



экспертная оценка

КИРИЛЛ ЖЕСТКОВ:
«КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
НЕ БУДУТ КАТЕГОРИЧЕСКИМИ»

зарубежный опыт

ЖИЛЬБЕР МАССАРД:
ЕВРОПЕЙСКИЙ ВЗГЛЯД
НА РОССИЙСКУЮ ХИРУРГИЮ

след в истории

МИХАИЛ ПЕРЕЛЬМАН
В ВОСПОМИНАНИЯХ КОЛЛЕГ И ДРУЗЕЙ

ПЕРВЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ: ВСТРЕЧАЙТЕ НОВЫЙ МЕДИА-ПРОЕКТ!



Знакомьтесь - Johnson & Johnson Medical Devices

Будучи крупнейшей в мире компанией по производству медицинских изделий, мы опираемся на вековой опыт, объединяем науку и технологии, чтобы изменить будущее здравоохранения и помочь еще большему числу пациентов по всему миру. Благодаря нашему обширному портфелю, глубине и охвату рынка решениями в области хирургии, ортопедии, офтальмологии и других интервенционных решений, мы способны в корне изменить способы оказания медицинской помощи. Мы здесь ради жизни.

** Включает хирургию, ортопедию, офтальмологию и интервенционные решения в подразделении изделий медицинского назначения и оборудования Johnson & Johnson.*

Johnson & Johnson
MEDICAL DEVICES COMPANIES

Образовательные программы для специалистов здравоохранения



«Джонсон & Джонсон» заботится о развитии комплексного непрерывного профессионального образования в сфере здравоохранения. Благодаря усилиям компании ежегодно более десяти тысяч российских хирургов и специалистов сферы здравоохранения получают доступ к программам повышения профессиональной квалификации.

В 2008 году в России был открыт Образовательный Центр «Высоких Медицинских Технологий» (г. Казань) - первый проект в стране, направленный на постдипломное обучение медицинских специалистов высокотехнологичным методам диагностики и лечения. Это уникальный пример частно-государственного партнерства в области медицинского образования между Министерством здравоохранения Республики Татарстан и «Джонсон & Джонсон». Более 7000 медицинских специалистов из России и стран СНГ прошли обучение в Центре.

С конца 2017 года компания «Джонсон & Джонсон» проводит обучение для специалистов здравоохранения под единым брендом JOHNSON & JOHNSON INSTITUTE, который включает в себя 24 собственных глобальных образовательных центра всех подразделений компании. Основной задачей JOHNSON & JOHNSON INSTITUTE является повышение удовлетворенности пациентов посредством инновационного обучения специалистов.

СОДЕРЖАНИЕ

Тренды в мире	6
Тренды в России	8
Тренды АМТЕС KAZAN	10
В цифрах Российско-Европейский образовательный симпозиум по торакальной хирургии им. академика М.И. Перельмана	13
Экспертное мнение Кирилл Жестков: «Мы собрались, чтобы поделиться секретами»	14
Экспертное мнение Жильбер Массард: «В российских коллегах я не сомневаюсь»	16
Экспертное мнение Владимир Паршин: «Будущее – за биологией, а не хирургией»	18
Экспертное мнение Олег Пикин: «Эндоскопическая хирургия – это 70% наших больных»	19
Событие Артромастера — снова в Казани!	20
Личный опыт Рецепты успеха от Дениса Туголукова	22
Культурный Код Дизайн-мышление: думай, как пациент	25
Доказательная медицина ОРВИ у детей: клинические рекомендации	30
След в истории Неизвестный Перельман	33
Календарь Расписание курсов на 2019 год	37





СЛОВО РЕДАКТОРА

Вот уже более 10 лет AMTEC KAZAN помогает российским врачам, а также их коллегам из других стран открывать новые грани своего мастерства. Каждый год мы придумываем новые и обновляем уже зарекомендовавшие себя образовательные программы, а также готовим форумы для профессионалов своего дела. Так, настоящим поводом для гордости является ежегодный Российско-Европейский образовательный симпозиум по торакальной хирургии. В этом году он прошел уже в восьмой раз, и с каждым разом он становится все более масштабным.

Одним из мировых ученых, стоявших у истоков симпозиума, был Михаил Израилевич Перельман. Нам повезло сосприкоснуться с этой живой легендой, услышать его авторитетное мнение об актуальных вопросах хирургической практики в конференц-зале Образовательного центра. К великому сожалению, в 2013 году академик Перельман ушел в иной мир, но дело его живет, а наш торакальный симпозиум с гордостью носит его имя.

Еще одно образовательное мероприятие международного уровня, которое мы провели совсем недавно, — это школа «Артромастер». Традиционно здесь выступают ведущие эксперты России и Европы, а травматологи, ортопеды и спортивные врачи из самых разных уголков нашей необъятной родины и стран СНГ оттачивают свое мастерство в кадаверной лаборатории нашего центра.

Эти и многие другие конференции, школы и мастер-классы уже стали визитной карточкой AMTEC KAZAN, но мы всегда стремимся к чему-то большему. Ведь постоянное развитие — это кредо любого современного врача, а мы должны соответствовать запросам медицинского сообщества. Так родилась идея запустить новый медиа-проект, который, надеемся, будет полезен для наших врачей и всех тех, чья жизнь связана с медициной. Это журнал, пока он электронный, но, возможно, в обозримой перспективе будет воплощен и в бумажной версии. Актуальные тренды в мире медицины, экспертные мнения, последние новости — мы будем стараться сделать так, чтобы наше издание было для вас познавательным и интересным. Мы не претендуем на академичность, но прекрасно понимаем реалии нашего здравоохранения, и за годы работы научились им соответствовать, отвечая на запросы медицинского сообщества. Наш журнал призван обобщить этот опыт, став информационной площадкой для обсуждения актуальных вопросов — тех, что действительно волнуют наших врачей. Итак, мы стартуем! Stay tuned!"

Главный редактор AMTEC KAZAN Info
Леонид Галинский

*Оставайтесь с нами



Операции лучше проводить днем

Хирургические вмешательства в ночное время чаще приводят к осложнениям.

В международном исследовании приняли участие 29 стран, были изучены почти 10 тысяч операций на взрослых пациентах в 146 больницах; результаты исследования были опубликованы в British Journal of Anaesthesia («Британский журнал анестезии»). Данные свидетельствуют о том, что утро вечера мудренее. В ночное время (с 8:00 вечера до 8:00 утра) было проведено 555 операций, причем три четверти из них плановые, а не срочные или неотложные, остальные – в течение дня. Учитывая их типы и состояние пациентов, исследователи обнаружили, что во время ночных операций общее количество осложнений было намного выше – 44% против 34%. Также оперативные вмешательства в темное время суток требовали более длительного пребывания в больнице. Среди возможных причин такого положения дел – умственная или физическая усталость медиков, снижение бдительности, а также меньшее количество медперсонала в клинике в целом.

Антипрививочники наступают. Корь тоже

Недоверие к вакцинации – одна из главных опасностей, считает ВОЗ. Она внесла его в список 10 глобальных угроз здоровью.

По версии Всемирной организации здравоохранения, недоверие к вакцинации «угрожает прогрессу, достигнутому в борьбе с заболеваниями, которые можно предупреждать при помощи вакцин». Причем, подчеркивают эксперты ВОЗ, вакцинация по-прежнему остается одним из самых экономически эффективных способов профилактики. Однако это не останавливает антипрививочников. Американские ученые обнаружили ряд «горячих точек», где коллективный иммунитет сдает позиции, – это крупные города страны, в которых было много непривитых детей школьного возраста. Россия также отличается высоким уровнем недоверия к вакцинации. Следствием этого, в частности,

стало кратное увеличение заболеваемости корью в 2018 году. Подобная тенденция отмечается и в других странах, в том числе в Европе. В результате на сегодня в мире отмечается увеличение заболеваемости корью – заболеванием, которое совсем

недавно считалось почти побежденным, – на 30%.

Также среди 10 глобальных угроз здоровью в 2019 году – глобальное потепление, пандемия гриппа, загрязнение окружающей среды, ВИЧ-инфекция.





Вызовы здравоохранения

«Делойт» (один из мировых лидеров в сфере аудита и консалтинга) опубликовал прогноз развития здравоохранения в этом году.

По мнению аналитиков, старение и рост численности населения, распространение хронических заболеваний, активное развитие инновационных технологий являются основными факторами, стимулирующими рост спроса и затрат в здравоохранении. Одним из главных вызовов является адаптация

к меняющимся потребностям и ожиданиям потребителей. Для пациентов важны уровень обслуживания, прозрачность формирования цены, качество и безопасность услуги. Потребители ожидают от участников отрасли отлаженных, удобных и доступных решений, учитывающих их потребности. Таким образом, повышение качества лечения и обслуживания становятся драйвером ключевых перемен. В здравоохранение приходят игроки из других секторов — потребительского,

розничного, высоких технологий — и предлагают прорывные технологии. По мере возрастания роли пациента поставщики услуг должны соответствующим образом меняться, используя все возможности для выстраивания более комфортных и персонализированных взаимоотношений с потребителем. Еще одна актуальная проблема — нехватка квалифицированного персонала как в развитых, так и в развивающихся странах. В будущем изменения в кадровой сфере будут осуществляться в различных направлениях. Так, на целый ряд административных процессов оказывает влияние автоматизация, а инструменты цифровой и телемедицины позволяют организациям устранить привязку обслуживания к лечебным учреждениям. Например, существуют модели, позволяющие медсестрам работать удаленно, что не мешает им выстраивать крепкие отношения с пациентами. Лидерам отрасли необходимо сформировать открытый кадровый резерв, из которого можно будет черпать ресурсы при пересмотре функций медицинских работников.



Евгеника vs прогресс

Новость о том, что китайский ученый Хэ Цзянькуй отредактировал геном близнецов, стала настоящим скандалом. Следим за развитием событий.

Напомним, что в ноябре прошлого года Хэ Цзянькуй из Южного университета науки и технологии в Шэньчжэне сообщил о рождении близнецов Лулы и Наны, у которых удален рецептор связывания с вирусом иммунодефицита человека. Коллеги ученого обвинили его в нарушении медицинской этики и

профессиональных стандартов, так как речь идет об использовании несовершенного экспериментального метода для репродукции человека. Он был уволен, китайские власти провели расследование и взяли Хэ Цзянькуя под стражу.

Этот случай не только прогремел на весь мир, но и стал темой для оживленной дискуссии в научном сообществе. Стало очевидно, что с развитием технологий подобные вопросы будут вставать еще не раз. А какова ситуация с регулированием в этой области на сегодня? В 1975 году на Асиломарской конференции по рекомбинантной ДНК были приняты правила работы с генно-инженерным материалом. И до недавних пор считалось, что этого достаточно, наука может регулировать себя сама. Вместе с тем, многие специалисты сходятся в том, что относительная простота и доступность генно-инженерных методов означает, что Хэ Цзянькуй мог быть явно не единственным, кто отредактировал геном человеческого зародыша. Для того чтобы контроли-

ровать дальнейшие попытки работы в этом направлении, научное сообщество должно взять этот вопрос в свои руки. С одной стороны, подобная «система сдержек и противовесов» должна вытекать из уже имеющегося регламента об использовании методов генного редактирования в эмбриологических исследованиях, а с другой, распространяться на клинические испытания инновационных подходов в терапии. Отправной точкой может стать глобальный регистр, учрежденный для протоколирования доклинических исследований, которые подразумевают генетическое редактирование человеческого эмбрионов, отмечает Nature News.



Рекомендации как обязательство

С начала этого года клинические рекомендации стали обязательными к применению.

С 1 января вступили в силу федеральные законы «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций». Согласно им клинические рекомендации становятся основой для оказания медицинской помощи, при создании стандартов и критериев качества. Строго говоря, их и до вступления в силу новых законов использовали для оценки качества оказанной помощи, однако де-юре применение клинических рекомендаций не было законодательно прописанным обязательством врача. Теперь все будет по-другому. Согласно ФЗ «...клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики,



лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов...». Уже имеющиеся рекомендации будут обновлены до конца 2021 года. Разработчиками выступают медицинские профессиональные некоммерческие организации. Далее проводятся процедуры согласования, в конечном счете, принимать или откло-

нять клинические рекомендации будет Научно-практический совет Минздрава РФ. В первую очередь планируется разработать рекомендации для наиболее распространенных и социально значимых нозологий, в частности, по онкологии. Они будут представлены в виде тезисов, отвечающих на вопросы «что делать?», «кому?», «с какой целью?». Что важно, рекомендации будут опираться на принципы доказательной медицины, подкрепляться ссылкой на источник и информацией об уровне доказательности.

Достойный уход

Закон о паллиативной медицинской помощи был принят Государственной Думой.

Мнение экспертного сообщества относительно пробелов в оказании медицинской помощи неизлечимо больным было наконец-то услышано. В федеральный закон об охране здоровья внесены принципиальные изменения: впервые прописано право человека на обезболивание, дано собственное определение паллиативной помощи, и, пожалуй, самое главное – предусмотрено лечение на дому. В этом случае пациенту должны бесплатно предоставляться медицинские изделия для поддержания функций организма. Обезболивание будет проводиться всеми доступными средствами, включая наркотические и психотропные препараты. В процессе обсуждения в законопроект были внесены правки. В частности, если пациент не может выразить свою волю на оказание помощи, а законный представитель отсутствует, решение о медицинском вмешательстве может

принять консилиум врачей. Кроме того, к паллиативной помощи отнесут психологическую поддержку и уход. Важным моментом также является возможность поддерживающей терапии в условиях

дневного стационара. По официальным данным, в России в паллиативной помощи нуждается 300 тысяч человек. По мнению экспертного сообщества – более 800 тысяч.





ЦРБ: Made in Russia

Ведомствам поручено создать модель на 100 % отечественной центральной районной больницы.

Модель ЦРБ должна быть оснащена медицинскими изделиями и расходными материалами только российского производства. Такое поручение главы правительства получили Минпромторг и Минздрав России по итогам Российского инвестиционного форума «Сочи-2019». Кроме того Минздрав и Минпросвещения должны проработать вопрос о реализации программы подготовки специалистов среднего звена по специальности «Лечебное дело» (присваиваемая квалификация «фельдшер»). Базой станет основная программа с внесением соответствующих изменений в федеральный государственный образовательный стандарт.



Онкология без границ

Стартовал образовательный проект НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова и Европейской школы онкологии.

Петербургский институт запустил проект SPOT («Наука и практика в обучении онкологии») в 2017 году. Благодаря ему, молодые врачи и ученые могут узнать о современных тенденциях от ведущих российских и зарубежных экспертов, обсудить клинические случаи, узнать, как получить гранты и многое другое. Примечательно, что все заседания транслируются онлайн, также в свободном доступе находятся их записи. В частности, недавно на Youtube-канале НМИЦ онкологии прошла лекция «Клиническая фармакология противоопухолевых препаратов» профессора Кристины Сесса из Онкологического института Южной Швейцарии. Она стала первой ласточкой совместного проекта SPOT и Европейского общества медицинской онкологии. Если это направление входит в сферу ваших профессиональных интересов – рекомендуем поставить в закладки!



Пластическая операция Росздравнадзора

Росздравнадзор проверил 1257 медицинских центров пластической хирургии. Выводы неутешительные.

Поводом к масштабной проверке стали громкие случаи причинения вреда здоровью, в том числе с летальным исходом. К тому же в середине прошлого года вступил в силу соответствующий Порядок оказания медицинской помощи, что существенно облегчило работу надзорного ведомства по этому направлению. В 68% проверенных

медорганизаций выявлены нарушения, в подавляющем большинстве случаев – в частных клиниках. Это отсутствие необходимого медицинского оборудования, использование некачественных лекарств и расходников, наконец недостаточная профессиональная подготовка пластических хирургов. Всего выявлено более 3200 нарушений, сумма штрафов – более 20 млн рублей. В судебном порядке приостановлена деятельность 7 медицинских организаций, еще 252 закрылись самостоятельно.



Говорит и показывает АМТЕС

Крупнейшие конференции Образовательного центра теперь доступны в режиме онлайн. Просто включите АМТЕС TV!

Послушать выступления мировых экспертов по торакальной хирургии, артроскопии, травматологии и целому ряду других медицинских направлений, увидеть уникальные

операции, узнать секреты мастерства у признанных специалистов и организаторов здравоохранения – все это можно сделать, не вставая с любимого дивана, на экране своего планшета, любого другого гаджета, или сидя за компьютером. Для этого достаточно подключить интернет (как будто вы его выключаете!) и подписаться на официальный канал АМТЕС KAZAN в Youtube или Instagram.

А репортеры АМТЕС TV покажут вам, что происходит в конференц-зале, кадаверной лаборатории и, возможно, даже зададут пару вопросов экспертам в кулуарах.

Узнать о готовящихся трансляциях и выбрать то, что входит в сферу именно ваших профессиональных интересов, вы можете в официальных аккаунтах Образовательного центра в Instagram, Facebook, «ВКонтакте».

Вы — двигатель прогресса!

Хотите внести вклад в развитие медицинской науки и поддержать молодых ученых? Это проще, чем вам кажется.

Вот уже несколько лет благотворительный фонд АМТЕС FOUNDATION помогает молодым ученым в медицине реализовать свои инновационные проекты, дает возможность для развития профессиональных компетенций. С одной стороны, фонд аккумулирует средства жертвователей, а с другой — заявки от тех, кому нужна поддержка. Отбором потенциальных проектов занимается Экспертный совет фонда, состоящий из ведущих специалистов России, лидеров мнений и организаторов здравоохранения. Ежегодно АМТЕС FOUNDATION проводит Международный конгресс молодых ученых в медицине RE:Search, в рамках которого организуются дискуссионные площадки с известными российскими и зарубежными спикерами, презентации грантовых программ, конкурс инновационных идей и научных исследований. Кстати, его победители

получают крупные гранты на развитие своих проектов.

На сегодня фонд уже поддержал сотни проектов, дав старт многим начинаниям. Если вы хотите внести свой вклад, можете сделать это прямо сейчас на сайте www.amtec-fund.ru. Здесь указаны

реквизиты для перевода, есть инструкция, как сделать это с помощью СМС. Также пожертвовать деньги можно в любом терминале Qiwi. Алгоритм прост: «Оплата услуг» — «Другие услуги» — «Фонды помощи» — «Фонд поддержки молодых учёных-медиков».



Встречая по одежке

Должен ли врач выглядеть стильно? Да — решили в AMTEC KAZAN и... выпустили коллекцию брендовой одежды.

Бомберы, худи, свитшоты — модные толстовки, которая покажут, что вы в тренде. А те, кто в теме, оценят логотип Образовательного центра на вашей одежде, поймут, что вы настоящий профи, никогда не останавливаетесь на достигнутом, продолжая



совершенствовать свое мастерство. Быть «на стиле» в операционной? Легко! Достаточно приобрести брендованный хирургический костюм. А для тех, кто хочет оттачивать свои навыки и за пределами операционной, будет полезен тренажер для хирурга и муляж для наложения анастомозов. Наконец, не будем забывать, что AMTEC KAZAN находится в Татарстане, который славится своим восточным гостеприимством! Отлич-

ным гостинцем после посещения курсов или конференции Образовательного центра станет настоящий татарский чай или традиционное лакомство, которое никого не оставит равнодушным, — чак-чак! Заказать брендованную продукцию AMTEC KAZAN вы можете в официальных группах в Instagram, Facebook и «ВКонтакте». Кстати, любую одежду можно заказать в именном исполнении. Подчеркните свою индивидуальность!





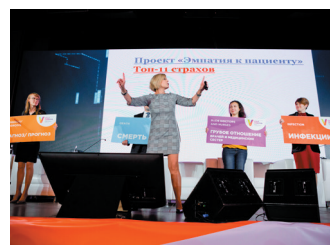
VI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ОПЫТ ЛИДЕРОВ

МИРОВОЙ
СТАНДАРТ КАЧЕСТВА:
ОТ ИДЕИ ДО ВОПЛОЩЕНИЯ

ОКТАБРЬ 2019

**Площадка для обмена опытом
и неформального общения руководителей
медицинских организаций**



**ОКТАБРЬ
2019 Г.**



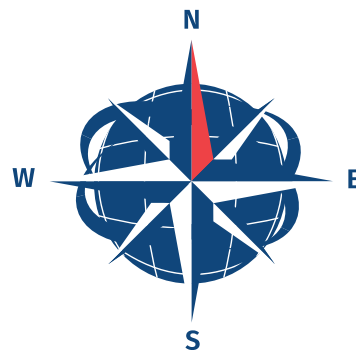
Казань



AMTEC • KAZAN

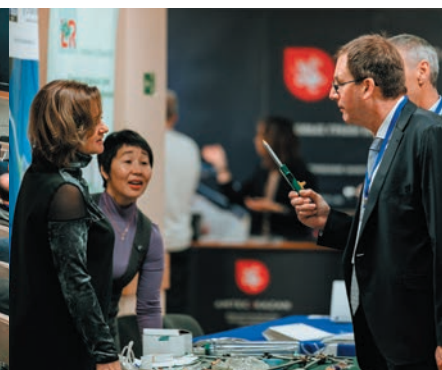
Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

РОССИЙСКО-ЕВРОПЕЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СИМПОЗИУМ ПО ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ИМ. АКАДЕМИКА М.И. ПЕРЕЛЬМАНА



8

РАЗ ПРОВОДИТСЯ
В ЭТОМ ГОДУ



1840

УЧАСТНИКОВ
СО ВСЕГО МИРА



48

ПОКАЗАТЕЛЬНЫХ
ОПЕРАЦИЙ



10

СТРАН, ИЗ КОТОРЫХ
ПРИЕХАЛИ ВЕДУЩИЕ ЭКСПЕРТЫ



41

РОССИЙСКИЙ РЕГИОН
БЫЛ ПРЕДСТАВЛЕН



КИРИЛЛ ЖЕСТКОВ:

«МЫ СОБРАЛИСЬ, ЧТОБЫ ПОДЕЛИТЬСЯ СЕКРЕТАМИ»

«Единство в многообразии» – таков слоган VIII Российско-Европейского образовательного симпозиума по торакальной хирургии имени академика М.И. Перельмана. Как найти общую точку отсчета рассказал Кирилл Жестков, председатель оргкомитета, заведующий кафедрой торакальной хирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, профессор, д.м.н. и научный редактор этого номера AMTEC KAZAN Info.



- Кирилл Геннадьевич, вопрос вам как председателю оргкомитета. В этом году программа симпозиума разделена на три части – российский, европейский и азиатский взгляды. На ваш взгляд, в чем они схожи и в чем различия – по подходам, по выбору тактики?

- Я бы сказал, что программа не разделена на три части, наоборот, это попытка объединить, собрать воедино. Не существует отдельно азиатского, европейского и российского подходов,

во многом они схожи, а в чем-то – и это отмечают все эксперты – различаются даже внутри регионов в зависимости от уровня развития той или иной страны. То же самое в России: есть прекрасные торакальные центры в Краснодаре, Москве, Петербурге, в других городах, но если мы возьмем глубинку, понятно, что подходы будут другие. Не потому что хирурги хуже или они чего-то не знают, а просто по состоянию экономики. То же самое в

Азии, а вот в Европе в меньшей степени, потому что она более экономически единая. Хотя говорят, что страны Восточной Европы это одно, а страны Старой Европы – другое. В целом же подходы достаточно близкие. Есть очень много интересного из сообщений и азиатских, и европейских коллег, но это скорее какие-то нюансы, детали. У каждого большого хирурга есть свои приемы, которые он годами нарабатывает, в этом и состоит смысл

нашей встречи – поделиться такими вот секретами.

- На симпозиуме затрагивался вопрос клинических рекомендаций в торакальной хирургии. Согласно недавно принятому закону, они теперь обязательны для врачей и используются для оценки качества его работы. Это справедливо и для хирургов?

- Это совершенно несправедливо для хирургов. Уже года три в выступлениях Вероники Игоревны (Скворцовой, министра здравоохранения России – прим. ред.) звучит мысль, что стандарты, с которыми мы имели дело на протяжении многих лет, – это чисто экономический документ, грубо говоря, только для главврача и страховой компании. Но оказалось, что клинические рекомендации теперь могут стать документом для прокурора. На протяжении нескольких последних лет торакальная секция Российского общества хирургов и Ассоциация торакальных хирургов России ведут большую работу по подготовке рекомендаций, и что очень существенно, мы сразу оговорили, что не будем писать категорически. Например, мы не будем писать, что операция выбора при пневмотораксе – это торакоскопическая резекция, потому что где-то может не быть необходимого оборудования или расходных материалов. Хирург правильно выполнит торакотомию, но не дай бог что-то случится с пациентом, прокурор сошлется на клинические рекомендации. Поэтому если вы посмотрите наши рекомендации, везде написано «предпочтительно», «желательно», «более оптимально». Потому что иначе наши коллеги окажутся в положении, не очень защищенном перед законом. Но клинические рекомендации нужны, их нужно принимать. Они разработаны по основным проблемам, но еще не все, и это очень большая работа, которую нам еще предстоит проделать. Дело в том, что торакальная хирургия определена анатомическими областями, и мы в своей практике постоянно сталкиваемся с другими нозологиями. Так, мы оперируем туберкулез, и чтобы написать клинические рекомендации по нему, нам нужно взаимодействие с обществом фтизиатров. Мы оперируем по поводу рака, соответственно, мы должны согласовать подходы с онкологами.



У ПАЦИЕНТА ОСТАНЕТСЯ ТРИ НЕБОЛЬШИХ ПРОКОЛА И ПОСЛЕ ТОРАКОСКОПИИ И ПОСЛЕ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ. КАКАЯ ЕМУ РАЗНИЦА, ЧЬИ РУКИ БЫЛИ ВНУТРИ – ХИРУРГА ИЛИ РОБОТА?

- Какие тренды сейчас актуальны в торакальной хирургии?

- Важны все проблемы, в конце концов, пациенту все равно, чем он болеет, ему нужно, чтобы его вылечили. Минимально инвазивные методы – это то, что актуально уже много лет. Можно спорить о том, что лучше – роботизированная операция или торакоскопия. Посмотрите на это с позиций пациента. У него останется три небольших прокола и после торакоскопии, и после робот-ассистированной операции. Какая ему разница, чьи руки были внутри – хирурга или робота? Тут многое зависит от предпочтений врача. Петр Казимирович (Яблонский, главный торакальный хирург России – прим. ред.) любит оперировать с помощью робота, а мне нравится стоять у операционного стола.

- Давайте поговорим об образовательном аспекте. Каким образом врачу получать актуальную информацию? В частности, некоторые эксперты говорят, что интернет – это зло. А как вы считаете?

- Интернет – зло скорее для больных. Даже если человек прочитал самый правильный и лучший интернет-ресурс, но при этом у него нет базового медицинского образования, он может неправильно понять прочитан-

ное. Если бы можно было так лечиться, для чего бы люди учились по шесть лет в мединститутах? Одна из плохих тенденций последнего времени – это то, что последипломным образованием стали управлять педагоги, а не врачи, как раньше. И получаются совершенно некорректные требования, которые мы как преподаватели должны выполнять. К примеру, что вся литература должна быть только за последние пять лет. Но ведь никто не отменял классические монографии! Прочитав один пятый том многотомного «Руководства по хирургии» 60-х годов, почерпнешь гораздо больше, чем из всей литературы за последние пять лет. Надо читать классику, наших учителей – Михаила Израилевича Перельмана, Льва Константиновича Богуша, Николая Михайловича Амосова, они не могут потерять актуальности. Что с того, что мы стали оперировать торакоскопически или с помощью робота? Основные принципы анатомии, оперативной хирургии остались прежними. Что касается современной литературы, сейчас настолько сильное взаимное влияние, что я бы рекомендовал читать западную литературу, она более взвешена, больше опирается на принципы доказательной медицины.

ЖИЛЬБЕР МАССАРД:

«В РОССИЙСКИХ КОЛЛЕГАХ Я НЕ СОМНЕВАЮСЬ»

Президент Европейского общества торакальных хирургов, профессор Страсбургского университета, академик РАН – о том, как латинский язык помог ему выучить русский, о первой пересадке легкого в России и где врачу почерпнуть полезную информацию.

- Жильбер, как сложилось, что вы так хорошо включены в российское медицинское сообщество?

- Это нужно спросить у моих русских коллег, которые меня так сердечно приняли. Людей связывает, во-первых, профессия. В мире 170 стран и только одна торакальная хирургия, и все наши проблемы одинаковы. Второе, что нас объединяет, это общение. Это, конечно, требует способностей к языкам. В Европе общим языком стал английский, но в России не все имели возможность его выучить. И это до сих пор так – вне больших городов. Мои



родители из Великого Герцогства Люксембург. Самое большое расстояние там – 82 км. Когда мне было три года, я уже знал, если мы едем на машине дольше получаса, люди вокруг начинают говорить на другом языке. В нашей национальной культуре учить языки, нас обязывают к этому: в 6 лет немецкий, в 7 – французский, с переходом в среднюю школу начинается английский. Мой папа был лингвистом, поэтому я также учил латинский язык. После всего этого я решил, что выучу еще один язык, и на этот раз сам его выберу. Мой выбор пал на русский.

Интересно, что говорят, если хочешь быть доктором, нужно знать латинский язык. Когда я начинал учить русский, я был очень благодарен моему папе за то, что он заставлял меня учить латинский – это очень помогло мне понимать русскую грамматику.

- В своей книге «Гражданин доктор» Михаил Перельман упомянул, что вы провели первую в России трансплантацию легких. Расскажите, пожалуйста, подробнее об этом опыте.

- Это был 2006 год. В конце 2005-го академик Чучалин попросил нас орга-

низовать сессию по трансплантологии от имени Европейского общества пульмонологов. Я тогда был членом исполнительного комитета, и у меня была возможность помочь. После сессии в ходе дискуссии появилась идея сделать пересадку в России с предварительной подготовкой команды. Академик Чучалин отправил к нам на обучение хирургов, анестезиологов, пульмонологов, чтобы они посмотрели, как все организуется, какие протоколы и т.п. После этого мы просмотрели данные многих пациентов. Договорились, что летом 2006-го я на две недели приеду в Санкт-Петербург, туда же приехал академик Чучалин со своей командой. Пару дней спустя мы провели операцию.

- Европейская торакальная хирургия и российская – насколько они схожи и в чем различаются?

- В конце 90-х годов были различия по нескольким параметрам. Прежде всего, по заболеваемости. Во-первых, если говорить об онкологии, в России было гораздо больше запущенных стадий, чем в Европе. К сожалению, таковы были обстоятельства в вашей стране: нехватка компьютерных томографов,



да и сами пациенты стеснялись обратиться к врачу. Система диспансеризации, которая была при советской власти, разрушилась. Во-вторых, было гораздо больше пациентов с туберкулезом – такое положение сохраняется до сих пор. Туберкулез у нас является совсем незначительной проблемой, и большинство пациентов никогда не встречаются с хирургом, лечатся таблетками. Также нужно учесть экономический фактор. Тогда было очень мало одноразового расходного материала, врачи работали на устаревшем советском оборудовании. В течение 20 лет все изменилось, ваша экономика резко развилась, особенно во второй половине прошлого десятиле-

тия. Теперь в каждом городе есть нормальное оборудование, а в профессионализме русских коллег я никогда не сомневался. Так, однажды я был в областном онкодиспансере в Омске. В конце 2004 года у них появился первый компьютерный томограф. А уже в начале 2005-го я наблюдал за работой радиолога. Он комментировал свою работу так, будто занимался этим двадцать лет, а не два месяца! Если хирург может аккуратно оперировать зубами и голыми руками, то с хорошим инструментом и оборудованием он тем более это сделает прекрасно. Я очень уважаю своих российских коллег, когда вижу, в каких они условиях и какие у них результаты!

Три совета по обучению

Совет №1. В интернете много полезной информации для врача, но, конечно, не вся она проверена. Как президент Европейского общества торакальных хирургов хочу порекомендовать ESTS Textbook (учебник, который можно приобрести на сайте общества – прим. ред.). Сейчас мы готовим второе издание под редакцией Гонзалло Варелы. Это будет онлайн-версия, думаю, что работа над ней займет около полутора лет. Также в 2018 году мы опубликовали силлабус – программу, которая описывает, что торакальный хирург должен усвоить во время обучения по специальности, это касается его знаний и технических навыков. Недавно закончили подготовку куррикулума – то есть для каждого предмета из силлабуса мы определили, что именно хирург должен знать и уметь, каким образом ему этому научиться и как оценить усвоение материала. Куррикулум будет опубликован осенью в журнале *European journal of cardiothoracic surgery* («Европейский журнал кардиоторакальной хирургии»).

Совет №2. Прекрасный способ найти полезную информацию – посетить нашу школу. В России мы ежегодно проводим по три мероприятия, в этом году у нас стартовал уже восьмой цикл. Зимой – в Казани (Российско-Европейский образовательный симпозиум по торакальной хирургии им. акад.

М.И. Перельмана – прим. ред.), в июне – в Санкт-Петербурге и в начале октября – в Краснодаре. Также можно посетить нашу школу в Европе. В частности, у нас есть недельный курс, где мы проходим всю программу. Кстати, также у нас можно обучиться тому, как готовить научные статьи. Эта одна из российских проблем: есть команды с хорошим материалом, но они не публикуются в западных журналах с высокими рейтингами, потому что их статьи не соответствуют требованиям редакций. Говоря о зарубежных курсах, надо понимать, что многое зависит от уровня знания английского языка и финансов. Не у всех есть такая возможность, поэтому мы и организовываем школы в России.

Совет №3. Популярный медицинский источник – PubMed. Но перед этим, я бы порекомендовал обратиться к гайдлайнам и обзорным статьям, чтобы иметь представление, о чем идет речь, а уже потом читать об исследованиях. Вообще навыку чтения медицинских статей обучают студентов 4-5 курсов во всех французских вузах. На окончательном экзамене есть секция, посвященная работе с научной литературой. Студентам дают прочитать статью и задают вопросы. По тому, как они отвечают, становится понятно, правильно ли была понята статья, насколько студент может оценить методологию и т.д.

БУДУЩЕЕ – ЗА БИОЛОГИЕЙ, А НЕ ХИРУРГИЕЙ



В этом уверен Владимир Паршин, член-корреспондент РАН, президент торакальной секции Российского общества хирургов, профессор, заведующий отделением торакальной хирургии Клинического центра Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, д. м. н.

- Владимир Дмитриевич, какие темы сегодня наиболее актуальны в торакальной хирургии?

- Основная цель нашего уже восьмого по счету торакального симпозиума – последипломное образование. Это самое главное, потому что его посещает молодежь, они учатся, чтобы потом принимать правильные решения.

Вторая цель – это обмен мнениями различных экспертов и выработка, когда это возможно, консолидированной позиции по определенным вопросам торакальной хирургии.

В-третьих, такие встречи сближают людей. Хирурги ведь тоже люди. Образуются хорошие добрые отношения, причем не только на профессиональном уровне, появляется дружба. А за этим опять-таки стоят интересы больных, для них это только в плюс. Хирург может обсудить сложный случай со специалистами в России, Европе по телефону, через интернет, по телеконференции. Думаю, сейчас возникнут подобные связи с коллегами из Азии. В конечном итоге, выигрывает только пациент.

- А какие тренды вы могли бы отметить? Что сейчас обсуждается в медицинском сообществе?

- Во-первых, обсуждается роль торакоскопических вмешательств. Стоит отметить, что внутри хирург делает все то же самое, что и при открытой хирургии. Речь идет о доступе, и он имеет большие преимущества. Подобных операций будут делать все больше – таков тренд.

Вторая тенденция – стоимость таких вмешательств идет на снижение, это касается оборудования, расходных материалов. Технологии тиражируются, на рынок выходят различные компании, конкуренция ведет к удешевлению.

Это законы рынка, они справедливы и для медицины.

Наконец, самый главный тренд, который сейчас наиболее актуален, – обеспечение безопасности операций. Это очень широкая тема, включающая в себя малоинвазивные технологии, а порой и отказ от хирургии в пользу других методов лечения. Сегодня у нас бурно развивается иммунология, химиотерапия, иммуногистохимия, генетика. Думаю, будущее за биологией, а не за хирургией. Это произойдет уже в этом веке. К нам придут такие технологии, которые мы себе даже не могли и представить.

- То есть если есть возможность отказаться от хирургического лечения, врач должен ею воспользоваться?

- Да. Но все должно быть разумно, на первом месте должен стоять пациент. Ради кого мы все и работаем.

- Это вопрос точности диагностики и правильной подготовки?

- Мы говорим о принципиальных вещах. Диагностика, определенные моменты лечения – это уже следствие. Главное – технология. Так, в онкологии, каким бы ни был прогресс, он идет не так бурно. Я считаю, что-то должно произойти в биологии. Например, в 2018 году Нобелевскую премию получили ученые за работу по иммунологии. Вот это огромное достижение!

Три совета по обучению

Совет №1. Самая лучшая книга, которая существует на сегодня, – третье издание Пирсена «Руководство по торакальной хирургии», сейчас готовится четвертое. 2 тома, в которые вошло все по торакальной хирургии и хирургии пищевода.

Совет №2. Подобное руководство выпустило несколько лет назад и ESTS (Европейское общество торакальных хирургов), тоже очень хорошая книга.

Совет №3. Сегодня студенты активно пользуются различными гаджетами, качают информацию из Сети. С одной стороны – это хорошо, с другой – плохо. Они перестают читать первоисточники. Все-таки я считаю, что бумажная версия заставляет работать голову как-то по-другому.

ОЛЕГ ПИКИН: «ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ – ЭТО 70% НАШИХ БОЛЬНЫХ»



Почему молодые хирурги должны в первую очередь овладевать эндоскопическими технологиями? Каковы основные критерии безопасности медицинской помощи в торакальной хирургии? Об этом – в интервью Олега Пикина, руководителя отделения торакальной хирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, д.м.н.

- Олег Валентинович, какие темы вы будете поднимать перед медицинским сообществом, что покажете и расскажете молодым врачам?
- Я постоянно участвую в российско-европейских образовательных симпозиумах как эксперт, с самого первого раза. В этом году я буду работать в Wetlab, с органическими комплексами – будем показывать молодым докторам, как правильно формировать бронхиальные анастомозы, то есть отрабатывать технические аспекты реконструктивных операций на бронхах. Теоретическая часть – ряд докладов, в том

числе по онкологическому направлению в торакальной хирургии.

- Что нового здесь появилось за последние несколько лет? Какие технологии заслуживают внимания?

- Торакальная хирургия не стоит на месте. В настоящее время это мультидисциплинарное направление. В основном в последнее время делается упор на малоинвазивные технологии, которые обеспечивают более быструю реабилитацию, хороший косметический эффект и, естественно, приносят большую пользу больным. Наконец, это большой прорыв в плане хирургической техники.

Эндоскопическая хирургия может быть применена к 70% наших больных. Ей должны овладевать молодые хирурги с самого начала.

- Касательно онкологии в торакальной хирургии. С какими проблемами чаще всего сталкиваются ваши коллеги?

- На сегодняшний день основная проблема в том, что недостаточное количество больных выявляется на ранней стадии заболевания. А именно на ранних стадиях наиболее часто применяются малоинвазивные технологии.

- То есть можно выполнять более «экономные» вмешательства?

- Совершенно верно! Вопрос ранней диагностики влечет за собой внедрение малоинвазивных технологий, и, соответственно, обучение им докторов. Во-вторых, нужно упомянуть не хирургический аспект, а новые лекарственные препараты, которые появляются сегодня. В последнее время произошла если не революция, то серьезные сдвиги в этом направлении – таргетная, иммунотерапия. Помимо научных изысканий, эти вопросы активно обсуждаются и среди пациентских организаций. На сегодня это самое новое, что появилось в лечении распространенных форм злокачественных опухолей.

- О чем вы будете рассказывать участникам во время докладов?

- Основной упор буду делать на вопросы эффективности и безопасности малоинвазивных технологий во время торакоскопических, анатомических резекций легкого – сегментэктомий, лобэктомий больных со злокачественными опухолями. Как обеспечить этот процесс с минимальным количеством ошибок, максимальной безопасностью для пациента, снизить риск кровотечений, повреждения соседних структур и т.д.

- Вы можете сформировать критерии безопасности в двух словах?

- Это, прежде всего, опыт хирурга. Он должен выполнять операцию максимально прецизионно, с учетом тех навыков, которые были получены в открытой хирургии.

Во-вторых, необходимо хорошее технологическое обеспечение: современные платформы для коагуляции, разведения тканей, энергетические девайсы, сшивающие аппараты, которые обеспечивают безопасное пересечение сосудов, бронхов и паренхимы легкого.

А самое главное – желание хирурга и администрации развивать это направление. Когда все эти составляющие получается объединить, программа торакоскопической хирургии идет с наименьшими потерями.

- На ваш взгляд, какие наиболее полезные ресурсы для торакальных хирургов есть в интернете? Какими сайтами пользуетесь вы?

- Для меня интернет – один из основных источников информации.

Если говорить о конкретных сайтах, в основном, это «Пабмед» и «Медлайн», которые я использую для поиска медицинской литературы. Youtube – для просмотра операций, которые выкладывают эксперты по торакальной хирургии. Все есть в доступе. Кто ищет – тот найдет.

АРТРОМАСТЕРА — СНОВА В КАЗАНИ!



В AMTEC KAZAN прошла III Международная школа «Артромастер» – уникальное образовательное мероприятие, направленное на отработку основных техник артроскопической и спортивной хирургии.

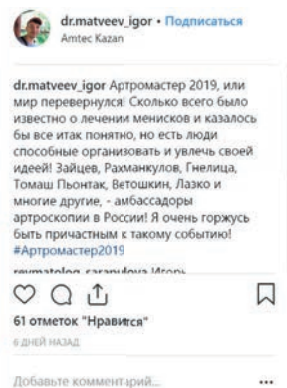
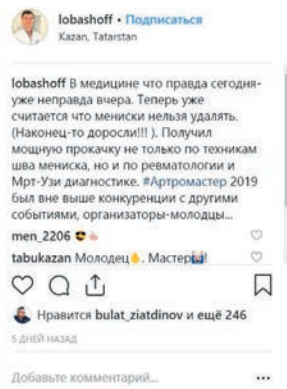
В работе школы приняли участие более 200 врачей со всего мира. Своими секретами мастерства поделились ведущие российские и европейские эксперты, которые рассказали все об артрозе, остеотомиях, соединительных тканях и сухожилиях; нестабильности голеностопного сустава и новом в лечении коленного и пле-

чевого суставов. Что особенно ценно, наряду с интерактивными лекциями школа включает в себя занятия в кадаверной лаборатории, где участники отработывали практические навыки под руководством именитых коллег.

Организаторами выступили Министерство здравоохранения Республики Татарстан, российское артроскопиче-

ское общество, сеть центров адаптивной физкультуры «Физика здоровья» и образовательный центр высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN.

Своими впечатлениями от школы поделились ее непосредственные участники, и их отзывы говорят об одном: четвертому «Артромастеру» быть!



РЕЦЕПТЫ УСПЕХА ОТ ДЕНИСА ТУГОЛУКОВА

Как говаривала Черная Королева из «Алисы в Стране чудес», нужно бежать со всех ног, чтобы только оставаться на месте, а чтобы куда-то попасть, надо бежать как минимум вдвое быстрее. Медицинские технологии сегодня развиваются как никогда стремительно, и врачу, чтобы оставаться профи в своей области, чрезвычайно важно учиться. Как организовать этот процесс? Рассказывает Денис Туголуков, травматолог-ортопед, заведующий отделением травматологии и ортопедии городской больницы No 1 Краснодара; основатель и главный редактор научно-образовательного портала Calcaeus.



Рецепт №1. Замените ошибки на опыт

Рецепт успеха одинаков везде — в шоу-бизнесе, бизнесе, применим он и в медицине. Самое простое — это найти себе кумира и пройти его дорогой. Важно понимать, что на любом пути неизбежны ошибки. Бояться их нельзя, они нас дисциплинируют. Вообще я бы заменил слово «ошибки» на «опыт».

Прежде всего нужно понять, чем ты хочешь заниматься. Так, травматология и ортопедия — очень большая область со множеством направлений. Кто-то выбирает остеосинтез, кто-то хочет

заниматься артроскопическими технологиями, кто-то больше внимания пытается уделять хирургии кисти или стопы. В каждой из этих узкосфокусированных тем множество важных мелочей. Конечно, врач должен знать всю травматологию и ортопедию, но чуть больше времени посвящать какому-то более узкому направлению.

Рецепт №2. 40 минут в день — на обучение

Чтобы стать профессионалом, экспертом в выбранной области, нужно заставить себя регулярно учиться. Своему

обучению нужно отводить минимум 30-40 минут в день. Как это выглядит на практике? Например, у врача есть рабочий график операций. Прежде всего необходимо уделять время подготовке к каждой конкретной операции. Например, на следующей неделе запланировано вмешательство по восстановлению целостности головки лучевой кости, то есть нужно взять эту операцию и разобрать детально, освоить доступ Кохера. Это первое, на что я как оперирующий врач должен тратить свое время — подготовка к текущей работе. Второе — это освое-

ние чего-то нового, нельзя топтаться на одном месте.

В хирургии всегда существуют инновационные решения, разрабатываются новые протоколы лечения, их нужно разыскивать, с ними нужно знакомиться. Есть специализированные научные журналы. Многие научно-исследовательские институты — НИИ им. Р.Р. Вредена, Центр Илизарова, ЦИТО им. Н.Н. Приорова — имеют свои электронные издания. Если нужно освоить технологию какой-то конкретной компании, можно зайти на ее сайт, многие из них имеют глобальные образовательные ресурсы. Пожалуй, самая большая проблема в том, что самый качественный контент находится за пределами русскоязычной зоны интернета. Поэтому врачу необходимо учить английский — это задача, которую можно смело решать независимо от того, что происходит в операционном графике.

Рецепт №3. Возьмитесь за спички!

Как учусь я? Вообще в травматологии я с 2000 года и только лет пять назад понял, что для меня наиболее интересным направлением является эндоскопия. И занялся новой для себя сферой — артроскопией. Это был непростой путь. На первом этапе я понял, что как руководитель отделения, в котором есть команда артроскопистов, должен понимать, чем они занимаются. Базовые навыки я получил на образовательном курсе АМТЕС KAZAN. Многие курсанты думают, что они пройдут двухдневное обучение и сразу научатся всей артроскопии. Это довольно стандартная ошибка. На самом деле это лишь начало пути. Артроскопия несколько отличается от традиционной хирургии — важна синхронная работа двух рук, ты наблюдаешь за тем, что происходит, на мониторе, а не вживую. Этот процесс оттачивания навыков проходил для меня довольно болезненно. Но все приходит с опытом — нужно оставаться после работы, брать в руки артроскоп, учиться обращаться с ним в небольшом пространстве — например, перекладывать спички из одной кучки в другую в коробке.

Рецепт №4. Определите круг проблем

Для меня было важно понять, для чего нужна артроскопия, какие проблемы она решает? Эта технология позволяет заглянуть в сустав, чтобы решить проблемы внутри него. Я перелопатил множество теоретической литературы — у меня ушел где-то год на формирование представления, что мы можем сделать при деформирующем артрозе, при повреждении мениска или других структур сустава.

И вот, находясь на рабочем месте, будучи интегрированным в систему, я понял, для чего нужна артроскопия. Тут приходит пора вопросов, которые нужно кому-то задать, в этот момент необходимо обратиться к более опытным коллегам и посмотреть, как они проводят эти операции. Это может быть поездка в образовательный центр, на конференцию или на рабочее место к другому врачу. В крупных институтах существуют свои школы и программы — можно выбрать какого-то успешного артроскописта, узнать, где он преподает, и записаться к нему на курсы. И уже на его рабочем

месте, как хвост, бегать за ним, наблюдать его в деле, задавать ему вопросы. Это незаменимый опыт — ты видишь новые решения простых задач, как работает команда, как организована логистика, отмечаешь чисто технические моменты — как оснащена операционная, как подключено оборудование. С этим багажом знаний на своем рабочем месте становится значительно легче работать. И мне кажется, после этого, когда за плечами уже есть некоторое количество проведенных операций, нужно ехать на продвинутый цикл обучения. Затем — снова в кадаверную лабораторию, отрабатывать новые навыки на практике.

Рецепт №5. Работайте по любви!

Нужно любить ту дисциплину, в которой ты работаешь. Если любви нет, вряд ли получится продвинуться вперед. Я вижу, что подавляющее большинство экспертов, специалистов высокого уровня до умопомрачения увлечено своей профессией, и это очень вдохновляет!





V МЕЖДУНАРОДНЫЙ САММИТ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР



«Роль медицинской сестры в противостоянии хроническим заболеваниям»

Пожалуй, крупнейшее в России мероприятие для среднего медицинского персонала, направленное на развитие профессиональных навыков и расширение границ самостоятельной деятельности медицинских сестер. Проводится в 11 российских городах.



22 мая



**Казань, Оренбургский
тракт 138, блок 9**



AMTEC • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий



Место проведения:

г. Казань, Образовательный центр высоких
медицинских технологий AMTEC KAZAN
Оренбургский тракт 138, блок 9.

По вопросам участия в саммите:

+7 (843) 237 84 69, доб.105

ДИЗАЙН-МЫШЛЕНИЕ: ДУМАЙ, КАК ПАЦИЕНТ



Медицина – сфера, которая существует не сама по себе, а только в связке с пациентом. Ключевой ее элемент – человек, в интересах которого она работает. Только иногда за развитием медицинских технологий, в рутине ежедневной работы это забывается. И вот уже пациент – человек по умолчанию

в ситуации неблагополучия (счастливые, здоровые и всем довольные люди в больницы не приходят, не так ли?), возможно, боли и переживаний – превращается в просителя. Пациентоориентированность – несколько громоздкое, но точное слово, которое отражает приоритеты развития любой продвинутой кли-

ники. Но как воплотить ее на практике? Как превратить взаимодействие с пациентом – с великой долей вероятности человеком в стрессе – во взаимно приятный и продуктивный процесс?

Дизайн-мышление – способ решения задач, исходящий из интересов пользователя (в нашем случае – пациента),

он активно применяется в областях, на первый взгляд, далеких от творчества. Например, организация работы клиники. Получить на выходе довольного и лояльного пациента поможет пространство и процессы, выстроенные удобным и понятным для посетителя образом. И в этом как нельзя кстати будут методы дизайн-мышления.

Чтобы почувствовать свободный полет творческой мысли, не нужно ждать милости от природы, то есть вдохновения. Возьмите процесс в свои руки – организуйте этот полет, направьте его в нужное русло и в конце концов возьмите от него то, что будет реально работать.

Дизайн-мышление: практикум

Этап 1. Включите режим эмпатии

Встать на место пациента, понять его потребности, мотивы, его желания и устремления – на первом этапе важно приблизиться к эмоциональным переживаниям другого человека, чтобы понять его поведение, разобраться, что делают люди, зачем, каким видят окружающий мир, какие у них ценности.

Решить эти задачи позволяют наблюдения и активное слушание собеседника,

а также множество специально разработанных методов. Например, «Мокасины» – провести весь день «в обуви» пациента, или «Пять почему», когда на каждый ответ собеседника задается такой вопрос, что позволяет докопаться до сути вещей, найти источник пережи-

ваний человека. Правда, последний метод стоит использовать с большой аккуратностью, и ни в коем случае не задавать вопросы в лоб. Или собрать образ типичного пациента, чтобы сосредоточиться на существенных и значимых характеристиках потребителя.



>>> КЕЙСЫ

► Один из самых ярких примеров применения дизайн-мышления на практике, с плодами которого может озабочиться каждый, – услуги «Сбербанка». Его глава Герман Греф – известный любитель инноваций, причем как чисто технических, так и технологических. Методы дизайн-мышления позволили сделать более интуитивно понятным интерфейс банкомата, создать специальные продукты для пожилых людей, реорганизовать работу колл-центра.

► Не чужды новым веяниям и медицинские учреждения. Так, принципы дизайн-мышления стали руководством к действию при создании клиники «Палитра» во Владимире. Вот лишь несколько наиболее ярких моментов, напрямую влияющих на отношения с пациентом. Во-первых, комфортные, светлые и просторные помещения для персонала – пусть пациент их никогда не увидит, но замечено, что их состояние напрямую влияет на качество работы персонала. Во-вторых, создание «бесшовных» сервисных зон – пространств, где максимально упрощен переход от одной процедуры к другой, например, от лабораторных исследований к назначению врача. Так, есть устойчивый сценарий обслуживания беременных – в клинике было создано отдельное пространство с системой кабинетов и своим туалетом.

► Однажды руководитель одного из подразделений GE Healthcare Дуг Дитц увидел, что маленькая девочка, пришедшая с родителями на МРТ, явно напугана предстоящей

процедурой. Тогда же он узнал, что 80% маленьких пациентов проходили исследование под анестезией – их пугали характерные звуки работающего оборудования. Это так впечатлило Дуга, что он решил исправить ситуацию. Посоветовавшись с коллегами, он прошел недельный семинар по дизайн-мышлению. Затем были дни мозговых штурмов, обсуждения с коллегами, представителями других компаний. В итоге он создал небольшую команду добровольцев из GE, местного детского музея и двух больниц. Ими был разработан прототип сканера Adventure Series, который установили в детской больнице в Питтсбурге. Они наклеили красочные наклейки на оборудование и в помещении, а также придумали сценарии для операторов, превратившие исследование в настоящее приключение. Один из прототипов – пиратский корабль с большим деревянным капитанским колесом, которое окружает круглое отверстие камеры. Эта морская деталь помогает бороться с клаустрофобией. Другой сценарий: томограф – это космический корабль. Перед тем, как шум внутри аппарата становится громче, оператор призывает молодых «космонавтов» прислушаться – сейчас включится «гипердвигатель». Благодаря такому подходу, количество пациентов, нуждающихся в успокоительном, значительно сократилось. Это позволило увеличить количество исследований в день. Показатели удовлетворенности пациентов выросли на 90%.



Этап 2. Сфокусируйтесь на главном

Изучите полученные данные, выделите среди них основные, сделайте выводы – одним словом, вычлените из большого объема информации суть, извлеките инсайты, которые станут руководством к действию в дальнейшем.

Итак, проанализируйте следующие аспекты:

- проблемы, которые пришлось решать пользователю;
- препятствия и противоречия, возникшие в ходе решения проблем, а также возникшие при этом потребности пользователя;
- наиболее характерные паттерны поведения.

Есть множество методов, которые облегчают решение этих задач, – например, наполнить пространство, создать единое информационное поле; или выявить общие закономерности в полученной информации, разложить важные критерии на двумерной матрице, и так далее. Но для того, чтобы получить хороший, полный и конструктивный ответ, нужно задать правильный вопрос. Основоположники концепции дизайн-мышления – ученые Стенфордского университета – считают, что правильная постановка вопроса ясно обозначает проблему и четко задает границы, служит трамплином для генерации новых идей, помогает «держать

курс» и не отвлекаться на сторонние вопросы, позволяет членам рабочей группы независимо друг от друга думать в одном направлении.

Этап 3. Больше идей, хороших и разных!

Задача этого шага – сгенерировать как можно больше идей. Чем их больше, тем больше шансов найти гениальное решение, или хотя бы работающее и открывающее новые возможности. Чтобы мозговой штурм был продуктивным, нужно придерживаться простых правил:

1. Количество порождает качество;
2. Не судите и не критикуйте, по крайней мере на этом этапе;
3. Не отбрасывайте даже самые сумасшедшие идеи;
4. Соединяйте и улучшайте свои и чужие идеи;
5. Дайте высказаться каждому;
6. Не уходите далеко от главной проблемы;
7. Давайте названия идеям;
8. Делайте зарисовки;
9. Не перебивайте – каждая идея должна быть услышана!

Этап 4. Создание прототипа

Идеи набросаны, теперь нужно отделить зерна от плевел. То есть проверить идеи, понять, что в них требует изменений. Не ждите от прототипа слишком многого – это еще не законченная модель, проработанная в деталях, в всего лишь быстрое воплощение вашей идеи.

Этап 5. Тестирование

Своеобразные полевые исследования, то есть проверка прототипа на клиенте. Пожалуй, самое сложное здесь

– сохранить позицию наблюдателя, суметь получить новую информацию, а не искать подтверждения своих идей, симпатий и антипатий.

Этап 6. Повтор, еще повтор!

На этапе итераций важно определить, где именно требуются доработки, и внедрить их.

Если ваш прототип не зацепил пользователей, если у них возникает вопрос, зачем это нужно, значит, вы не попали в потребность. А значит, вам, как в настольной игре, следует вернуться на первые два этапа. Если же пользователь вовлекся в процесс, подключился к сотворчеству, можно предположить, что потребность угадана верно, а вот идея не та. Вернитесь в третьему этапу. А вот если ваш прототип вдохновляет пользователя, значит, пора развивать его дальше – и реализовывать его на практике.

А судьи кто?

Как концепция дизайн-мышления должна работать в случае с лечебным учреждением? Во-первых, нужно сформировать пациентоориентированное поведение и отладить получение обратной связи. А во-вторых, важна плотная работа с сотрудниками: нужно не только обучить их работать по-новому, когда в центре интересов должен быть пациент, но и замотивировать и периодически контролировать положение дел. Также следует информировать персонал о результатах исследования мнения посетителей, а при необходимости и корректировать работу на основе полученной обратной связи.

>>> НАГЛЯДНО

Крупные компании, работающие по принципам дизайн-мышления:

- Mayo Clinic – один из крупнейших частных медицинских и исследовательских центров мира;
- Airbnb – сервис, позволяющий путешественникам и хозяевам жилья найти друг друга. Успех был стремительным – на сегодняшний день с его помощью нашли жилье более 150 млн человек;
- Netflix – крупнейший среди кабельных каналов производитель сериалов и фильмов;

- IBM – одна из ведущих мировых IT-компаний;
- PepsiCo – транснациональная корпорация, производитель напитков и продуктов питания.

Дизайн-мышление (безусловно, не одно только оно, но все же!) помогает успешно развиваться и крупным корпорациям, настоящим мастодонтам в своей сфере, и молодым амбициозным проектам. Так что же мешает вам использовать эти методы в вашей работе?

ВЕСНА-2019: ЯРКИЕ И ЭКСКЛЮЗИВНЫЕ ПРОГРАММЫ



ЧТО? Знать, как управлять, - значит управлять эффективно

Средний медперсонал – люди, которые чаще всего вступают в контакт с пациентами. Именно от их работы во многом зависит, с одной стороны, эффективность взаимодействия пациента и медучреждения, а с другой, – «послев-

кусие», которое останется у пациента после выхода из вашей клиники. Как эффективно управлять средним медперсоналом? Ответы на этот вопрос даст специально разработанная программа для старших медицинских сестер.

ДЛЯ КОГО? Для старших медицинских сестер
КОГДА? 08.04-12.04



КАЗАНЬ, ОРЕНБУРГСКИЙ ТРАКТ 138, БЛОК 9



КОРПОРАТИВНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

ЧТО? Управление изменениями в медицинском учреждении

Интерактивные лекции, кейсы, ролевая игра, мозговые штурмы – одним словом, используются самые разные форматы работы, которые научат передавать инструменты управления сотрудникам и повышать их вовлеченность в нелегком деле внедрения изменений. Половина успеха любого дела – люди, которые им

заняты. Однако, как известно, сотрудники склонны сопротивляться нововведениям – такова человеческая природа. Чтобы повысить эффективность, важно не просто донести суть изменений до сотрудников, но и активно вовлечь их в процесс. Как это сделать – этой теме посвящена программа.

ДЛЯ КОГО? Для руководителей учреждений, подразделений
КОГДА? 18.04-19.04

ЧТО? Практикум «Корпоративная культура в медицине. Создать или поддержать?»

Какие инструменты диагностики и аудита корпоративной культуры помогут оценить, стоит ли ваше медучреждение лицом к пациенту? Каковы ваши цели в организации сервиса – внешнего (пациенты) и внутреннего (сотрудники)? Задача нашего практикума – вместе с

вами найти ответы на эти вопросы и разработать индивидуальный годовой план внедрения пациентоориентированного сервиса, а также дать вам не только знания, но и вдохновение для позитивных изменений в вашей клинике.

ДЛЯ КОГО? Для руководителей учреждений, подразделений и отделов качества, клиентского сервиса, владельцев клиник.
КОГДА? 23.05-24.05

ВОПРОСЫ УЧАСТИЯ: +7 (843) 237-84-69, доб. 101 (Наталья Самотуга).
НАПИШИТЕ НАМ: nsamotuga@amtec-kazan.ru

ОРВИ У ДЕТЕЙ:

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Под понятием «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» подразумевают следующие нозологические формы:

острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.



Вирусы – возбудители заболеваний респираторного тракта.



Чаще всего они попадают на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).



Другой путь – воздушно-капельный – при общении с больным, распространяющем вокруг себя вирус при кашле или чихании.



Инкубационный период большинства вирусных болезней – 2-7 дней. Выделение вирусов больным максимально на третьи сутки после заражения, резко снижается к пятому дню. Неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до двух недель.



ОРВИ – наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни, какова предполагаемая длительность симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств.

- Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в том числе H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни. Эффективны ингибиторы нейраминидазы: осельтамивир или занамивир.

- **Противовирусные препараты** с иммуностропным действием, а также гомеопатические средства не оказывают значимого клинического эффекта, их назначение нецелесообразно. Назначение **аскорбиновой кислоты** не влияет на течение болезни. Не рекомендуется использование **антибиотиков** для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа.



Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствуют ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Антибиотики могут быть показаны детям с хронической патологией, затрагивающей бронхолегочную систему (например, муковисцидоз), иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно предопределен заранее характером флоры.



С целью снижения температуры тела у детей рекомендуется применение только двух препаратов – парацетамола до 60 мг/сут или ибупрофена до 30 мг/сут. Чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед моно-терапией одним из этих лекарственных средств.

- Жаропонижающие препараты у здоровых детей старше 3 месяцев оправданы при температуре выше 39-39,5°С. При менее выраженной лихорадке (38-38,5°С) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный прием нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры.

- Рекомендован туалет носа как наиболее эффективный метод купирования кашля, поскольку при назофарингите кашель чаще всего вызывает раздражение гортани стекающим секретом.

- Ингаляции паровые и аэрозольные не показали эффекта в рандомизированных исследованиях, а также не рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения для лечения ОРВИ.



Должны быть госпитализированы в стационар:

- дети до трех месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции;

- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки): неспособность пить/сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности; тяжелое обезвоживание;

- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов) госпитализируются на весь период лихорадки;

- дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию (также может быть и гипотермия!), у которых отмечают вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическую сыпь, рвоту;

- дети с явлениями дыхательной недостаточности.

Госпитализация детей с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.



Профилактика

Профилактика большинства вирусных инфекций неспецифическая, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет:

- тщательное мытье рук после контакта с больным;

- ношение масок;

- мытье поверхностей в окружении больного;

- в лечебных учреждениях – соблюдение санитарно-эпидемического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов;

- в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания.

Доказано, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, то есть уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ. В случае контакта ребенка с больным гриппом, в качестве профилактики возможно применение ингибиторов нейраминидазы в рекомендуемой возрастной дозировке.



ОРВИ в отсутствие бактериальных осложнений скоротечно, хотя и могут оставлять на 1-2 недели такие симптомы, как отделяемое из носовых ходов, кашель. Мнение о том, что повторные ОРВИ, особенно частые, являются проявлением или приводят к развитию «вторичного иммунодефицита», безосновательно.



1MED TV

ISPS
МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА
ПРАКТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ



AMTEC • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий



Республиканская
Клиническая
Больница



II Международная практическая школа

ТРЕНДЫ И ТРАДИЦИИ в оперативной проктологии

12–13 сентября 2019, Казань



Уникальный формат: проктологическая школа с кадаверной диссекцией

В ПРОГРАММЕ ШКОЛЫ:



ЖИВАЯ
ХИРУРГИЯ



МАСТЕР-КЛАССЫ
С ВОЗМОЖНОСТЬЮ
ОТРАБОТКИ
ПРАКТИЧЕСКИХ
НАВЫКОВ
НА БИОМАТЕРИАЛЕ



ДИССЕКЦИЯ
НА КАДАВЕРНОМ
МАТЕРИАЛЕ
(ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ
МОДЕЛЬ)
С КОММЕНТАРИЯМИ
ЭКСПЕРТА



ДОКЛАДЫ ВЕДУЩИХ
МИРОВЫХ
СПЕЦИАЛИСТОВ

Программа Школы создана для хирургов-колопроктологов

- Заинтересованных в развитии своего потенциала в хирургии
- Увлеченных постоянным изучением современных тенденций в колопроктологии
- Готовых соответствовать современным запросам пациентов



12-13 сентября



Казань, Оренбургский
тракт 138, блок 9

Где: Образовательный центр высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN

Зарегистрироваться: <http://www.lp.amtec-kazan.com/proctology2>

Вопросы участия: +7 (843) 237 84 71, доб. 107 (Ксения Рябова)

НЕИЗВЕСТНЫЙ ПЕРЕЛЬМАН



Михаил Перельман – блистательный ученый, чьи труды во многом определили вектор развития торакальной хирургии в России, великолепный хирург, который оперировал буквально до последних дней своей жизни. Он воспитал целую плеяду специалистов, которые сегодня являются лидерами мнений не только в нашей стране, но и за ее пределами.

Его профессиональный путь описан в многочисленных статьях как в научных изданиях, так и в популярных СМИ. AMTEC KAZAN Info решил открыть некоторые страницы его увлекательной биографии, чтобы показать Михаила Израилевича не только как легенду, но и человека, заставшего Великую Отечественную войну, человека, который смог добиться успеха в непростые времена, сохранить верность медицине и искреннее желание помогать другим.

Нокаут, спасший жизнь

В школе молодой Перельман отличался не только способностью к языкам, математике, естественным наукам, но и получил первый разряд по боксу. 21 июня 1941 года он вместе с командой юных спортсменов Витебска должен был поехать на республиканские соревнования в Брест. Но тут вмешался случай – за пару дней до этого во время тренировки его нокау-

тировал спарринг-партнер. «Я быстро пришел в себя, но все попытки доказать полную готовность участвовать в соревнованиях были безуспешными», – пишет в своих воспоминаниях Михаил Перельман. Молодого боксера не допустил спортивный врач. Михаил собрал вещи и поехал в Ленинград, поступать в авиационный институт. И уже там, на Витебском вокзале он услышал о вероломном нападении Германии на Советский Союз. Благодаря аттестату с отличием его приняли в институт без экзаменов, и спустя несколько дней Михаил вернулся в Витебск – как раз к эвакуации. «О ребятах, уехавших в Брест, никаких сведений не было, – пишет Перельман. – По всей вероятности, они погибли где-то между Минском и Брестом, так как германская авиация ночью и рано утром громила на этой линии все поезда. Поневоле вспомнишь судьбу, роль нокаута и твердую позицию спортивного врача».



Студент в эвакуации

Осень 1941 года семья Перельмана встретила в городе Орджоникидзе (ныне Владикавказ) – здесь находился госпиталь, где работал отец. Интересно, что в местном медицинском институте приняли заявление Михаила на поступление без аттестата, который остался в Ленинграде, буквально поверив на слово. Однако внезапно прием приостановили в связи с войной. Проректор института внимательно рассмотрел значки на груди абитуриента (в том числе о наличии первого разряда по боксу, что ценилось в мединститутах) и разрешил поступить сразу на второй курс. Примерно через месяц молодой Перельман сдал все экзамены первого курса.

Тогда же пришел приказ Наркомздрава РСФСР об ускоренной подготовке врачей, которые были так нужны

фронту и тылу. Программы второго и третьего курса нужно было пройти за один учебный год. В августе 1942 года была объявлена немедленная эвакуация. «Документы оформляли во дворе медицинского института, – вспоминает Михаил Перельман. – Несколько секретарей печатали на желтой бумаге справки об экзаменах, которые мы сдали или должны были сдать». Учебу удалось продолжить в Новосибирском медицинском институте, здесь же молодой врач начал проводить первые операции в больнице скорой помощи, а также работал врачом-травматологом станции скорой помощи. Для того, чтобы получить зимнюю одежду, продовольственную карточку и заработать немного денег, Михаил Перельман одновременно устроился грузчиком на военный завод.



На лекции профессора А.В. Тихоновича. 1947г.



На кафедре нормальной анатомии Ярославского медицинского института. Первая слева – студентка Аня Немцева, четвертый слева – М.И. Перельман, правее – студентка Нина Чукипа, доцент И.Л. Турецкий, студентка Ольга Колчина. 1946 г.

Кадаверная анатомия

В 1943 году в Ярославле из разбросанного по всей стране преподавательского состава Витебского и Минского институтов был создан Белорусский медицинский институт. В новообразованный вуз был направлен отец Перельмана – заведовать кафедрой, сюда же направился и его сын. На тот момент молодой ординатор уже трудился в эвакуационном госпитале,



Н.Б. Доброва, И.А. Сычеников и М.И. Перельман в экспериментальной операционной кафедре. 1953 г.



В операционной больницы «Захарыно» с курсантами-фтизиохирургами. 1957 г.

о чем гласит справка: «Дана врачу Перельману М.И. в том, что он, будучи студентом V курса, работал бесплатно в госпитале 5365, участвовал в операциях, самостоятельно оперировал, проводил занятия с сестрами».

Этот период стал временем первых научных работ и образовательной деятельности – Михаил Перельман стал ассистентом кафедры нормальной анатомии. Интересный штрих к реалиям того времени, из воспоминаний: «Методика практических занятий по нормальной анатомии человека на нашей вновь созданной кафедре была совсем не той, которую пришлось видеть через много лет. В те годы совсем не было наглядных пособий – учебных препаратов, таблиц, атласов, рисунков, диапозитивов. При изучении мышц, сосудов, органов грудной и брюшной полости все заменял очень доступный в то время трупный материал. Фактически мы часто сочетали наглядное препода-

вание нормальной анатомии с анатомией топографической...».

Уважение к иммунологии

В конце 1944 года Михаил Перельман с группой студентов-пятикурсников был направлен в район действий Первого Белорусского фронта для борьбы с эпидемией сыпного тифа. Во время предварительной вакцинации он решил, что одного укола может не хватить, прошел во второй, а затем и в третий раз. «Уже ночью, лежа на третьей полке переполненного вагона, я почувствовал головную боль, разбитость, подъем температуры, — вспоминает Перельман. — Возникла легкая форма тифа, от которой вскоре я оправился. Холодной зимой, без бани и дезинфекционной камеры нам пришлось перевозить в кузовах грузовых автомашин десятки сыпнотифозных больных. Но, в отличие от многих других, тифом я не заболел. Этот факт крепко врезался в память. Он обусловил уважительное отношение к великой науке, которую удалось узнать позже, — к иммунологии».



На демонстрации в Рыбинске 7 Ноября 1953 года в окружении сотрудников Больничного городка

«Космополит» в Рыбинске

Конец 40-х годов в стране прошел под флагом борьбы с тлетворным влиянием Запада и космополитизма. Это коснулось и медицины, начались гонения на приверженцев «морганизма-вейсманизма», попали под запрет генетика и психология — все то, что могло противоречить учению И.П. Павлова. Интересный нюанс: были приостановлены операции пересечения нервов как «антипавловские», в то время как ваготомия как раз была предметом научных изысканий Михаила Перельмана и темой будущей докторской. В 1951 году был арестован

заведующий кафедрой Алексей Буслов как английский шпион, при этом сотрудников обвинили в том, что они не проявили должной бдительности. А однажды Перельмана отвела в сторону начальник отдела кадров областного здравоохранения и сказала ему по секрету: «Знаешь, сейчас здесь для тебя, особенно с учетом твоей фамилии, не будет ничего хорошего. В Рыбинске умер Романов, главный хирург. Поезжай туда на его место. Тебя в Рыбинске знают, а перевод я быстро устрою».

Довольно быстро Михаил Перельман стал главным хирургом этого



В хирургическом отделении Больничного городка. Рыбинск, 1952 г.

Кирилл Жестков, заведующий кафедрой торакальной хирургии РМАНПО:

— Михаил Израилевич был потрясающим рассказчиком, он любил разговоры обо всем, хотя, конечно, всё, так или иначе, крутилось вокруг медицины. Я с ним девять лет работал в институте на Достоевского в Москве (НИИ фтизиопульмонологии — прим. ред.), куда он пригласил меня в 1992 году. Произошло это довольно своеобразно. Я был на повышении квалификации в Институте туберкулеза на Яузе и с таким несколько деревенским нахальством пошел на прием к Перельману как к самому великому торакальному хирургу страны, просить его руководить моей тогда еще только планировавшейся докторской диссертацией. Видимо, Михаил Израилевич очень удивился, услышав все это, и разговаривал со мной около 40 минут. Уже потом, зная, что весь его день обычно расписан по 10-15 минут, я понял, что говорил он со мной очень долго. Вопросы, которые он

задавал, уже не имели никакого отношения ни к докторской, ни к науке, например, он спрашивал, знаю ли я иностранный язык, вожу ли машину. Разговор окончился очень неожиданно. Он спросил меня: «Что же вы, думаете писать докторскую, сидя в Краснодаре?» Я удивился и сказал: «Михаил Израилевич, меня в Краснодаре ничего не держит, но и в Москве никто не ждет». И тогда он предложил мне место старшего научного сотрудника. Он очень хорошо видел людей и принимал решения сразу.

Жильбер Массард, профессор Страсбургского университета:

— С Михаилом Израилевичем мы познакомились на конференции, которую проводил Владимир Порханов в поселке Ольгинка Краснодарского края. Академик Перельман свободно говорил по-английски, по-немецки, позже мы встречались на наших конференциях в Европе, и у нас с ним сложились тесные отношения. Помню, однажды он мне сказал, что я должен стать членом Россий-

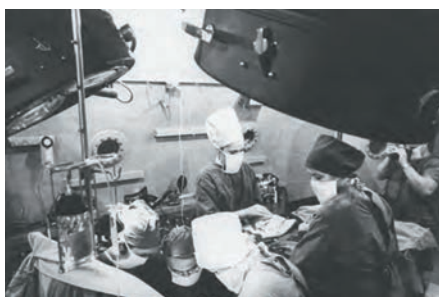
ской академии наук и взял организацию этого процесса на себя. В последнее время это были почти отношения отца и сына, и для меня символично, что он ушел из жизни 29 марта — в тот же день, что и мой папа.

Он всегда откровенно говорил о своей жизни, с радостью рассказывал анекдоты, каждый раз новые. Он дожил почти до 90 лет, это очень длинная жизнь, и при этом у него была уникальная память. Например, он мог рассказать, что 26 февраля 1939 года ему кто-то позвонил, и это было не в 11 утра, а в 16.30.

Меня всегда очень интересовала история Советского Союза. И Михаил Израилевич рассказал как-то забавную историю того времени. Вместе с министром здравоохранения СССР он оперировал жену Хрущева, которую с острым животом привезли в кремлевскую больницу. Академик Петровский сказал, что это перитонит и нужно срочно оперировать. Открыли живот — и ничего, даже камней в желчном пузыре нет. Михаил Израилевич заметил, что Петровский начал потеть — так всегда было, когда он начинал вол-



Запись протокола операции.
Больница «Захарьино», 1957г.



Операция на бифуркации трахеи
в барооперационной. 1977 г.



Наблюдение за ходом операции. 1977 г.

города, известным и уважаемым врачом. Вот некоторые характерные истории тех времен:

«Я был избран в городской комитет партии, быстро получил хорошую квартиру на втором этаже нового дома. Первый этаж занимал большой гастроном. Помню, как однажды я спустился купить пару бутылок водки для приехавших гостей. Довольно специфическая мужская очередь в винно-водочный отдел расступилась:

— Пожалуйста, товарищ доктор!

Мне стало не по себе, и я ограничился покупкой каких-то безалкогольных напитков. За водкой пришлось команди-

ровать гостя. Таковы особенности жизни хирурга в небольшом городе!».

«...ночью на неосвещенной улице внезапно в глаза мне ударил свет фонаря и трое грозных молодых людей потребовали зимнюю шапку, часы и бумажник.

— Это новости — грабить хирургов, — сказал, испугавшись, я.

Слова возымели магическое действие. Меня узнали.

— Ошиблись, гражданин доктор! Со всеми бывает. Извините.

Далее последовало предложение проводить меня домой.

— Там еще наши стоят. Как бы чего не вышло, проводим».

В 1954 году Михаил Перельман вернулся в Москву, став ассистентом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии 1-го Московского медицинского института. Впереди его ждали новые горизонты в торакальной хирургии и фтизиопульмонологии, тысячи операций и спасенных человеческих жизней, признание со стороны коллег со всего мира. Но это — уже совсем другая история.

Редакция АМТЕС KAZAN Info благодарит издательство «ГЕОТАР-Медиа» за представленную книгу М.И. Перельмана «Гражданин доктор», материалы которой были использованы при подготовке статьи.

новаться. Но когда министр зашивал рану, потеть он перестал, и Перельман понял, что выход из неприятной ситуации найден. Когда они вышли из операционной, Петровский обнял ожидающего окончания операции Хрущева и воскликнул: «Никита Сергеевич, это не рак!» Никита Сергеевич был так доволен, что больше ни о чем не спрашивал.

Владимир Паршин, заведующий отделением торакальной хирургии Клинического центра Первого Московского государственного медицинского университета им. Сеченова:

— В свое время я пришел в клинику Перельмана, которую он создал в Москве. Я являюсь учеником, а впоследствии возглавил его отделение торакальной хирургии. Когда вышла книга Михаила Перельмана «Гражданин доктор», он подарил ее мне, подписав «Моему наследнику».

Михаил Израилевич не любил свои дни рождения, не любил, когда его поздравляли, всегда куда-нибудь уезжал. Но все-таки иногда, на юбилеи мы пытались устроить празднование — практически силком. Например, когда ему исполнилось 65 лет. Для того чтобы поехать на банкет, мы наняли отдельный троллейбус, украсили его цветами, шарами. Ему очень понравилось.

А как-то на очередном дне рождения он позвал заведующих отделениями из разных больниц СНГ и говорит: «Я все понимаю, сейчас вы будете поднимать за меня бокалы, говорить добрые слова и т. д. Это неинтересно. Давайте сделаем так — каждый в конце тоста расскажет интересный случай из своей хирургической практики». Выиграл, конечно, грузин — ведь они очень хорошие рассказчики. Грузия — это всегда была коммерческая хирургия, особенно во время распада СССР, СНГ. И вот что рассказал хирург Резо Гагуа, который впоследствии стал директором Института онкологии в Тбилиси: «Проопериро-

вал больного, все прошло хорошо. Проходит час, звонят из реанимации, говорят, что больной в сознание не приходит. Что случилось? Я подхожу к нему: «Вахтанг, Вахтанг!». Он открывает глаза и говорит:

— У меня все в порядке.

— А что ты ни с кем не разговариваешь?

— Да я как глаза открою, с меня деньги все требуют!»

Шеф был неординарным человеком. Очень любил общение с хирургами. Относился по-человечески, помогал по службе, советами. Но мог быть жестким, особенно не терпел хамства. Мог ничего не сказать, не ругался, просто «ставил стену», и человек для него переставал существовать. Больное видится на расстоянии. Прошло больше пяти лет после его смерти. Конечно, это утрата, не хватает его авторитетного мнения во время дискуссий. Но мы благодарны, в том числе нашим европейским коллегам, за то, что школу в Казани называли именем Перельмана».

РАСПИСАНИЕ КУРСОВ НА 2019 ГОД

АПРЕЛЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

01.04 – 02.04

Достижения и перспективы клинической эндокринологии

08.04 – 12.04

Знать, как управлять, – значит управлять эффективно

15.04 – 19.04

Эндоскопические операции в торакальной хирургии

15.04 – 19.04

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

18.04 – 19.04

Управление изменениями в медицинском учреждении

24.04 – 27.04

Диагностика внутриматочной патологии. Гистероскопия, гистерорезектоскопия

26.04 – 28.04

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс

МАЙ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

09.05 – 10.05

Современные высокотехнологичные методы оперативного лечения патологии стопы

13.05 – 17.05

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

13.05 – 17.05

Эпидемиологическая безопасность эндоскопических манипуляций

17.05 – 19.05

Артроскопическая и малоинвазивная хирургия плечевого сустава. Продвинутый курс. Профилактика интра- и послеоперационных осложнений

20.05 – 24.05

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

23.05 – 24.05

Практикум «Корпоративная культура в медицине. Создать или поддержать?»

27.05 – 31.05

Эндоскопическая хирургия в урологии

25.05 – 26.05

Хирургическое лечение дегенеративных заболеваний коленного сустава

30.05 – 01.06

Формирование пациентоориентированности с использованием методов дизайн - мышления

ИЮНЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
				1	2	
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

03.06 – 07.06

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

07.06 – 08.06

Артроскопическая хирургия локтевого и голеностопного суставов

10.06 – 14.06

Ультразвуковая диагностика в ортопедии. Продвинутый курс

14.06 – 16.06

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

17.06 – 18.06

Достижения и перспективы клинической эндокринологии

АВГУСТ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

19.08 – 23.08

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

СЕНТЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

02.09 – 06.09

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

02.09 – 06.09

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

15.09

Школа медицинского лектора

16.09 – 20.09

Эпидемиологическая безопасность эндоскопических манипуляций

ОКТАБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

07.10 – 11.10

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

11.10 – 12.10

Корригирующие остеотомии

НОЯБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

04.11 – 08.11

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

11.11 – 15.11

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

18.11 – 22.11

Эпидемиологическая безопасность эндоскопических манипуляций

ДЕКАБРЬ

пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

02.12 – 06.12

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

09.12 – 13.12

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии



AMTEC • KAZAN

Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

www.amtec-kazan.com