострадавшими жителями Татарстана 21 мая 2015 года в Нижегородской области; ураган в Казани 7 сентября 2015 года.

С целью совершенствования готовности сил и средств службы к ликвидации медико-санитарных последствий террористических актов и ЧС сотрудниками РЦМК были подготовлены и изданы ряд нормативных документов, соглашений о взаимодействии с заинтересованными ведомствами. Так, ежегодно с 2013 года в период навигации службой совместно с МЧС по РТ проводится работа по ликвидации последствий ЧС на воде. Проведена подготовка нормативных документов, регламентирующих пребывание лиц, вынужденно покинувших Украину. Сотрудниками РЦМК осуществлялись медицинское обеспечение прибывающих, выезды в пункты временного размещения.

Ежегодно проводятся комплексные проверки медицинских организаций республики (планы ГО, действия в ЧС, деятельность травмоцентров, станций скорой медицинской помощи) с проведением тренировок врачебно-сестринских бригад.

Татарстан стал одним из первых регионов, принявшим участников самого масштабного спортивного мероприятия в России за последние 30 лет - Всемирной летней Универсиады - 2013, в медицинском обеспечении которой принимал активное участие и РЦМК. Также шесть сотрудников центра были направлены в олимпийский Сочи. Специалисты центра в составе оперативной группы на многофункциональном катере «Лидер» приняли участие в медицинском обеспечении и чемпионата мира по водным видам спорта 2015 года, и соревнований категории «Мастерс».

РЦМК участвует в реализации федеральных, республиканских целевых программ, направленных на снижение смертности при ДТП. На сегодня в рамках подпрограммы «Повышение безопасности дорожного движения в Республике Татарстан на 2014-2020 годы» в Набережных Челнах и в Рыбно-Слободском районе на трассе М-7 построены вертолётные площадки, приобретено 25 реанимобилей для «скорой помощи».

25-летний опыт развития медицины катастроф в Татарстане показывает, что деятельность службы становится всё актуальнее. Это связано с открытостью современного общества, проведением в республике большого количества крупных спортивных и культурно-массовых мероприятий, в том числе международных. Всё это ставит перед службой более сложные задачи, для решения которых применяются новые медицинские, информационные и организационные технологии.

Передовой рубеж экстренной медицины



Три года назад в Казани на базе Городской клинической больницы № 7 был создан Центр экстренной медицины. 24 часа в сутки 7 дней в неделю здесь оказывается экстренная медицинская помощь жителям столицы Татарстана. Сегодня больница состоялась не только в качестве клиники экстренной медицины, но и как высокотехнологичный медицинский центр.



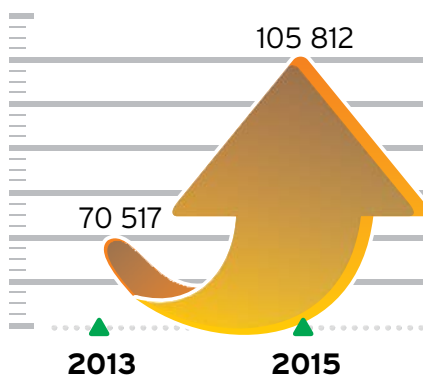
Создание Центра экстренной медицины стало значимым событием для здравоохранения Татарстана. Он является не только одним из успешных примеров модернизации отрасли, но и неотъемлемым элементом новой идеологии по оказанию экстренной и неотложной помощи. «Благодаря усилиям руководства Республики Татарстан в 2010 году было принято решение федерального прави-

тельства о включении Центра в список объектов, возводимых в рамках подготовки к XXVII Всемирным летним студенческим играм», - рассказывает главный врач ГКБ № 7 г. Казани Марат Садыков. Согласно требованиям FISU город, принимающий Универсиаду, обязан иметь многопрофильный госпиталь скорой помощи в транспортной доступности от основных спортивных объектов.

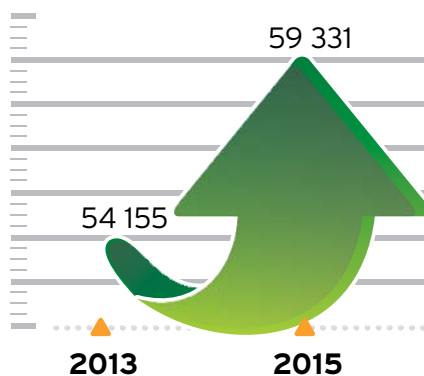
Андрей Анисимов, заместитель главного врача по медицинской части: «В апреле 2011 года на месте нынешнего двенадцатизэтажного корпуса начали забивать первые сваи, а уже в июне 2013 года Центр экстренной медицины приступил к выполнению своей миссии одного из официальных госпиталей Универсиады». Помимо нового здания, было построено приёмно-диагностическое отделение, отвечающее всем современным требованиям.

Марат Садыков: «Сегодня организацию работы приёмно-диагностического отделения ГКБ № 7 ставят в пример другим медицинским учреждениям. К нам регулярно приезжают коллеги из российских регионов для обмена опытом». С момента открытия Центра в столице республики полностью изменилась логистика оказания экстренной медицинской помощи жителям города. Если раньше пациенты направлялись в различные стационары в зависимости от профиля (неотложная хирургия, травматология, нейрохирургия, гинекология и т.д.), то после открытия Центра город был поделён на несколько зон ответственности. Экстренная специализированная медицинская помощь жителям Заречья (около 620 тысяч человек) оказывается в ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Казани.

КОЛИЧЕСТВО ОБРАЩЕНИЙ



КОЛИЧЕСТВО ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ





В 2015 году в приёмно-диагностическом отделении клиники была проведена 59 331 госпитализация (в том числе 34 047 экстренных), это 46,4 % от общего показателя по Казани. Около 90 % составили жители столицы Татарстана, 7 % - из районов республики, остальные пациенты - из других регионов страны и зарубежья.

Рагим Насибов, заведующий приёмно-диагностическим отделением: «Ежедневно по экстренным показаниям в среднем поступают до 250 человек. На сегодня предусмотрены три вида поступления: бригадой скорой помощи, самообращения и по направлению из других медицинских учреждений. Имеет место тенденция роста самообращений (25,6 % в 2015 году против 17 % в 2014-м)». В случае если пациент не нуждается в госпитализации, ему будет проведён необходимый объём исследований, чтобы исключить жизнеугрожающее состояние.

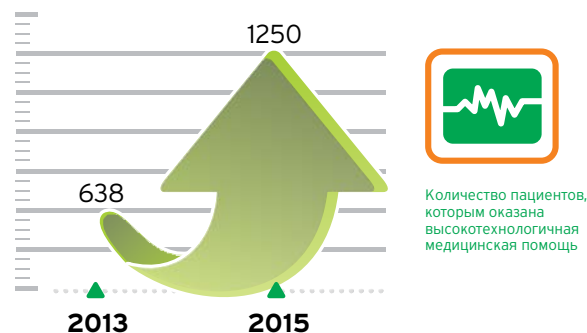
«Помощь в нашем приёмно-диагностическом отделении оказывается всем, - комментирует Рагим Насибов. - Главная наша задача - поставить первичный диагноз. Конечно, большое внимание уделяется соблюдению преемственности в оказании медицинской помощи. Специалисты должны информировать пациента о его состоянии, а затем перенаправить в амбулаторную сеть либо на плановую госпитализацию. Каждый пациент получает на руки результаты первичных исследований, которые позволяют в дальнейшем определить тактику его лечения».

Но главная миссия клиники - это экстренная помощь, когда от оперативности и профессионализма врачей зависит жизнь пациента. В больнице функционируют шесть отделений анестезиологии и реанимации, в которых работают 283 специалиста данного профиля.

Рафат Садриев, руководитель реанимационно-анестезиологической службы: «Ежедневно около 10 % поступающих больных госпитализируются в реанимационное отделение, 2,5 % доставляются в критическом состоянии».

Согласно современным подходам оказание экстренной медицинской помощи начинается, что называется, с порога. В шаговой доступности от входа оборудован противошоковый зал, в котором постоянно дежурит реанимационная бригада. Роль каждого специалиста расписана до мелочей, а в их арсенале имеется полный набор необходимого оборудования: мониторы для

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ



Количество пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь

**В 2015 году
госпитальная
летальность
от инфаркта миокарда
снизилась на 10 %
по сравнению
с 2014-м.**

контроля жизненных функций, аппараты искусственной вентиляции лёгких и многое другое. «В течение 40 минут мы получаем практически всю необходимую информацию о состоянии пациента, - говорит Рафат Садриев. - Диагностическая база отделения включает в себя компьютерную томографию, УЗИ, эндоскопию, рентген, одновременно проводятся лабораторные исследования. Для оперативного устранения сосудистой патологии есть возможность сразу провести коронарографию, церебральную или периферическую ангиографию».

Реанимационной службой клиники успешно внедряются передовые технологии, в частности, телеконсультирование с использованием специального мобильного робота. «Этот аппарат нужен для того, чтобы получить «второе мнение», - комментирует руководитель реанимационной службы. - В особо тяжёлых случаях по линии медицины катастроф мы привлекаем необходимых специалистов для проведения заочного консилиума. Фактически это может быть любой врач, который имеет доступ к интернету». Использование передового оборудования - это не дань моде, а насущная необходимость современного медицинского центра. «Городская клиническая больница № 7 - крупное многопрофильное учреждение, которое взяло на себя подавляющий объём оказания экстренной медицинской помощи практически по всем профилям, - подытоживает Андрей Анисимов. -

новый опыт по высокотехнологичным вмешательствам при заболеваниях печени. В нейрохирургическом отделении начали проводить операции по поводу аневризм сосудов головного мозга. В больнице развёрнут городской сосудистый центр, в клинику поступает большое количество больных с нарушениями мозгового кровообращения в острой фазе. Внедрён мультидисциплинарный подход в лечении таких пациентов, в период восстановления после инсульта с ними работают специалисты самых разных направлений - логопеды, неврологи, психологи, реабилитологи и другие. Это, конечно, повышает шансы на благоприятный исход, позволяет снизить инвалидизацию».

Врачи больницы работают в тесном сотрудничестве с ведущими учёными-медиками нашей республики, активно реализуют научно-педагогическое обеспечение лечебного процесса. Больница является клинической базой для 22 кафедр Казанского государственного медицинского университета и Казанской государственной медицинской академии. Сегодня наши основные приоритеты: качество, доступность, эффективность медицинской помощи; выполнение Программы государственных гарантий; оказание ВМП; снижение смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний; продолжение внедрения информационных технологий и освоения современных методов диагностики и лечения».



Последняя инстанция

50-я научно-практическая конференция судебно-медицинских экспертов собрала в Казани специалистов со всей России и из других стран. К сожалению, за последние годы их опыт был востребован не только в решении повседневных задач службы, но и в связи с массовыми чрезвычайными ситуациями. Эти и другие актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы были обсуждены в рамках пленарных заседаний, работы секций.

«Состоятельность нашей службы судебно-медицинской экспертизы показали чрезвычайные ситуации, – отметил министр здравоохранения РТ Адель Вафин. – Это очень важное направление, по которому наработан серьёзный опыт. Были поставлены непростые задачи, которые решены с помощью современных технологий».

Примечательно, что в день начала конференции её участникам и гостям были представлены результаты модернизации Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ

(РБ СМЭ). В частности, большой интерес специалистов вызвал аппарат для компьютерной томографии – пожалуй, впервые в России такое диагностическое оборудование используется для проведения патолого-анатомических исследований. По словам главы Минздрава РТ, передовые технологии, внедряемые службой, являются конкурентным преимуществом РБ СМЭ. Они дают новые возможности для реконструкции событий, выяснения истинных причин смерти.

Одной из лучших в России по оснащению и кадровому составу службу Татарстана назвал главный специалист по судебно-медицинской экспертизе МЗ РФ, директор Российского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ РФ, д. м. н. Андрей Ковалёв.

Он отметил, что актуальность конференции обусловлена и в связи с террористическими угрозами. Большое значение при чрезвычайной ситуации имеет межведомственное взаимодействие. «В этом году исполняется пять лет со дня трагедии на теплоходе «Булгария», – сказал главный судеб-

но-медицинский эксперт России. - Каждый погибший должен обрести своё место, к сожалению, под землей. Но бывают случаи, когда мы даже не можем найти тело. Это большая трагедия для родственников, которые не могут в последний раз увидеть близкого человека, похоронить его. Во время ликвидации последствий катастрофы «Булгарии» мы нашли всех, была проведена огромная работа специалистов, которые трудились 24 часа в сутки больше двух недель».

Адель Вафин: «В данном случае мы говорим о смягчении последствий чрезвычайной ситуации. Такие трагедии становятся сильной психологической травмой для семьи погибшего, и мы работали в тесном взаимодействии с психологами МЧС. Человечество на всем протяжении своей истории постоянно подвергается воздействию

Двухдневная программа конференции была очень насыщенной и включала в себя стендовые доклады, посвященные анализу опыта ликвидации последствий ЧС, проведения мероприятий по установлению личностей погибших, экспертного обеспечения предварительного следствия при терактах. В рамках работы секций были обсуждены вопросы межведомственного взаимодействия, судебно-химической и молекулярно-генетической экспертиз, также прошли заседание Приволжско-Уральской ассоциации судебно-медицинских экспертов, совещание начальников бюро и заведующих кафедрами СМЭ вузов Российской Федерации.

Логическим продолжением конференции стало торжественное открытие в Татарстане сразу пяти модульных патолого-анатомических отделений. Эксперты были приглашены в Сабинский район, где

Модульное здание ПАО было построено по поручению Президента РТ Рустама Минниханова в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование первичной медико-социальной помощи населению. Оно эксплуатируется судебно-медицинской и патолого-анатомической службами Сабинского района. Здесь созданы все условия для эффективной работы специалистов. Типовой проект включает в себя морг площадью 118 кв. м, в котором предусмотрены отдельный вход для приёма тел, секционное отделение, траурный зал и холодильная камера. Кроме того, имеются отдельный вход в кабинет врача, душевая с санузлом, закрытая санитарная комната для консервирующих растворов, ядов и летучих веществ, а также другие помещения.



катастроф. Они наносят колоссальный экономический ущерб, в мгновение ока разрушая то, что создавалось годами. Но наиболее трагичной стороной катастроф является массовая гибель населения. В связи с этим колоссальное значение имеет организация экспертной работы. Медики не в силах предотвратить катастрофы, но мы можем и должны быть готовы к чётким действиям по их скорейшей ликвидации, к тому, чтобы помочь пострадавшим вернуться в привычное жизненное русло».

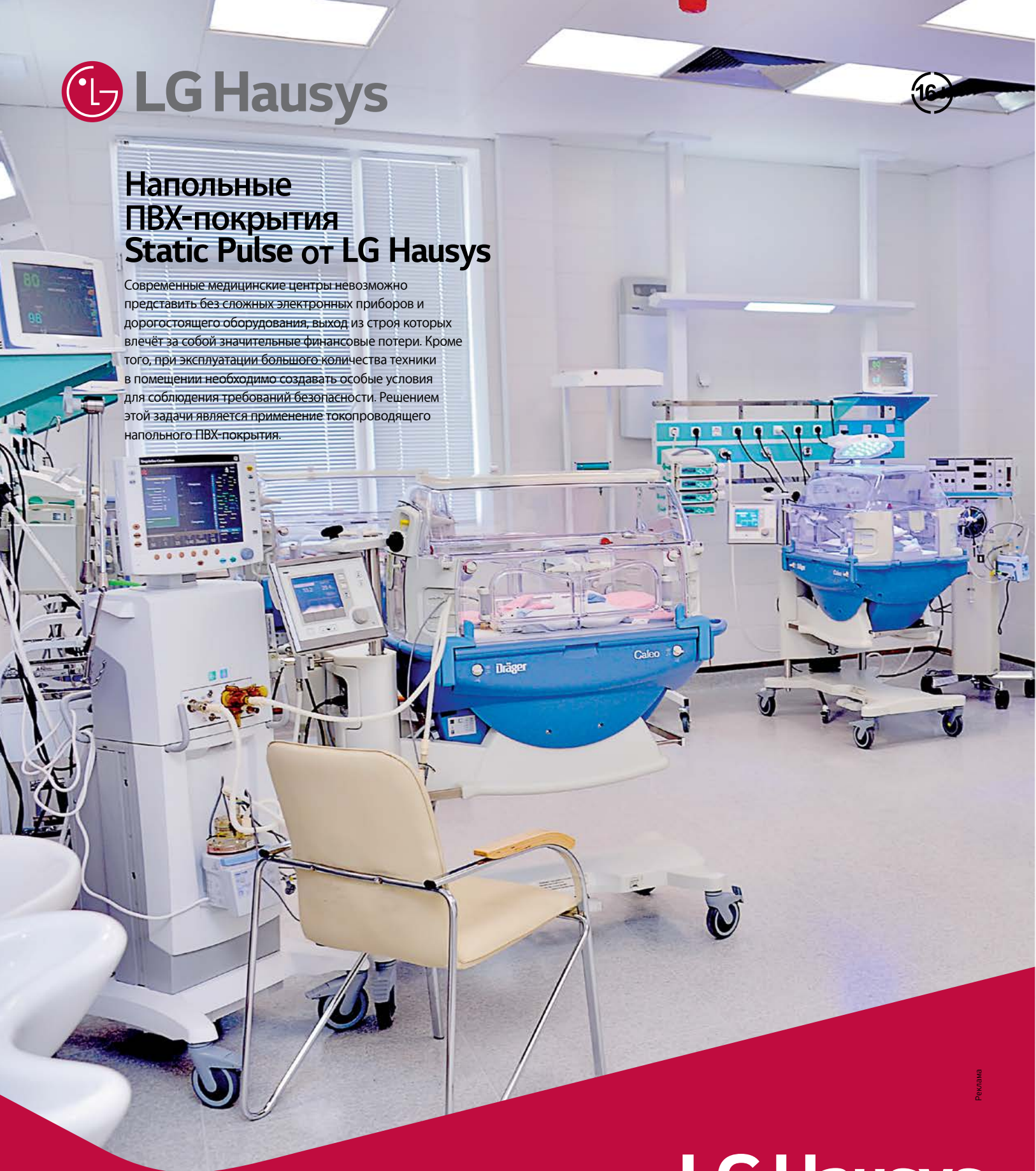
министр здравоохранения Адель Вафин в режиме видеосвязи дал старт работе ПАО в Азнакаеве, Буинске, Сарманове и Базарных Матаках.

Главный судебно-медицинский эксперт МЗ РФ Андрей Ковалёв заявил, что подобных отделений в России практически нет. «Мне бы хотелось, чтобы опыт Татарстана переняли и другие российские субъекты, поскольку это идеальное место для работы патологоанатома и судебно-медицинского эксперта, - сказал он. - Здесь всё соответствует санитарным нормам и правилам».

«Мы и дальше будем уделять внимание этому направлению, - сказал глава Минздрава РТ. - Служба будет развиваться и внедрять новые технологии». А финальным аккордом научно-практической конференции стал Сабантуй, на котором медицинские работники Сабинского района и судебно-медицинские эксперты со всей России смогли проявить своё мастерство на спортивной арене и познакомиться с национальными традициями республики.

Напольные ПВХ-покрытия Static Pulse от LG Hausys

Современные медицинские центры невозможно представить без сложных электронных приборов и дорогостоящего оборудования, выход из строя которых влечёт за собой значительные финансовые потери. Кроме того, при эксплуатации большого количества техники в помещении необходимо создавать особые условия для соблюдения требований безопасности. Решением этой задачи является применение токопроводящего напольного ПВХ-покрытия.



Реклама

LG Hausys RUS
www.lghausys.ru

Официальный представитель: «Акцент-Сервис»
г. Казань, ул. Петербургская, д. 42.
Тел./факс: +7 (843) 264-37-21/31, +7 (843) 514-78-78.

LG Hausys floors

Токопроводящие полы для медицинских учреждений

«СТАТИКУ» – ПОД КОНТРОЛЬ

Токопроводящие полы обеспечивают безопасность медперсонала и пациентов, долговую бесперебойную эксплуатацию оборудования, позволяя не думать о его ремонте и замене. Подобное покрытие незаменимо для помещений, где присутствует высокая вероятность возникновения статистических разрядов, которые не только причиняют физический дискомфорт, но также могут вывести из строя чувствительное высокоточное оборудование и стать причиной воспламенения горючих газов.

В палатах и коридорах медицинских учреждений пол обязательно должен быть антистатичным, а в специализированных помещениях, таких как отделение лучевой диагностики, рентген-кабинеты, кабинеты физиотерапии, реанимационные и операционные, фармацевтические лаборатории,

огромное количество напольных покрытий, однако соблюсти меры предосторожности и требования безопасности позволяют только токопроводящие. Компания LG Hausys предлагает

ухода и частого ремонта. Также можно отметить, что благодаря наличию нескольких вариантов внешнего исполнения токопроводящие полы могут выполнять роль декорирующего покрытия в тех помещениях, где важную роль играет дизайн. Добавим, что в большинстве случаев пол укладывается «с заводом» материала на стену, что обусловлено гигиеническими требованиями. Применение такой технологии является, как правило, обязательным условием при отделке «чистых» помещений.

Токопроводящие напольные покрытия от LG Hausys выпускаются в плитах размером 60 x 60 или 61 x 61 см. Это обусловлено технологией производства и интегрирования графитовых волокон. Такая форма позволяет значительно

ДЕТАЛИ

Согласно пункту 5.14 сво-да правил СП 29.13330.2011 «Полы» (актуализированная версия СНиП 2.03.13-88) в «чистых» и «особо чистых» помещениях, классифицируемых по классам чистоты, полы должны выполняться с электрорассеивающим полимерным покрытием, характеризующимся величиной электросопротивления между поверхностью покрытия пола и системой заземления здания в пределах от 5×10^4 до 10^7 Ом.

очень часто требуются и электропроводные свойства. Напольные покрытия с отводом электричества идеально подходят для использования в помещениях с высоким уровнем образования статического электричества. Материал, из которого они изготавливаются, содержит токопроводящее углеродистое соединение – графит, который обволакивает каждый «чип» покрытия, создавая надёжную структуру для отвода электричества. Это делает возможным сохранение проводящих свойств вне зависимости от условий работы: влажности или срока эксплуатации, позволяет контролировать возникновение статического электричества и защитить чувствительное оборудование от разрядов статического электричества.

На сегодняшний день для помещений в медицинских учреждениях предлагается



www.lghausys.ru

Главная функция токопроводящего пола заключается в проведении через всю толщину материала зарядов, которые неизбежно образуются на поверхности покрытия при ходьбе персонала и функционировании аппаратуры. Через медные ленты статическое электричество выводится из помещения на контур заземления, таким образом статическое напряжение на поверхности сильно снижается.

своё решение этой проблемы – напольное ПВХ-покрытие Static Pulse.

ПРЕИМУЩЕСТВА

ПВХ-покрытия Static Pulse обладают отличными эксплуатационными характеристиками, они не только обеспечивают отсутствие на поверхности статического электричества, но и не требуют особого

снижать расходы на раскрой и укладку материала, эксплуатацию (легко чистится), комбинировать различные цвета покрытий и сочетания акцентными сварочными шнурами.

Благодаря перечисленным уникальным свойствам напольные покрытия Static Pulse от LG Hausys можно смело рекомендовать для применения в учреждениях здравоохранения. Официальным представителем LG Hausys в Татарстане является компания «Акцент-Сервис». *



Для решения тактических задач лучевой терапии злокачественных опухолей необходимо не только знать теоретические основы, но и понимать современные возможности радиационных методов как особого раздела медицины. Показания к такому лечебному воздействию определяются на основании всесторонней оценки состояния органов и систем больного, характеристик выявленного поражения.

В настоящее время показания к лечению злокачественных опухолей ионизирующим излучением достаточно широки, в нём нуждаются 65-70 % онкологических больных как в неоперабельной, так и в операбельной стадиях заболевания. Кроме того, около 60 % заболевших раком детей также необходима лучевая терапия. Без облучения не вылечить большинство опухолей мозга, костей, внутренних органов. Частичное или полное облучение тела обеспечивает успех пересадки костного мозга – сложной процедуры, необходимой для спасения жизни пациента, особенно это актуально для детей.

При этом лучевая терапия – довольно агрессивный вид лечения. Её можно сравнить с артиллерийским обстрелом, при котором осколки попадают в почки, сердце, головной мозг. Уничтожая опухоль, лучи воздействуют на здоровые ткани и органы, нанося им серьёзный вред. Подобные последствия особенно опасны

Лучевая терапия: точно, аккуратно, безопасно

для детей, которым после лечения нужно не просто жить, но ещё и расти, развиваться.

Ликвидацию всего спектра опухолей с точнейшей локализацией лучевого воздействия при условии минимизации вреда здоровым тканям обеспечивает уникальная интегрированная радиотерапевтическая система TomoTherapy компании Accuray. Это радиотерапевтический комплекс «два в одном», в который встроен не только линейный ускоритель, но и компьютерный томограф. Последний позволяет проводить сканирование перед каждым лучевым воздействием, выявлять размер опухоли, её местоположение относительно критически важных

ности отличают систему TomoTherapy от всех существующих в мире линейных ускорителей.

На оборудовании TomoTherapy возможно проведение всего спектра радиотерапевтических процедур, в том числе уникальных:

- лечение пациентов на поздних стадиях болезни (в том числе с поражением крупных участков сложной формы);
- в сложных случаях, при которых использование стандартных линейных ускорителей невозможно. Например, при лечении крупных опухолей головы и шеи, лимфомы Ходжкина, мезотелиомы, крупных сарком, при облучении черепа и спинного мозга, тотальном облучении



органов и структур. Благодаря этому оперативно корректируется программа лечения, при этом терапевтический эффект наступает существенно раньше.

Линейный ускоритель системы TomoTherapy является единственным среди всех подобных аппаратов, так как кроме облучения в линейном режиме (Direct) позволяет проводить облучение в ротационном или вращательном движении (Helical). Это среди прочего позволяет использовать его для терапии не только онкологических больных, но и пациентов с неврологической патологией. Например, лечить заболевания позвоночника протяжённостью до 135 см в длине за одно вращение. Такие эксклюзивные возмож-

костного мозга и при распространённом раке простаты.

На территории Российской Федерации и стран СНГ первая система TomoTherapy HI-ART была установлена в «Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва» (г. Москва). Она была приобретена благодаря поддержке благотворительного фонда Чулпан Хаматовой и Дины Корзун «Подари жизнь».

Система TomoTherapy компании Accuray – уникальное оборудование, позволяющее существенно оптимизировать и усовершенствовать процесс и качество лечения онкологических пациентов в соответствии с международными стандартами. *

Стерилизацию – на новый уровень

Ключевым тезисом современной концепции профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, является повышение эффективности и качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий.

Для обеспечения стерильности медицинских инструментов актуально не только применение современных методов стерилизации, но и использование надёжных упаковочных материалов, которые обеспечат защиту простерилизованных изделий от повторного

Эффективным решением проблемы является внедрение в практику индивидуальной одноразовой упаковки «ТАТПАК», используемой для финишной стерилизации. Она легко и быстро запечатывается, имеет длительный срок сохранения стерильности; легко от-



инфицирования на всех этапах: от транспортировки и хранения до использования.

Широкое распространение в больницах в качестве упаковки ИМН получили биксы Шиммельбуша, которые были внедрены в медицинскую практику несколько десятилетий назад и используются до настоящего времени. Между тем, по данным исследований, до 22 % изделий, простерилизованных в биксах, оказываются нестерильными. Причин этому много: от конструкторских особенностей самих коробок и до условий комплектования упаковок. Кроме того, применение биксов не позволяет качественно и эффективно оказывать медицинскую помощь в учреждениях, оказывающих экстренную медицинскую помощь, ограничен срок сохранения стерильности.

ДЕТАЛИ

Материал, применяемый для упаковки:

- совместим с методами стерилизации и проницаем для стерилизационных средств;
- не проницаем для микроорганизмов;
- не подвергается разрушению после стерилизации;
- изготовлен с использованием бесосколочных материалов;
- влагоустойчив, легко поддаётся утилизации.

крывается без разрывов, осколков и пылевосовыделения. Визуально идентифицировать стерилизуемые инструменты или материал позволяет прозрачная сторона упаковок.

Упаковочные материалы «ТАТПАК» разрабатывает и производит компания «Меридиан», материалы могут использоваться для упаковки изделий, стерилизуемых разными методами: суховоздушным методом, паром или газом (с применением окиси этилена и формальдегида), а также парами перекиси водорода.

Постоянный контроль качества полуфабрикатов и готовой продукции на всех этапах производства, использование только высококачественного сырья позволяют компании изготавливать упаковочные материалы, соответствующие высоким требованиям международных и российских стандартов.

На каждой комбинированной упаковке внутри шва размещён индикатор стерилизации 1 класса (ГОСТ ISO 11140-1-2011), позволяющий отличить медицинские изделия, прошедшие стерилизацию, от необработанных. К сожалению, даже при формальном соблюдении всех параметров стерилизационный цикл не может гарантировать стерильности медицинского изделия (например, в случае нарушения правил укладки в стерилизатор). Для того чтобы исключить вероятность ошибки, в индивидуальных упаковках могут быть размещены внутренние индикаторы 4-6 классов (ГОСТ ISO 11140-1-2011).

Ещё одним важным аспектом является удобство при использовании упаковочной продукции медицинским персоналом.

Ассортимент продукции:

- термозапаиваемые пакеты и рулоны со складкой и без складки;
- самозапечатывающиеся пакеты;
- пакеты и рулоны Тувек;
- упаковочный материал в листах.

Разнообразие размеров и типов продукции компании полностью удовлетворяет потребности лечебных учреждений. Наряду с обычными индивидуальными упаковками производятся усиленные материалы для тяжёлых медицинских изделий, а также мультипакеты и пакеты для дублированных наборов.

Вся продукция «Меридиана» соответствует требованиям, предъявляемым к упаковочным материалам для стерилизации (ГОСТ ISO 11607-2011, ГОСТ ISO 11140-1-2011, ГОСТ Р 50444-92), что подтверждается разрешительными документами – регистрационным удостоверением и сертификатом соответствия. В то же время лучшим показателем признания качества продукции и доверия потребителей служат многочисленные благодарственные письма и положительные отзывы клиентов компании. Партнёром и генеральным дистрибьютором компании является Торговый дом «Дельрус-Дез» – крупный поставщик оборудования, средств дезинфекции и расходных материалов для ЛПУ.*



«Мы пошли по пути построения системы качества в соответствии с международными требованиями»

Интервью с главным врачом Республиканского клинического онкологического диспансера МЗ РТ, к. м. н. Ильдаром Хайруллиным.

- В этом году онкологической службе Татарстана исполнилось 70 лет. С какими результатами подошёл к этому юбилею РКОД МЗ РТ?

- На сегодняшний день система оказания помощи населению с онкологическими заболеваниями в Татарстане признана одной из лучших в Российской Федерации, создан онкологический кластер, позволяющий приблизить специализированную помощь к населению. Я бы отметил три аспекта развития нашей службы.

Первый - организационный. В Татарстане создана одна из самых совершенных региональных онкологических служб в России, которая охватывает все уровни оказания медицинской помощи. Первичное звено - районные и городские больницы, поликлиники; затем специализированные - межрайонные центры;

наконец - мощное головное подразделение в Казани с филиалами в Набережных Челнах и Альметьевске.

Второй - технологический аспект. В клинике представлен весь спектр современных методик, включая хирургические и микрохирургические, пластические методы лечения, химиотерапию, таргетную, лучевую терапию, применение самых современных препаратов, радиологическую помощь, брахитерапию.

Третий аспект - научный. Можно констатировать, что сформировалось такое понятие, как казанская онкологическая научная школа. Сейчас в ней происходит смена поколений, плеяда заслуженных врачей передает свой опыт и эстафету молодым учёным. В медицине как нигде важна преемственность.

- Диспансер многие годы является базой для внедрения инноваций в лечении. Чем объясняется такая стабильность?

- Кроме того, что клиника обладает высоким научным потенциалом, предпринимается немало усилий, чтобы подпитывать его. Так, ежегодно на базе РКОД проводятся до 15 конференций российского и международного уровня, мастер-классы и др., что повышает уровень подготовки наших специалистов. Поэтому закономерный результат, что мы являемся лидерами оперативной маммологии и пластической хирургии молочных желёз, два раза в год по этой теме проходят практические школы. Проводятся мастер-классы по эндоскопической хирургии пищеварительного тракта. На 2017 год запланирован мастер-класс по рентгенохирургии и по эмболизационным методикам в рентгенохирургии.

Из последнего - специалисты клиники освоили операцию по восстановлению нижней челюсти при резекции, когда с помощью 3D-технологий моделируется титановая пластина. Недавно в РКОД МЗ РТ приезжал хирург из Израиля, который выполнил



лапароскопическую резекцию желудка. Проводятся микрохирургические операции при злокачественных образованиях языка, мастер-классы по оперативному лечению рака предстательной железы, её лапароскопическому, эндоскопическому удалению. Врач обязан учиться всю жизнь, мы привержены этому принципу.

- Какие стандарты вы считаете основополагающими в работе клиники?

- Это система пациентоориентированности. Её было решено внедрять во всех учреждениях онкологического профиля, условно разделив на три реперные точки: качество медицинского обслуживания, безопасность и доступность.

По каждому направлению существуют свои стандарты. Так, по качеству - это ИСО или специализированная ОЕСИ (Организация противораковых институтов Европы). Получение соответствующего сертификата - гарантия того, что онкологическая клиника полностью отвечает высоким международным требованиям. Продвижением и улучшением качества обслуживания и безопасности пациентов занимается организация JCI, аккредитация которой является «золотым стандартом» для медицинских учреждений. Необходимо также обеспечить доступность: коммуникационную, транспортную, информационную и технологическую. На мой взгляд, из этих блоков базируется пациентоориентированность.

Мы пошли по пути построения системы оказания качества в соответствии с международными требованиями. Получение этих сертификатов может стать документальным подтверждением того, что клиника является одной из лучших не только в России, но и в Европе.

- 2017 год в Татарстане объявлен Годом борьбы с онкологическими заболеваниями. Какие шаги в рамках этой программы были предприняты РКОД?

- Проблема в том, что страшно раку, люди до последнего оттягивают момент обследования. Человечески понятный парадокс: «Я не иду обследоваться, потому что боюсь, что у меня что-то найдут». А ведь известно, что некоторые формы рака развиваются

3-10 лет, и если выявить патологию на ранней стадии, тогда и проблема будет решаемая.

Для того чтобы люди осознали ценность своего здоровья и понимали, что онкологию необходимо выявлять на ранней стадии, мы запускаем новую просветительскую программу с главным слоганом «Образование против новообразований». Заплани-



рован ряд мероприятий. В начале года мы провели крупную акцию в ТЦ «Мега» - «Казань против рака груди», во время которой было обследовано 1410 женщин. За один день работы было выявлено шесть случаев заболевания, один из которых, к сожалению, был запущенным.

- Каковы результаты ранней диагностики?

- Сегодня можно говорить о первых результатах диспансеризации. Так, по некоторым патологиям, например, по предстательной железе, уже нет роста заболеваемости - соответствующий график показателей выходит на плато. В Татарстане проводится массовый скрининг женщин по выявлению опухолей молочных желёз, шейки матки и других патологий. Вследствие того, что мы стали больше

выявлять ранних форм рака, в республике уже второй год подряд снижается смертность трудоспособного населения от злокачественных новообразований.

Выходит на новый уровень работа смотровых кабинетов в поликлиниках, которые должны осматривать не только женщин, но и мужчин, продолжительность жизни которых ниже на 10-11 лет. Соответственно, тема сохранения мужского здоровья сегодня очень актуальна.

- Какова стратегия развития диспансера РКОД МЗ РТ в перспективе?

- Надеюсь, что развитие онкологической службы будет неуклонно продолжаться, служба получит все необходимые ресурсы, кадры и диагностические возможности. Необходимо развивать онкологическую помощь в районах республики. Поликлиники должны иметь в своём штате онкологов, это позволит 75-80 % диагнозов ставить на ранних стадиях. Необходимо работать и с населением, чтобы у людей не было страха перед обследованием, обеспечив проходимость осмотров каждые 2-3 года.

Со временем на первое место должны выйти генетические профилактические осмотры, когда на основании исследований можно заранее определить, какие образования могут развиваться в течение жизни, и вести работу на опережение.

Говоря о медицинских технологиях, нужно отметить тенденцию к повышению доли малоинвазивных эндоскопических и лапароскопических операций, симультанных вмешательств, когда

операция проводится одновременно на разных органах. Безусловно, будут развиваться таргетная химиотерапия, то есть воздействие только на опухолевые клетки, иммунотерапия, томатерапия.

Мы сделаем всё, чтобы диспансер сохранил лидирующую роль, развивалась научная база. И если так, то вполне можно определить и такую амбициозную цель - как стать научно-исследовательским институтом федерального уровня. Конечно, перед этим необходимо стать авторитетным участником международных онкологических сообществ, полноценным членом онкологических ассоциаций, признанным центром международного медицинского туризма, получить все международные сертификаты качества.

Татьяна САВЕЛЬЕВА,

преподаватель кафедры менеджмента в здравоохранении Казанского государственного медицинского университета, психолог, бизнес-тренер, коуч

Тренинг – это маленькая жизнь



Вот уже более пяти лет в Татарстане проводятся психологические тренинги с персоналом медицинских учреждений республики.

Что же такое тренинг? Во-первых, это командный метод выработки и формирования умения и навыков делового общения (ведения переговоров, презентации, эффективной коммуникации). Кроме того, тренинг можно рассматривать как метод, направленный на повышение адекватной самооценки.

В тренинге сочетаются различные формы обучения: мини-лекции, деловые игры, упражнения на обработку необходимых навыков общения, тестирования, арт-терапия, драматерапия, техники влияния. За эти годы были подготовлены занятия по темам: «Командообразование», «Этика и психология делового общения», «Клиентоориентированность», «Управление эмоциями, стрессом и конфликтом».

На регулярной основе с периодичностью один раз в месяц проводятся психологические занятия в Городской клинической больнице № 7 г. Казани. Сотрудники имеют возможность проконсультироваться по своим вопросам и проблемам. Участники тренинга не просто обучаются чему-либо, они проживают целую микрожизнь, достижения которой они могут использовать за пределами группы.

В современных условиях главным ресурсом эффективного хозяйствования является корпус специалистов, резко возрастает роль личностей, осуществляющих процесс управления. От их квалификации, деловой активности, умения взаимодействовать

между собой и достигать социально значимого результата зависят судьбы людей. Одним из наиболее востребованных личностных качеств, наряду с профессионализмом, является способность специалиста действовать в команде. Ключевым фактором её эффективной работы является способность каждого участника «работать на результат». Поэтому в каждой клинике, ЦРБ первые тренинги всегда организуются для построения эффективной команды главного врача, куда приглашаются начальник, главный экономист и бухгалтер, заместитель главврача по организационно-методической работе, главная медсестра, юрист и другие. Работа в ко-



манде формирует у сотрудников качества, которые способствуют поступательному росту организации (навыки сотрудничества, взаимной поддержки, увеличения потенциала каждого).

На всех тренингах мы обучаемся навыкам эффективной коммуникации: как общаться профессионально с пациентами, родственниками, коллегами, сотрудниками. А также совместно разрабатываем речевые модули и алгоритмы. Обучаемся навыкам активного слушания. На занятиях по управлению эмоциями и стрессом обучаемся контролировать сильные чувства, такие как злость, гнев, ярость; слушатели учатся выражать свои мысли, желания своевременно и в подходящей ситуации. Тренинг конфликтологии помогает познакомиться с пятью стилями поведенческих стратегий в конфликтной ситуации, быстро и справедливо, честно и открыто выяснять противоречивые позиции. А также быть уверенными в себе – обучаем искусству получать желаемое, не вызывая отчуждения других и не проявляя как излишней агрессии, так и пассивности.



ДЕТАЛИ

Психологические тренинги были проведены в Министерстве здравоохранения Республики Татарстан, Управлениях здравоохранения Казани, Нижнекамска, Альметьевска, Республиканской клинической больнице МЗ РТ, Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ, Городской клинической больницы № 7 г. Казани, Больнице скорой медицинской помощи г. Набережные Челны, Городской клинической больницы № 16 г. Казани, Альметьевской детской городской больницы, Чистопольской, Елабужской, Нижнекамской, Рыбно-Слободской, Альметьевской, Менделеевской, Бугульминской, Зайнской, Высокогорской, Мензелинской, Камско-Полянской центральных районных больницах, Детской городской больницы Нижнекамска.



РЕНИР

**КОМПЛЕКСНАЯ ПОСТАВКА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ
ОТЕЧЕСТВЕННЫХ И ЗАРУБЕЖНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ,
ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, РАСХОДНЫХ
МАТЕРИАЛОВ, ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ И РЕМОНТ
МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ ВСЕХ ВИДОВ.**



ПОСТАВКА ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ:

- шовный хирургический материал и сшивающие аппараты;
- сетка для лечения грыж;
- биохирургия;
- медицинские изделия для хирургии и электрохирургии;
- медицинские изделия для аспирации и дренирования;
- медицинские изделия для анестезиологии и реанимации;
- медицинские изделия для регионарной анестезии и инфузионной терапии;
- медицинские изделия для компрессионной терапии;
- медицинские изделия для стерилизации;
- электроды;
- расходные материалы для лаборатории.

ПОСТАВКА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ:

- акушерство и гинекология;
- неонатология;
- хирургия и реанимация;
- рентгенология и томография;
- лабораторная диагностика;
- стерилизационное и дезинфекционное оборудование;
- офтальмология;
- эндоскопия;
- функциональная диагностика;
- физиотерапия;
- оториноларингология.

ПОЛНЫЙ КОМПЛЕКС РАБОТ ПО ОБСЛУЖИВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ:

- пусконаладочные работы;
- техническое обслуживание;
- ремонт медицинского оборудования;
- модернизация оборудования;
- техническая экспертиза;
- обеспечение запасными частями;
- поверка средств измерения.





Индустрия здоровья. Казань

Под этим названием состоялась традиционная 21-я Международная выставка. Она стала местом не только для деловых контактов, но и площадкой для обсуждения актуальных трендов в здравоохранении.

В работе выставки приняли участие 100 компаний из 15 российских регионов и зарубежных стран. Было представлено оборудование, фармацевтические препараты и другая медицинская продукция, разработанная ведущими производителями Германии, Японии и др. Экспозиция включала в себя рентгенологическую, лазерную, реабилитационную, физиотерапевтическую технику, комплексные системы стерилизации и дезинфекции, перевязочный и шовный материалы, медицинскую одежду и многое другое.

Традицией выставки стали профилактические осмотры, диагностика состояния здоровья и консультирование населения, организованные ведущими медицинскими учреждениями Татарстана.

Насыщенная деловая программа включала в себя ряд мероприятий федерального уровня. Так, в частности, здесь прошёл Координационный совет медицинских и медико-фармацевтических образовательных учреждений Приволжского федерального округа по кадровой политике. В совещании приняли участие первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, ректор



Российской медицинской академии последипломного образования Лариса Мошетова, министры здравоохранения, ректоры медицинских вузов ПФО.

В свете регулярно проводящихся в России международных спортивных и культурно-массовых мероприятий особую актуальность имеет готовность системы здравоохранения к оперативному реагированию в случае чрезвычайной ситуации. Эту

тему обсудили ведущие российские специалисты и руководители здравоохранения на научно-практической конференции, приуроченной к 25-летию Республиканского центра медицины катастроф.

«Мы понимаем, что здесь много работы», – отметил директор Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» МЗ РФ Сергей Гончаров. – Количество чрезвычайных ситуаций с годами не уменьшается. Какие штаты, как они укомплектованы – все эти проблемы нас сегодня очень интересуют».

«Сегодня эта служба как боевая единица, там военная дисциплина», – отметил министр здравоохранения РТ Адель Вафин. – Именно готовность к ликвидации чрезвычайных ситуаций позволила нам реализовывать такие прорывные проекты, как создание современных приёмно-диагностических отделений».

Также в рамках научной программы выставки прошли конференции: «Актуальные



вопросы нефрологии», «Ультразвуковая диагностика в современной клинике», «Актуальные вопросы работы клиничко-диагностических лабораторий», Школа педиатров и ряд других мероприятий, на которых специалисты в области здравоохранения смогли поделиться положительным опытом и почерпнуть для себя что-то новое.

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



РОССИЙСКАЯ
НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
RUSSIAN HEALTH CARE WEEK

5–9 декабря 2016



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

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



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

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



 **ЭКСПОЦЕНТР**
МОСКВА



Реклама



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
- ЗАО «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения

12+

БОЛЬНИЦА · ШИФАХАНӘ · ПОЛИКЛИНИКА

Село
приближается
к городу

После капремонта вступила в строй
поликлиника Муслюмовской ЦРБ

«Условия жизни в сельской местности по своему комфорту не должны отличаться от городских», – заявил Президент Татарстана Рустам Минниханов, посетив обновлённое медучреждение.

за этажом. Здание, которое было до этого почти в аварийном состоянии, буквально преобразилось.

Во время открытия поликлиники Президент Татарстана Рустам Минниханов отметил, что с каждым годом Муслюмовский район всё больше преобразуется, здесь открываются парки и скверы, строятся и ремонтируются социальные объекты,

В августе Президент Республики Татарстан Рустам Минниханов принял участие в торжественном мероприятии, посвящённом завершению реконструкции здания Муслюмовской центральной районной больницы. Строительно-ремонтные работы в учреждении производились в два этапа. Первый включал в себя ремонт здания стационара на 118 коек, построенного ещё в 1986 году. В рамках второго обновили поликлинику. За два года работы строители поменяли все полы и плиты перекрытия, двери и окна, инженерные сети (электропроводку, водопровод, отопление и канализацию), обновили пожарную сигнализацию и т.д. Также были снесены некоторые перегородки, чтобы сделать перепланировку. Если раньше посетители поликлиники вынуждены были проходить через стационар, то создание входной группы разделило потоки пациентов, позволило улучшить логистику, уменьшить риск распространения внутрибольничной инфекции. Кроме этого построены две парковки – для посетителей и для сотрудников, завершено благоустройство территории больницы



с установкой современного освещения, заменены наружные коммуникации.

При этом во время проведения всех работ больница продолжала функционировать! Ремонт делали поэтапно, освобождая для строителей этаж

школы и детские сады. Глава республики подчеркнул, что условия жизни в сельской местности по своему комфорту не должны уступать городским. Для решения этой задачи в Татарстане реализуются более 30 целевых программ.

ПРИНЦИП МОДЕРНИЗАЦИИ ЦРБ В МУСЛЮМОВО

Распределения ресурсов сейчас

Стационар

Амбулатория

**Развитие внебольничного сектора.
Планируемое распределение ресурсов – увеличение объёмов
внебольничной помощи.**

Стационар

Амбулатория

- › Диагностический центр.
- › Реабилитационные технологии.
- › Технологии ЗОЖ (школы).
- › Привлечение пациентов из близлежащих регионов, в т.ч. из Башкортостана, Удмуртии.

В своей приветственной речи Президент отметил эффективность использования бюджетных средств. Общая сумма бюджетных средств, выделенных только на ремонт зданий, составила 137 миллионов рублей. За счёт этих вложений удалось обновить помещения общей площадью около шести тысяч квадратных метров. А с учётом средств спонсоров, использованных для приобретения оборудования, общая сумма инвестиций за 2,5 года составила около 250 миллионов рублей. В заключение Рустам Минниханов вручил главному врачу больницы ключи от новой кареты «скорой помощи».

Реконструкция ЦРБ назрела и включала в себя не только материально-техническую модернизацию, но и изменение самой концепции оказания меди-

БСМП г. Набережные Челны. Соответственно, в больнице необходимо было провести преобразования с упором на развитие амбулаторного лечения, оказание своевременной помощи первого уровня, реабилитацию, раннюю диагностику, диспансеризацию, профилактику заболеваний и паллиативную помощь.

Акцент на раннюю диагностику потребовал более мощного оборудования. Как сообщил министр здравоохранения РТ Аделъ Вафин, помимо государственного финансирования, значительные средства на переоснащение больницы выделили и предприниматели, к которым обратилась администрация района. С привлечением спонсорской помощи, которая уже стала доброй традицией, для ЦРБ были закуплены

ное обучение, – пояснил главврач больницы Рамиль Мурзаханов. – Уже в день открытия было проведено кузовое совещание с привлечением коллег из всех высокотехнологичных центров, к которым мы относимся, и перед ними поставлена задача способствовать этому процессу. Когда к нам на выездной операционный день приезжают хирурги БСМП Набережных Челнов, они проводят мастер-классы по работе на новом оборудовании. Есть договорённость о стажировках наших врачей в Набережных Челнах, что позволит повысить их профессиональные навыки».

Численность населения Муслюмовского района – 20 тысяч человек, поликлиника ЦРБ рассчитана на 250 посещений в смену. Здесь девять врачебных взрослых и пять детских участков. Приём ведут хирург, травматолог, ЛОР-врач, невролог, офтальмолог и другие специалисты, работает женская консультация. Круглосуточная станция скорой помощи, где трудятся 15 фельдшеров, обслуживает 20-25 вызовов в сутки. В состав ЦРБ входит Старо-Карамалинская врачебная амбулатория и 53 фельдшерско-акушерских пункта. Всего в коллективе ЦРБ работают 41 врач и 185 средних медицинских работников. Это преданные медицине и своим пациентам люди, пользующиеся большим уважением населения.

И всё же сплочённому коллективу больницы, где много опытных врачей и медсестёр, требуется обновление. Работников, собирающихся на пенсию, надо кем-то заменить.

«После того, как заработала программа по привлечению молодых специалистов на работу в сельской местности, в больницу приехали работать 25 молодых специалистов, – говорит Рамиль Мурзаханов. – Почти половина из них – местные, которые уезжали учиться. Новички уже обосновались, кто-то уже построил жильё, кто-то ещё строится. В обновлённой больнице они видят для себя перспективу».



цинской помощи. Основная тенденция развития муниципального здравоохранения в республике – передача высоких медицинских технологий на вышестоящие межмуниципальный и региональный уровни. Для Муслюмовской ЦРБ – это, прежде всего,

современный аппарат УЗИ, цифровой рентгенографический комплекс, ФГДС, физиотерапевтическое, диагностическое и урологическое оборудование.

«Конечно, для работы на таком оборудовании нашим специалистам необходимо пройти специаль-



В рамках профессионального союза

Как система здравоохранения должна отвечать на современные вызовы? Как, с одной стороны, повысить качество медицинской помощи, а с другой, – защитить законные права врача? Эти вопросы обсуждались на отчётно-выборной конференции Ассоциации медицинских работников Татарстана.

Собравшихся в режиме видеосвязи поприветствовал президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль. Он отметил, что к профессиональным организациям переходит всё больше важных функций. Это работа, связанная с аттестациями, разработкой стандартов и многое другое. «Фактически мы должны в координации с органами исполнительной власти взять на себя ответственность за определённые стороны нашей деятельности», – сказал Леонид Рошаль, – в том числе по непрерывной профессиональной подготовке». С ним согласна и президент Ассоциации медицинских работников (АМР) РТ Ирина Питулова. «Наша главная цель – повысить качество медицинской помощи, – заявила она. – А во-вторых, необходимо поднять профессиональный уровень врачей. Организация должна взять на себя вопросы последиплом-



ного образования, а также защиты медицинских работников, страхования профессиональной ответственности».

Не секрет, что с каждым годом в России растёт количество дел, возбуждаемых против медицинских работников. «Мы должны думать о защите прав врачей, – сказал министр здравоохранения РТ Адель Вафин, – и этим занимается Ассоциация. За каждым таким делом стоят честь и репутация медицинской организации, судьбы наших коллег, благополучие их семей. У нас есть инструменты досудебного урегулирования. Вместе с тем надо признать, что проблемы существуют. Иски зачастую инициируются на ровном месте из-за некорректных высказываний медиков, отсутствия элементарной поддержки родных и близких. Есть проблемы коммуникаций и внутри коллективов. Мы уже два года проводим конференцию по менеджменту качества, к нам приезжают эксперты Клиники Мэйо, они делятся опытом, как правильно общаться с больными! Это технологии, которым надо учиться. Мы больше не можем ссылаться на обстоятельства. Необходимо меняться. Есть планы по созданию корпоративного университета, который обучал бы медицинский персонал умению общаться с больными, их родственниками, коллегами в интересах больных. Также мы реализуем проект «Дружелюбная поликлиника. Татарстанский стандарт», привлекая ведущих экспертов по консалтингу. Здесь также задействована Ассоциация. За профессиональными организациями – будущее. Это сила, которая объединяет всё медицинское сообщество».

Об итогах работы Ассоциации за последних два года рассказал председатель правления Ростислав Туишев. Он отметил, что в жизнь медицинских работников вошли новые вызовы: приоритет пациента, высокие потребительские свойства и качество медицинских услуг,

пристальное внимание к здравоохранению общества и СМИ. На данном этапе первостепенное значение играет членство в территориальных профессиональных организациях. Если в конце 2013 года в составе АМР РТ числились лишь 256 врачей, то в августе 2016-го - уже 4600. Это 28 % от общего числа врачей и 42 % работающих в государственной системе здравоохранения. Тем не менее по вовлечённости медиков в профессиональный союз Татарстан отстает от многих российских регионов. Основной резерв по привлечению новых участников союза находится в сфере частных практик, других ведомств и медицинских вузов. Вне системы Минздрава РТ работают свыше четырёх тысяч врачей. У них свои подходы, стандарты, что усложняет понимание пациентами того, как обеспечивается преемственность.

Дружелюбная медицина - это система единых стандартов и этических норм на территории республики, позволяющих минимизировать ошибки и обеспечить правильную информированность пациентов. По мнению председателя правления АМР РТ, именно их и должен определять профессиональный союз. Одним из важных достижений Ассоциации стало принятие Этического кодекса врача Республики Татарстан. Ряд коллективов включили пункты о соблюдении кодекса в коллективный договор, что позволило его из рекомендательного до-



взаимоотношениям. В рамках АМР РТ было предложено создать Совет руководителей медицинских организаций, который будет коллегиально обсуждать подобные вопросы и предлагать проекты, которые станут авторитетным мнением для Минздрава РТ при принятии управленческих решений.

щей тенденцией роста врачебных дел в гражданских и уголовных судах, - заметил Ростислав Туишев. - Более того, решение в пользу медиков не всегда говорит о том, что дефекты в лечении пациента не были допущены. Считаю, что все такие дела необходимо разбирать в профессиональной среде».

На сегодня Ассоциация медицинских работников Республики Татарстан стала союзом, который реально влияет на развитие системы здравоохранения. Между АМР РТ и Минздравом РТ был заключён договор о сотрудничестве, и сегодня Ассоциация имеет представительство в коллегии министерства, основных комиссиях и общественных организациях. Между ведомством и профессиональным союзом сложились конструктивные и уважительные отношения. Следующими шагами должны стать соглашения с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования РТ, Росздравнадзором, Роспотребнадзором, комитетом по внебюджетной медицине и общественному здоровью Торгово-промышленной палаты РТ и другими организациями.

«Конечно, не всё нам удалось реализовать из задуманного в силу разных причин, - подытожил Ростислав Туишев. - Долгое время АМР РТ воспринимали как очередной бюрократический компонент, отвлекающий от работы и не приносящий ощутимой пользы. Однако проведение крупных акций и мероприятий с участием Ассоциации доказало её необходимость. Высокая потребность в корпоративной солидарности вызвана быстрыми изменениями в отрасли, возросшими требованиями к работе медиков. Активизация работы АМР РТ - это не защита от общества, а консолидация усилий и расширение межведомственных контактов, направленных на улучшение качества оказания медицинской помощи и большей открытости системы здравоохранения в интересах пациента».



кумента превратить в юридически значимый. Однако пока нельзя сказать, что он существенно изменил медучреждения. «В течение года население обращается к врачам более 40 млн раз, - сказал Ростислав Туишев. - Единственный способ достичь глобального успеха в отрасли - это соблюдение технологий и дисциплины всем врачебным сообществом, независимо от места работы медиков и формы собственности учреждения». По словам председателя правления АМР РТ, подавляющее число жалоб пациентов вызвано этическим просчётами и несогласованностью действий медиков. Сегодня необходимо внедрять единые стандарты общения, поведения персонала и организации работы медучреждений. Тот, кто придаёт большое значение корпоративному стилю, добивается успеха. Эти же принципы относятся и к управленческим

Важный аспект работы Ассоциации - защита прав медицинских работников. В 2015 году АМР РТ заключила договор с одной из ведущих российских страховых компаний на страхование профессиональной ответственности врачей на общую сумму 2 млн рублей. Организация выступила в качестве коллективного страхователя с возможностью компенсации от 50 до 200 тысяч рублей. С января 2015 года сотрудники правового отдела Ассоциации участвовали в 137 делах по защите прав медицинских работников Республики Татарстан. В большинстве гражданских дел суд встал на сторону медиков. Ни одно уголовное дело в отношении медицинских работников, в котором участвовала Ассоциация, не дошло до рассмотрения судом. «Несмотря на успешную деятельность юридической службы, мы не можем быть удовлетворены возрастаю-



«Почтовое зеркало времени» – так можно назвать филателию, не оставляющую без внимания ни одно значимое историческое событие, ни одну историческую личность.

Держать марку

История о том, как юношеское увлечение филателией вылилось в серьёзное исследование о марках

Коллекционирование почтовых марок – одно из самых массовых и доступных увлечений последних веков. У кого-то оно не вышло за рамки 2-3 юношеских альбомов, а кого-то сопровождает всю жизнь, украшая обыденность дней прикосновением к истории, поиском нового, страстью к прекрасному, а порой выливаясь в глубокие изыскания, интересные не только филателистам.

Сегодня в нашей стране книг по филателии издаётся очень мало, да и то это, в основном, каталоги советских и российских марок. Аналитические и обзорные работы практически не появляются. На этом фоне большой интерес у отечественных филателистов вызвала вышедшая в 2013 году книга главного врача Городской клинической больницы № 5 г. Казани, заслуженного врача РТ, к. м. н. Юрия Коршуна «Филателия Германии. 1933-1945», посвящённая теме необычной и во многом интригующей. Марки этого периода пользуются высоким спросом у коллекционеров: выполненные на высочайшем полиграфическом и художественном уровне, они подробно освещают историю целой эпохи – рождение нацизма, его рассвет и закономерный крах. Автор кропотливо исследует роль массовой пропаганды, во многом обеспечившей торжество на-

ционал-социалистических идей в народе, подарившем миру Баха и Бетховена, Шиллера и Гёте, Цепелина и Даймлера. Одним из инструментов гитлеровских идеологов были и почтовые марки, ставшие действенным механизмом в общей работе машины формирования общественного мнения в нужном для Третьего рейха направлении – насаждении чувства национального превосходства, требовании ответного письма, поднимали ранее территории, тотальном перевооружении и государственном укреплении Германии.

«Каждая марка имеет свою историю, становится её частью», – рассказывает Юрий Коршун. – Использование марок в пропаганде началось не в 1933 году, а гораздо раньше. Ещё в Первую мировую войну открытки и марки с изображением солдат, читавших письмо своей невесты или пишущих ответное письмо, поднимали воинский дух фронтовых частей рейхсвера. Тоталитарное государство вывело все составляющие этого процесса на новый уровень: к работе привлекались именитые художники, использовались самые передовые для того времени технологии печати. Выпуски посвящались немецкой архитектуре, техническим достижениям, прославлению деятелей науки и культуры».



Размах филателии в Третьем рейхе объяснялся и экономическими соображениями. Выручка от реализации марок пополняла бюджет не только почтового ведомства, но и различных фондов (культуры, неотложной помощи, зимней помощи и др.), в том числе обеспечивала финанси-

спутники быта простых людей, – продолжает Юрий Вадимович. – В январе 1943-го коченеющие от холода и голода в окопах под Сталинградом немецкие солдаты получали с авиапочтой из далёкого Фатерланда письма с изображением ангела-хранителя, примостившегося



рование огромных военных расходов. При этом качество марок наглядно отражало ситуацию в экономике страны – благоприятную до 1942 года и катастрофическую позднее.

«Марки, конверты, открытки – это нечто большее, чем почтовые атрибуты государств, это крохотные

на шпиге Дрезденской ратуши. А войскам на Крите, подвергавшимся воздушной и морской блокаде, почту доставляли на подводных лодках. И эти марки с особыми штемпелями являются особенно редкими и ценными. В связи с этим появилось много подделок,

и очень сложно провести экспертизу – та ли это самая марка. А вот на марке 1942 года Гитлер изображён в необычной формы фуражке. По некоторым источникам, она была очень тяжёлой, поскольку изготовлена с использованием стальных пластин для защиты фюрера от покушений. Это, конечно, предположение смелое, но таково моё мнение».

Увлечение марками к будущему главврачу пришло ещё в 1965 году. Постепенно из хаотичного собирательства оно стало тематическим коллекционированием, а систематичный подход к делу и настойчивость привели к нескольким наградам на филателистических выставках.

Юрий Коршун: «Из моих ранних коллекций мне особенно дороги колониальные марки. Мы тогда были школьниками и не знали, что такое колонии, а в Троицке, на Урале, где я родился и вырос, приток марок был очень маленький. Они приходили к нам окольными путями через несколько обменов. Но постепенно в моём альбоме появились и королева Виктория, и марки Фолклендов, Гибралтара, Виргинских островов и другие. Потом я увлёкся покорением Севера, подвигом челюскинцев, рейдами ледоколов. Мне дорога коллекция, посвящённая Великой Отечественной войне, – о защитниках Сталинграда, Москвы, орденовая серия. Последнее время я уделяю внимание Испании эпохи гражданской войны 1936–1939 годов и даже задумал новую книгу. Там тоже имеются шикарные марки, а для меня эта тема интересна ещё и тем, что в Испании воёвал мой дядя – лётчик-истребитель Николай Семёнович Герасимов. Звезду Героя Советского Союза под № 114 ему вручал лично И.В. Сталин».

Сегодня в эпоху электронной почты почтовые службы уже не играют прежней роли. Однако филателия продолжает существовать и развиваться, выпускаются прекрасные марки, альбомы, каталоги. К сожалению, как считает Юрий Коршун, она всё больше превращается из увлечения в бизнес.

«Появляются фирмы, готовые отпечатать любую марку и даже искусственно её состарить, – сетует он. – За сумасшедшие деньги продаются различные принадлежности от известных брендов: допустим, тематические альбомные листы могут стоить до 40 тысяч рублей. Недавно один старый филателист подарил мне хороший альбом советских марок 1921–1941 годов. Я поглядел в интернет – такой альбом предлагают на аукционе за 250 тысяч рублей. Это уже не хобби, а бизнес и нажива, что, конечно, сбивает с пути молодёжь. Сейчас на форумах филателистов говорят уже не об особенностях той или иной марки или серии, о её истории, а о ценах, сделках, конъюнктуре. Я опасаясь, что наше поколение может быть последним, которое интересовалось собственными марками. И во многом для того, чтобы исправить это положение, я и написал свою книгу. Чтобы увлечь молодёжь тем, что в любом коллекционировании наиболее ценно, – интересом к культуре какой-либо страны, её истории, искусству, науке. Моя книга в этом смысле тоже пропаганда – пропаганда культуры. Я хочу, чтобы молодые люди почувствовали, насколько это удивительное ощущение, когда после трудового дня – пусть даже 10-часового – ты открываешь любимый альбом и с лупой в руках погружаешься в удивительный мир почтовой марки, в котором отражена вся история исканий и заблуждений, открытий и триумфов человечества».



Плакатный санпросвет



Healthy Nation продолжает знакомить вас с шедеврами советского агитпропа, посвящённого профилактике заболеваний. Яркие образы и неожиданные слоганы уже тогда характеризовали плакаты, которые по праву могут считаться прообразом современной социальной рекламы. Санитарно-просветительская работа не потеряла актуальности и сегодня – как и эти, безусловно, достойные творческие работы.





Народный врач СССР

Всего двум специалистам за всю историю здравоохранения Татарстана было присвоено это звание – Галине Ибрагимовой и Владимиру Крупину, Альметьевская ЦРБ и Казанская городская клиническая больница № 5. Две судьбы, схожие в одном – высочайшем профессиональном мастерстве, которое самоотверженно было поставлено на службу людям.

ЗВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ СЛАВЫ

Звание «Народный врач СССР» можно было бы сравнить с солдатским орденом Славы. Оно давалось не чиновникам от здравоохранения, а тем, кто всегда был на передовой – в больницах, поликлиниках, амбулаториях, родильных домах, спасая жизнь и здоровье больных, проявляя при этом мастерство и самоотверженность.

Парадоксальность человеческой природы такова, что народных артистов (ранее СССР, а теперь России) знают все. Ими восторгаются миллионы, к их мнению прислушиваются, их именами называют улицы. А вот народных врачей СССР никто не знает, хотя это звание

куда более редкое и присваивалось за исключительные заслуги. При этом его обладатели отличались, как правило, необычайной скромностью и вовсе не стремились к славе. Они и при советской власти особо не стремились участвовать в публичных мероприятиях, а в новой России подобное звание и вовсе не стали учреждать. Даже список врачей, удостоенных этого почётного звания с 1978 по 1991 год – а их было всего несколько десятков человек в 270-миллионном Советском Союзе – невозможно найти в открытом доступе. Точное число народных врачей без обращения в специальные архивы установить просто невозможно. Помнят и любят

народных врачей их пациенты и ученики. Но эта память и любовь стоят всего остального.

«ЗА БОЛЬНОГО НУЖНО БОРЬТЬСЯ ДО КОНЦА!»

Галина Ибрагимова родилась в 1928 году в Мамадыше в интеллигентной семье. Её отец Камил Ягфаров был специалистом лесного хозяйства и творил чудеса, играя на скрипке. Мать, Зайнап Бургановна, – учитель математики, прекрасно пела и играла на мандолине. Отец с большим уважением относился к врачам и мечтал, чтобы дочь, старшая из четырёх детей, связала свою жизнь с медициной. Однако ему не суждено было увидеть, как осуществился его мечта – он погиб в самом начале Великой Отечественной войны. Несмотря на тяжёлое военное время (было одно пальто на двоих с тётёй, которая заменила рано умершую маму), девушка не отказалась от поставленных целей, в 1944 году поступила в Казанский медицинский институт и в 1949 году успешно закончила учёбу. Молодого врача направили на работу в самую глубинку, в Черемшанскую районную больницу, где она за пять лет работы в сложных условиях получила трудовую закалку и профессиональный опыт благодаря наставникам – заведующему райздравотделом Ивану Силантьеву и доктору Амине Кулахметовой. Приходилось заниматься всем – от приёма родов до лечения туберкулёзного менингита. В Черемшане судьба свела её с будущим мужем – молодым фронтовиком, геологоразведчиком Габдулбари Ибрагимовым.

С 1954 года биография Галины Камилевны неразрывно связана с бурно развивающейся нефтяной столицей республики – молодым тогда Альметьевском, где трудовую деятельность она начала врачом-кожвенерологом. Будучи востребованным грамотным специалистом, она всё время проводила в больнице, приходя домой практически лишь поспать. Её принципом было: «За больного нужно бороться до конца!» Даже в самых сложных ситуациях она не опускала рук, не теряла надежды и старалась сохранить веру в исцеление у своих пациентов. Благодаря этому ей не раз удавалось вытаскивать больных буквально с того света.

За её интеллигентной внешностью и высокой культурой коллеги и пациенты быстро разглядели и профессиональную дотошность, и самоотверженность, и силу духа. В 1957 году Галина Камилевна возглавила терапевтическое отделение Альметьевской центральной больницы, которым заведовала без малого 30 лет. Главный терапевт района, она в течение долгих лет руководила интернатурой на базе ЦРБ, передавала свой опыт, знания,



бесценные наблюдения и этику врачам из всех уголков республики. Уже в пенсионном возрасте продолжала работать врачом-терапевтом, уйдя на заслуженный отдых только в 70 лет.

Елена Дьякова, заместитель главного врача по лечебной части ЦРБ в 1969-1995 гг.: «Она была очень опытным врачом и при этом очень скромным человеком, терпимым ко всем пациентам. Никогда не обращала внимания на регалии, а видела в человеке прежде всего больного, нуждающегося в квалифицированной помощи. Галина Камилевна ставила правильные и точные диагнозы, для этого очень скрупулёзно изучала историю больного, не считаясь со своим личным временем. У неё были прекрасные результаты, несмотря на то, что раньше не было таких лекарств и мощной аппаратуры».

Мусавир Талипов, заведующий терапевтическим отделением ЦРБ с 2000 года: «Галина Камилевна была моим наставником. Именно она ввела меня в профессию, научила её тонкостям и самому главному – слушать и слышать пациента. Она была врачом от Бога: больной только заходил в кабинет, а Галина Камилевна по его внешности, цвету глаз и кожи уже могла поставить предварительный диагноз. Она была очень тактична, никогда не ругала нас, интернов, за неточности, мудро подводила к верному решению и диагнозу. Умела вовремя

направить в нужное русло, подсказать, как действовать дальше. Мы не боялись при ней высказывать свои мысли, доводы, предположения. Я и сегодня, несмотря на появившееся современное оборудование, зачастую пользуюсь её методами и советами».

Рашида Шарифуллина, цеховой врач-терапевт МСЧ ПАО «Татнефть» и г. Альметьевска: «Она была специалистом высочайшего класса. Мы называли её нашей мамой – её большого сердца хватало на всех. Никогда не слышали от неё ответа «нет». Она – прототип врача из известного романа «Белые цветы». Многие больные до сих пор с теплом вспоминают Галину Камилевну как своего лечащего врача – это говорит о том, что человек был на своём месте, работал по призванию».

Галина Камилевна Ибрагимова была награждена орденами «Знак Почёта» (1961), Трудового Красного Знамени (1976), значком «Отличник здравоохранения» (1966), удостоена звания «Заслуженный врач ТАССР» (1967). В 1980 году была удостоена звания «Народный врач СССР». А лучшей наградой для себя она считала благодарность и уважение земляков, здоровье которых было делом всей её жизни.

«ОБЯЗАНЫ ЖИЗНЬЮ»

Старая поздравительная открытка – одна из многих:

«Только Вам, Владимир Павлович, обязана своей дальнейшей жизнью, что живу и радуюсь вместе с мужем, сыном, внуком. Это всё благодаря вашим золотым рукам и доброму сердцу».

Владимир Крупин родился в 1925 году в г. Тетюши. Его родители – Павел Евграфович и Агриппина Яковлевна – были простыми крестьянами, но мальчик рос в окружении врачей. Известным медиком был дальний родственник, гордость семьи профессор И.В. Домрачев. Обе старшие сестры пошли по его стопам. И Володя мечтал с детства о белом халате и обязательной, как ему тогда казалось, принадлежности доктора – стетоскопе. Война рассудила по-своему. Он вынужден был встать за станок на Казанском авиазаводе. Заочно окончил школу и авиационный техникум. К сорок пятому году был уже мастером участка, технологом. Но как только представилась возможность, не задумываясь, без сожаления променял зарплату инженера на стипендию студента.

Семейная легенда гласит, что с авиазавода (а шёл 1946 год) не отпускали поступать в медицинский институт, но отпускали в авиационный. Поэтому юноша поступил сразу в два института. На его счастье лечебный факультет учился в первую смену, а КАИ (через улицу) – во вторую. Технические навыки очень



пригодились ему впоследствии – Владимир Крупин всегда мог починить в отделении любой прибор, изобрёл множество хирургических приспособлений. Но на тот момент нужно было выбирать, что важнее, и помог это сделать профессор Домрачев, который на семейном чаепитии заявил отцу юноши: «Ты на руки-то его взгляни! Это же руки хирурга, хирургическая!» Вопрос был решён, а слова оказались пророческими.

После окончания института в 1952 году Владимир Крупин работал в должности главного врача и хирурга Беловолжской, а затем Корноуховской больницы, хирурга поликлиники узловой больницы ст. Юдино Казанской железной дороги. С 1958 года трудился в 5-й Городской клинической больнице г. Казани, где базировалась кафедра неотложной хирургии ГИДУВа. Здесь работали такие легендарные врачи своего времени, как Ю.А. Ратнер, В.М. Осиповский, П.Г. Юрко, П.В. Кравченко, Р.К. Харитонов и другие, от кого молодой хирург мог перенимать мастерство. Делал он это настолько успешно, что в 1966 году ему предложили возглавить хирургическое отделение больницы, которым он руководил 30 лет.

Владимира Павловича очень редко можно было застать в ординаторской. Он всё время был в палатах, около пациентов, к тяжёлым больным заходил по нескольку раз вне зависимости от интенсивности рабочего дня. Высокий, слегка сутулый, как многие хирурги, он очень хорошо смотрелся в халате и медицинской шапочке. Отделение – это была его среда обитания. Густой, мягкий голос, очень спокойная, щадящая манера общения сами по себе обладали лечебным эффектом. Само его присутствие внушало больным уверенность и надежду.

Фархат Давлеткильдеев, хирург ГКБ № 6 г. Казани: «Он знал про своих больных всё – где живут, кем работают, каковы их семейные обстоятельства и проблемы. Люди открывались ему, а ведь психологический фактор для лечения порой оказывается сильнее, чем самые современные медикаменты. К нему шли не просто как к врачу, выдающемуся хирургу, но и как к близкому человеку. В

него верили, его любили и уважали. Всё это и делало его таким незаурядным, выдающимся человеком, причём на фоне чрезвычайной его скромности. У него никогда не было нездоровых амбиций».

Владимир Барышкин, хирург ГКБ № 7 г. Казани: «У Владимира Павловича я очень многому научился. Хотя он не был официально преподавателем института, но отделение было базой ГИДУВа, и он охотно передавал нам свои знания и опыт. Он был очень грамотным и мудрым хирургом, специалистом широкого диапазона и больших возможностей. Фактически он делал всё, что делалось на кафедре. Как бы далеко не продвинулись его ученики, он за это время успевал пройти ещё дальше. У него всегда было, чем поделиться с молодыми коллегами».

Нина Крупина, супруга, гинеколог: «Он работал день и ночь, дома мы его совсем мало видели. А жили в квартире без удобств – после такой тяжёлой работы надо было идти за водой с ведрами целый квартал. Ему все говорили, особенно прикомандированные врачи из южных республик: «С такими руками и умом тебе надо в Москву, у тебя давно были бы и квартира, и машина. Почему ты не добьёшься квартиры?» А он отвечал: «Для меня главное – работа. А с протянутой рукой я ни к кому не пойду». И только когда он получил за свою работу орден Трудового Красного Знамени, а потом и звание Народного врача СССР, у нас в доме наконец сделали капитальный ремонт, и появились все удобства».

Ирина Крупина, дочь, заведующая отделением неврологии грудного и раннего возраста Детской городской больницы № 8: «Он для меня был образцом врача, именно народного доктора, который заходит и уже своим внешним видом внушает уважение и доверие. Конечно, домой и он, и мама, которая была главным врачом пятого роддома, приходили усталые. Брат или я – кто раньше придёт – бежали на кухню, чтобы что-нибудь приготовить к их приходу. Так было заведено. В редкие выходные ездили вместе на дачу, родители построили на Волге небольшой домик, там они с

братом обязательно садились в лодку и отправлялись рыбачить, что папа очень любил».

Журнал «Здоровье» в № 6 за 1981 год писал: «Сочетание богатого практического опыта с большой эрудицией, умение сплотить коллектив позволяют В.П. Крупину постоянно совершенствовать лечебно-диагностическую работу в отделении. Врачи осваивают и применяют на практике всё новое, чем обогащает хирургию медицинская наука. Сам Владимир Павлович – отличный диагност, прекрасно владеет техникой сложных операций с применением новых инструментов и аппаратуры. Руководство больницы как-то под считало: Крупин ежегодно делает до трёхсот операций. Секретами своего мастерства Владимир Павлович щедро делится с коллегами городских и районных больниц Татарии. Душевность, готовность в любую минуту помочь человеку отличают Крупина, и этим он заслужил большой авторитет у пациентов. Скромно, без суеты и шума, на самом высоком профессиональном уровне трудится Владимир Павлович. Только однажды в отделении была нарушена атмосфера спокойной деловитости, строгого порядка. В день, когда ударнику коммунистического труда, награждённому значком «Отличнику здравоохранения», кавалеру ордена Трудового Красного Знамени Владимиру Павловичу Крупину было присвоено почётное звание Народного врача СССР. Врачи, медицинские сёстры, санитарки, больные – радостные, возбуждённые – обнимали его, преподносили букеты ярких цветов. Народный врач – высокий титул, признание верности своему долгу, воплощённому в каждодневном беззаветном труде».

Номер нагрудного знака, который вручили Владимиру Крупину, был 23. Настолько редким и значимым было это звание в Советском Союзе, что получали его единицы. Но превыше всего были любовь и благодарность пациентов, которые хранят память о своём спасителе всю жизнь, до сих пор поздравляют его семью с праздниками, пишут о своих достижениях и семейных радостях, которых бы не было без доктора Крупина.

При подготовке материала использованы публикации периодической печати и интернета



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

Главный редактор
Е.Н. СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

PR-менеджер
Александр ДАНИЛОВ
danilov@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, Альфии
Хасановой.

Учредитель - рекламное агентство
«Красная строка».



Свидетельство о регистрации -
П/И № ТУ 16-00375 от 28.05.2010,
выдано Управлением Федеральной
службы по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций по РТ.

АДРЕС РЕДАКЦИИ И ИЗДАТЕЛЯ:
420021, РТ, г. Казань,
ул. Г. Камала, 41, оф. 612.
Тел. редакции:
+7 (843) 204-29-50, +7 (843) 204-29-60.
www.healthynation.ru



Журнал для специалистов в
области медицины.
За содержание рекламных
материалов и объявлений редакция
ответственности 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.

Номер заказа: Н-1801.
Тираж - 3000 экз.
Подписано в печать: 28.10.2016.
Отпечатано в типографии
ООО «КПС»: 420044, РТ, г. Казань,
проспект Ямашева, д. 366, помещение 41.
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

«Концепт Фармасы Поволожье»
г. Казань, ул. К. Маркса, д. 3, оф. 17.
Тел./факс: 8 (843) 211-00-77.

ООО «Торговый дом «Дельрус-дез»
420061, г. Казань, ул. Сеченова, д. 17.
Тел./факс: 8 (843) 272-07-68.
E-mail: cdd_delrus@mail.ru

ООО ПО «Дельрус»
121108, г. Москва,
ул. Ивана Франко, д. 4, к. 1.
Тел.: 8 (495) 380-00-80, 8 (499) 707-00-07.
E-mail: moscow@delrus.ru

МУП «Департамент продовольствия и
социального питания г. Казани»
420054, г. Казань, ул. Тульская, д. 56.
Тел.: 8 (843) 533-36-00, 8 (987) 226-65-65.
Факс: 8 (843) 533-36-00.
E-mail: info@poelidovolen.ru
www.poelidovolen.ru

ЗАО «Компания Киль-Казань»
420138, г. Казань, пр. Победы, д. 18.
Тел.: (843) 261-93-92, 268-68-86, 268-66-55.
E-mail: kiel-kazan@yandex.ru
<http://kiel-kazan.ru>

ООО «ЛГ Хаусис РУС»
125047, г. Москва, Лесной 4-й пер., д. 4.
Тел.: 8 (495) 663-39-58.
Факс: 8 (495) 663-39-59.
www.lghausys.ru
www.lghimacs.ru
Официальный дистрибьютор –
«Акцент-Сервис»
г. Казань, ул. Петербургская, д. 42.
Тел./факс: 8 (843) 264-37-21 (31).

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

ГУП «Таттехмедфарм»
420054, г. Казань, ул. Тихорецкая, д. 11,
а/я 116.
Тел.: (843) 294-97-01.
Факс: 294-97-48.
E-mail: ttmf@tatar.ru
www.farm.tatarstan.ru
Республиканский центр
фармацевтической информации
Тел.: (843) 294-97-10.
Факс: 294-97-40.
E-mail: rcfi@mail.ru
www.003rt.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 верстке печатной продукции, макетов любой сложности, в создании фирменного стиля, презентации.



www.redstring.ru

+7 843 290 50 38,
+7 843 204 29 50,
+7 843 204 29 60,
+7 843 204 29 70.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ В СФЕРЕ БОЛЬНИЧНОГО ПИТАНИЯ

МУП «Департамент продовольствия и социального питания г. Казани» было создано в 2006 году, специализация компании — организация питания в бюджетных учреждениях.



ПРЕИМУЩЕСТВА АУТСОРСИНГА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

- **Экономическая целесообразность** — отсутствие непрофильных расходов для ЛПУ, за счёт собственных мощностей предприятия, больших объёмов производства департамент предлагает наиболее выгодные условия сотрудничества.
- **Гарантированное качество** — собственная лаборатория осуществляет физико-химические и микробиологические исследования как поступающих продуктов, так и готовых блюд. Специалисты предприятия чётко соблюдают рецептуру в соответствии с требованиями ЛПУ.
- **Положительный имидж** — внедрение новых технологий, оптимизация процессов в сфере больничного питания в конечном счёте позволяют повысить качество медицинских услуг.

РЕАЛИЗОВАННЫЕ ПРОЕКТЫ:

1. Республиканская клиническая больница МЗ РТ.
2. Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ.
3. Городская клиническая больница № 7 (г. Казань).
4. Клиника медицинского университета.
5. Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер.
6. Железнодорожная больница (г. Казань).
7. Республиканская клиническая офтальмологическая больница.



420054, г. Казань, ул. Тульская, д. 56.
Тел.: 8 (843) 533-36-00,
8 (987) 226-65-65.
Факс: 8 (843) 533-36-00.
E-mail: info@poelidovolen.ru
www.poelidovolen.ru

