

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ОПЫТ РЕГИОНОВ

Интервью министра здравоохранения Самарской области

37

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Профилактика ВБИ – опыт здравоохранения Москвы

44

МЕНЕДЖМЕНТ

Первая международная конференция по качеству в здравоохранении

51

ОБРАЗОВАНИЕ

Какие экзамены должны сдать будущие американские врачи?

69

ПАМЯТЬ

Ученик Вишневецкого, выдающийся хирург и народный профессор

76

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ИТОГИ 2012 ГОДА И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНОВ

СТР. 9

Здравоохранение регионов–2012: итоги и приоритеты развития [9] • Модернизация первичной медицинской помощи в Республике Татарстан [14] • Приоритеты профилактической деятельности здравоохранения Республики Татарстан [19] • Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению Заинского муниципального района [24] • Специализированная медицинская помощь больным с заболеваниями эндокринной системы [28] • Питание как фактор формирования здоровья детей [31] • Перезимовали. Как проявил себя модульный ФАП за год эксплуатации? [34] • Геннадий Гридасов: «Необходимо повышать структурную эффективность здравоохранения» [37] • Флагман губернского здравоохранения [40] • Высокие технологии против рака [41] • Сердце Самары. Областная кардиологическая служба сегодня [42] • Профилактика инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения как критерий качества оказания медицинской помощи [44] • Защитить новорожденных от инфекции помогает импульсная ксенонная УФ-установка «Альфа» [48] • Международный опыт менеджмента – российским врачам [51] • Процессный подход и формализация процессов в работе многопрофильной клиники [52] • Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска – пример эффективного государственно-частного партнерства [56] • Неотложные вопросы торакальной хирургии [58] • На страже демографического резерва [59] • Ранняя диагностика рака молочной железы с помощью систем Acuson S2000 ABVS и 3D-томографической реконструкции [60] • Кафедра эпидемиологии: вчера, сегодня, завтра [62] • Пневматическая почта: от XVII века до наших дней [64] • Нужды пациента превыше всего [66] • Экзамены по-американски. Особенности медицинского образования в Штатах [69] • Здоровый подход к бизнесу [72] • Призвание профессора Домрачева [76]



года вместе с вами!



Медицинский
информационно-
аналитический журнал

Healthy Nation



***Здоровая нация –
сильное государство***

www.HealthyNation.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

9	Здравоохранение регионов-2012: итоги и приоритеты развития
14	Модернизация первичной медицинской помощи в Республике Татарстан
19	Приоритеты профилактической деятельности здравоохранения Республики Татарстан
24	Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению Заинского муниципального района
28	Специализированная медицинская помощь больным с заболеваниями эндокринной системы
31	Питание как фактор формирования здоровья детей
34	Перезимовали. Как проявил себя модульный ФАП за год эксплуатации?
37	Геннадий Гридасов: «Необходимо повышать структурную эффективность здравоохранения»
40	Флагман губернского здравоохранения
41	Высокие технологии против рака
42	Сердце Самары. Областная кардиологическая служба сегодня
44	Профилактика инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения как критерий качества оказания медицинской помощи
48	Защитить новорожденных от инфекции помогает импульсная ксеноновая УФ-установка «Альфа»
51	Международный опыт менеджмента - российским врачам
52	Процессный подход и формализация процессов в работе многопрофильной клиники
56	Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска - пример эффективного государственно-частного партнерства
58	Неотложные вопросы торакальной хирургии
59	На страже демографического резерва
60	Ранняя диагностика рака молочной железы с помощью систем Acuson S2000 ABVS и 3D-томографической реконструкции
62	Кафедра эпидемиологии: вчера, сегодня, завтра
64	Пневматическая почта: от XVII века до наших дней
66	Нужды пациента превыше всего
69	Экзамены по-американски. Особенности медицинского образования в Штатах
72	Здоровый подход к бизнесу
76	Признание профессора Домрачева

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ





Самарская область

Для детей и матерей

Делегация Самарской области успешно защитила в Минздраве РФ заявку на капремонт пяти объектов родовспоможения и медицинского обслуживания детей, расположенных в Самаре и Тольятти, а также на строительство трех новых медучреждений. Крупнейший из планируемых объектов – областной перинатальный центр на 150 коек, который будет возведен в соответствии с поручением губернатора Самарской области Николая Меркушкина. Ориентировочная стоимость строительства – 2 млрд 160 млн рублей. Это лечебное заведение призвано помочь беременным женщинам с повышенной опасностью аномальных родов с осложнениями. По статистике, таких в стране около 60%. Перинатальный центр начнет работу в 2015 году. К этому же сроку в Самарской области будут возведены хирургический корпус Самарской городской детской клинической больницы № 1 на 200 коек и детский инфекционный корпус Городской больницы № 5 городского округа Самара на 80 коек. Предварительная стоимость строительства – 1 млрд 150 млн рублей и 250 млн рублей соответственно.

Новые горизонты клеточных технологий

Самарский областной клинический центр клеточных технологий отметил свое 10-летие. Как сказал заместитель председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения Геннадий Гридасов, биотехнологии и клеточные технологии – это будущее медицины не только Российской Федерации, но и всего мира. 10 лет назад перед новым учреждением ставились амбициозные задачи. Первая из них – создать банк пуповинной крови. Сейчас он наполовину заполнен и насчитывает 8 тысяч образцов. Это один из крупнейших банков пуповинной крови в европейской части России. Уже 42 пациента благодаря его работе получили возможность трансплантации костного мозга и были спасены. Второе направление работы центра – это использование клеточных технологий в практической деятельности, отработка фундаментальных методов лечения совместно с Самарским государственным медицинским университетом. Стволовые клетки уже начали использовать для восстановления костной ткани, лечения сложных переломов.

На прием – через интернет

Электронная регистратура впервые была внедрена в трех лечебных учреждениях Самары в мае 2009 года. К концу 2011 года электронная регистратура установлена во всех ЛПУ области. За время ее работы жителям губернии выдано уже более 350 тысяч электронных талонов на прием к врачу. В 2012 году произведена интеграция с Федеральным порталом государственных услуг и запущена система «Диспетчерский пункт», позволяющая врачам самостоятельно записывать на прием через интернет своих пациентов к коллегам в другие лечебные учреждения. Самарский областной медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) выступает в качестве технической площадки, отслеживает доступность и актуальность расписания врачей, консультирует граждан по телефону «горячей линии», которая начала работу в январе 2013 года.



Оренбургская область

ЭКО станут делать больше

Программа ЭКО войдет в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Оренбуржье включилось в этот проект гораздо раньше. С 2007 по 2012 гг. ежегодно из областного бюджета направлялось 24 млн рублей на проведение жителям области 250 процедур экстракорпорального оплодотворения. Дорогостоящая процедура выполняется для пациентов бесплатно. Положительный эффект составляет около 40%. С нынешнего года источников финансирования для высокотехнологичного лечения бесплодия стало больше. К средствам областного бюджета в рамках областной программы «Дети Оренбуржья» (28 млн рублей) добавляются средства фонда ОМС (200 процедур ЭКО в год). По словам заместителя министра здравоохранения области Галины Череповой, при выявлении бесплодия пациент получает направление в региональное министерство здравоохранения, где по заключению комиссии он получает квоту на лечение с применением высоких репродуктивных технологий. При этом гражданин сам выбирает лечебное учреждение на территории области.

Новые возможности инфекционной службы

В рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» в областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями поставлено лабораторное оборудование для количественного и качественного определения вирусов ВИЧ, гепатитов В и С на общую сумму 3,6 млн рублей, выделенных из федерального бюджета. С его помощью не только выполняется скрининг на наличие в крови вирусов, но и проводится качественное определение уровня ВИЧ, т.е. вирусная нагрузка. Это позволяет контролировать эффективность проводимой антиретровирусной терапии. В 2012 году в области выполнено около 300 тысяч исследований на ВИЧ. Возможность антиретровирусной терапии предоставлена всем нуждающимся в данном лечении. Охват составляет 97,7% от числа нуждающихся (по РФ – 95,5%). Дорогостоящее лечение проводится бесплатно для пациента за счет субсидий из федерального бюджета. В области его получают свыше 3,6 тысячи человек.

Спрос за каждый рубль

В итоговой коллегии министерства здравоохранения области принял участие губернатор Юрий Берг. Он обратил внимание собравшихся на соблюдение дисциплины при расходовании бюджетных средств. «Спрос за каждый государственный рубль будет ужесточен», – заявил Юрий Берг. Также он обратил внимание на необходимость последовательного решения кадрового вопроса и привлечения молодых специалистов к работе в системе здравоохранения. Для этой цели заработная плата медицинских работников в 2013 году будет увеличена на 30%. Министр здравоохранения Тамара Семивеличенко в своем докладе отметила, что именно в Оренбуржье стартовал федеральный проект «Земский доктор», в 2012 году 179 молодых врачей связали свою жизнь с сельским здравоохранением. Результатом целого комплекса мер стали позитивные демографические тенденции: в прошлом году впервые за 20 лет в области был преодолен отрицательный демографический баланс. Естественный прирост населения составил более 1,5 тысячи человек.



Республика Башкортостан

Региональный сосудистый центр – в Стерлитамаке

21 февраля в городе Стерлитамак на базе клинической больницы № 1 состоялась открытие Регионального сосудистого центра (РСЦ) по оказанию медицинской помощи больным с острыми коронарным синдромом и нарушением мозгового кровообращения.

В состав РСЦ входят: неврологическое отделение для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, отделение неотложной кардиологии и нейрохирургии. Необходимое оборудование стоимостью свыше 270 млн рублей закуплено в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения.

Это инструментарий для нейрохирургических операций, интегрированная нейрохирургическая система, вертикализатор, ангиографическая установка, система холтеровского мониторинга и многое другое.

Если раньше с инфарктами имели дело терапевты, то сейчас это кардиохирурги, которые проводят вмешательства на сосудах. Скоро здесь смогут также лечить инфаркты легких, почек, тромбоз брыжеечной артерии.

Новые возможности диагностики для детской службы

В Республиканской детской клинической больнице состоялась открытие нового диагностического центра, в котором принял участие президент Башкортостана Рустэм Хамитов.

Центр оснащен необходимым оборудованием, операционными для проведения высокотехнологичных малоинвазивных и амбулаторных операций. Это обеспечит более широкий охват детей, уменьшит сроки их стационарного лечения. Сметная стоимость диагностического центра составила 1,2 млрд рублей, в том числе на 897,912 млн рублей приобретено 280 единиц медицинской техники. Благодаря новому оборудованию уже внедрены перспективные методы диагностики и лечения.

Президент республики высоко оценил работу новых программно-аппаратных комплексов: магнитно-резонансного и компьютерного томографов, рентгеновского остеоденситометра, которые помогают на ранней стадии выявлять патологию у детей. «Нам надо бороться за каждую жизнь. За то, чтобы каждый ребенок чувствовал, что он защищен», – обращаясь к врачам, сказал Рустэм Хамитов.

Реанимобили приехали на село

Как рассказал министр здравоохранения РБ Георгий Шебаев, благодаря премии, которую Башкортостан заслужил за успешную и эффективную реализацию региональной Программы модернизации здравоохранения, для центральных районных больниц приобретены 30 автомобилей скорой помощи, укомплектованных реанимационным оборудованием. 143 машины специализированной помощи уже переданы и работают в медицинских учреждениях республики.

Кроме того, в ближайшее время крупные населенные пункты республики получат еще 71 автомобиль неотложной помощи, в том числе 18 передвижных медицинских модулей: диагностические комплексы для детей, «Центр здоровья», «Женское здоровье».

Как отмечают главные врачи ЦРБ, новые реанимобили очень комфортные, обладают повышенной проходимостью. Они предназначены для проведения неотложных мероприятий скорой медицинской помощи силами реанимационной бригады, транспортировки и мониторинга состояния пациентов на догоспитальном этапе.

Стоимость одного реанимобиля составляет 2 млн 800 тысяч рублей.



Нижегородская область

Три уровня медицинской помощи

По итогам 2012 года в Нижегородской области насчитывалось 147 ЛПУ первого уровня, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и первичную стационарную медицинскую помощь, 49 межмуниципальных специализированных центров второго уровня, 13 региональных центров третьего уровня, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Об этом сообщил на итоговой коллегии Минздрава министр здравоохранения Нижегородской области Александр Карцевский. Сеть лечебных учреждений Нижегородской области создана с учетом трех уровней системы по сосудистому, травматологическому, онкологическому и другим профилям.

В перспективе планируется увеличение количества медучреждений первого и второго уровней преимущественно за счет участия частных медицинских организаций. Развитие третьего уровня будет происходить в основном благодаря модернизации государственных больниц и привлечению федеральных медицинских организаций.

Социальная поддержка - врачам

Дефицит врачебных кадров в регионе составляет свыше 4 500 человек, 73% от этого показателя обусловлено поликлиникой, 27% - стационаром. Правительством Нижегородской области принимаются активные меры по привлечению врачебных кадров в учреждения здравоохранения.

В рамках областной целевой программы «Меры социальной поддержки молодых специалистов Нижегородской области на 2011–2023 годы» в 2013 году планируется привлечь 110 специалистов. Предусматриваются выплаты на погашение кредита на приобретение автомобиля, строительство или приобретение жилья, при этом молодой специалист должен отработать в учреждении здравоохранения области не менее 10 лет с момента заключения соглашения.

Единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн рублей в 2012 году получили 45 молодых специалистов, прибывших на работу в сельскую местность. План этого года – 39 человек.

В регионе также реализуется областная целевая программа «Обеспечение малоэтажным жильем работников учреждений сферы здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры и спорта в Нижегородской области на 2012-2024 годы с использованием ипотечного кредитования». В ее рамках работникам медучреждений предоставляется разовая выплата в размере 10% от стоимости жилья, а также ежемесячные социальные выплаты на компенсацию процентов в размере 10% годовых по ипотечному жилищному кредиту на срок не более 120 месяцев.

Модернизация продолжается

Общая сумма финансирования Программы модернизации в Нижегородской области за 2011-2012 гг. составила более 11 млрд рублей. В 2013 году реализация программы будет продолжена, средства направлены на капитальный ремонт 66 учреждений, закупку 143 единиц медицинского оборудования, формирование структурированной кабельной системы в 18 организациях.

В рамках программы «Развитие социальной и инженерной инфраструктуры как основы повышения качества жизни населения Нижегородской области» планируется осуществить финансирование работ в поликлинике в Володарске, Перинатальном центре Дзержинска, Городской больнице № 30, Борской ЦРБ, Детской городской больнице № 1.

НОВОСТИ ТАТАРСТАНА

Заслуженная награда



На итоговой коллегии Минздрава РТ состоялось торжественное вручение званий и правительственных наград. Звание «Заслуженный врач Российской Федерации» получила заведующая отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ДРКБ МЗ РТ Фатима Казакова, «Заслуженный врач Республики Татарстан» – профессор кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ Вячеслав Чикаев, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 2 КГМА Ольга Чечулина, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения ДРКБ МЗ РТ Айдар Хамидуллин, участковый врач-терапевт поликлиники Арской ЦРБ Лилия Файзрахманова, врач-нейрохирург РКБ МЗ РТ Геннадий Савкин. «Заслуженными работниками здравоохранения Республики Татарстан» стали старшая операционная сестра Кукморской ЦРБ Кадрия Загидуллина, операционная медицинская сестра РКОД МЗ РТ Инна Степанова, заведующая Старокакерлинским ФАПом Дрожжановской ЦРБ София Губаева, заместитель главного врача по организационно-методической работе РКОД МЗ РТ Камиль Шакиров. Звание «Отличник здравоохранения» получила генеральный директор санатория «Сосновый Бор» Дильбар Гатина, Почетную грамоту Минздрава РФ – начальник отдела управления лекарственным обеспечением Управления фармации МЗ РТ Гузель Хайруллина, главный советник отдела по вопросам здравоохранения, спорта и формирования здорового образа жизни Аппарата Кабмина РТ Альфия Валиева.

Одной крови

В Казани будет построена новая республиканская станция переливания крови.



На реализацию этого проекта из республиканского и федерального бюджетов выделена сумма в размере 422 млн рублей. Новое здание ГАУЗ «Республиканская станция переливания крови МЗ РТ» будет иметь общую площадь более 6 тысяч кв. м. Здесь планируется реализовать передовые медицинские технологии, отвечающие современным европейским требованиям и стандартам.

На сегодня утверждено медико-техническое задание на строительство, разработан эскизный проект, ведутся проектно-изыскательские работы. Начало строительства запланировано на 2013 год, окончание – ориентировочно в 2014-м. Для справки: В Казани проживает 30% всех доноров республики. В первом квартале 2013 года в столице Татарстана заготовлено 9908,6 литра цельной донорской крови, 4843,7 – плазмы.

Готовность к ЧС

В Городской клинической больнице № 7 МЗ РТ состоялась учения по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС).



Тактико-специальные учения проводились совместно с ГУ МЧС РФ по РТ, службой Республиканского центра медицины катастроф МЗ РТ, Бюро медико-социальной экспертизы РТ, медицинской психологической службой «Сердэш». Готовность к ЧС оценивали гости из различных регионов России во главе с советником отдела скорой медицинской помощи медицины катастроф Департамента медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела Минздрава РФ Аллой Беловой и начальником отдела штаба ВСМК Михаилом Морозом. Согласно сценарию учения на втором этаже терапевтического корпуса произошло возгорание. Возникла угроза быстрого распространения пожара, а также причинения вреда здоровью стационарных больных. Все силы были оперативно направлены в район условной ЧС. Сотрудники больницы помогли вывезти больных через запасные выходы, в реанимационных приемно-диагностического отделения оказывалась экстренная медицинская помощь тяжелым пациентам. Слаженная работа персонала, взаимодействие структур, участвовавших в учениях, были по достоинству оценены гостями.

Электронная библиотека - в помощь врачам

Татарстанские врачи получили 1000 индивидуальных паролей для доступа к электронной медицинской библиотеке.



Специально разработанный для нужд медицинских работников интернет-ресурс «Консультант врача» включает в себя национальные руководства и клинические рекомендации по более чем 50 специальностям, справочники лекарственных средств и лабораторных показателей, банк медицинских изображений и пр. Все материалы, включенные в библиотеку, разработаны по единой методологии с участием более 3500 академиков и докторов наук из ведущих образовательных и научно-исследовательских учреждений страны. Наряду с доступом к статьям, электронным книгам пользователь получает возможность проверить свои знания, ресурс содержит учебные модули для непрерывного медицинского образования.



Айрат ФАРРАХОВ,
министр здравоохранения
Республики Татарстан:

– Завершился очень важный для здравоохранения республики 2012 год, нами был выполнен огромный объем работы по реализации поставленной в послании президента Республики Татарстан задачи – повышение эффективности здравоохранения и улучшение качества жизни татарстанцев! Благодаря эффективной реализации Программы модернизации здравоохранения ее объем финансирования в 2012 году увеличился трижды и составил почти 11 млрд рублей. Объем федеральной премии достиг 1440 млн рублей.

В 2012 году продолжилась позитивная динамика естественного прироста населения. Показатель смертности – самый низкий за последние 12 лет составил 12,2 на 1000 населения, а главное – на 5,2% снижена смертность трудоспособного населения. С 1 января 2012 года мы перешли на критерии учета живорожденности ВОЗ, младенческая смертность в республике составила 6,5 промилле, это один из самых низких показателей в России.

Серьезным вызовом для отрасли стал кадровый дефицит. Пути решения этой проблемы – повышение эффективности целевого набора и персональная работа с теми, кто учится, совместно с главами муниципалитетов по представлению дополнительных гарантий, в том числе выделению жилья. Положительный пример – опыт Лениногорского муниципального района. Здание одного из корпусов ЦРБ, высвободившееся в результате оптимизации, было реконструировано под жилье, что позволило привлечь 32 врача. Совместно с КГМУ нами были приняты меры по увеличению выпуска врачей отдельных специальностей. 12 муниципальных образований заключили соглашения об обучении 24 человек.

Впервые в текущем году установлены целевые выплаты врачу, среднему и младшему медицинскому персоналу фтизиатрической службы. Недавно президентом РТ Рустамом Миннихановым было дано поручение подготовить предложения по обеспечению жильем врачей первичного звена, с выделением специальной квоты на условиях социального найма с последующим переводом в социальную ипотеку.

Мы вступили в завершающий этап подготовки к проведению Универсиады, необходимо мобилизовать все имею-

щиеся ресурсы. Особое внимание следует обратить на языковую подготовку. Прошу всех ответственных сотрудников обеспечить исполнение мероприятий Концепции медицинского обеспечения в установленные сроки.

Выполнен колоссальный объем работ по улучшению материально-технической базы. Благодаря поддержке президента РТ из бюджета республики на объекты модернизации было дополнительно выделено более 1,5 млрд рублей. В части информатизации здравоохранения – основные поставки компьютерной техники завершены, необходимо ускорить разработку медицинской информационной системы и монтаж локальных сетей. За счет дополнительных субсидий ФФОМС нам удалось значительно обновить парк санитарных автомобилей, приобретены современные передвижные диагностические комплексы.

В приоритете мероприятий этого года – учреждения детства и родовспоможения, нам предстоит открыть крупнейшую детскую поликлинику в микрорайоне Азино г. Казани, родильный дом в Бугульме, провести капитальный ремонт детской городской больницы № 1 г. Казани, клиники № 3 и детского стационара Республиканской клинической инфекционной больницы, Лениногорской детской больницы.

Впервые в Татарстане была начата масштабная перестройка первичного звена. В 2012 году стартовал проект по возведению модульных ФАПов. Строительство, реконструкция и капитальный ремонт проводились на 545 объектах, в текущем году эта работа будет продолжена.

Качество и безопасность медицинской деятельности – одна из актуальных и обсуждаемых тем. В условиях существенного роста производительности труда, применения передовых технологий необходимо внедрение новых подходов к управлению качеством.

В 2012 году продолжилась реализация нашей стратегии, направленной на поддержку государственно-частного партнерства. В реализации Программы государственных гарантий участвовало 25 негосударственных медорганизаций, в 2013-м включены еще 28. В 116 учреждениях здравоохранения внедрен аутсорсинг. В перспективе – ряд инвестиционных проектов в поликлинической сети.



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕГИОНОВ-2012: ИТОГИ И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ

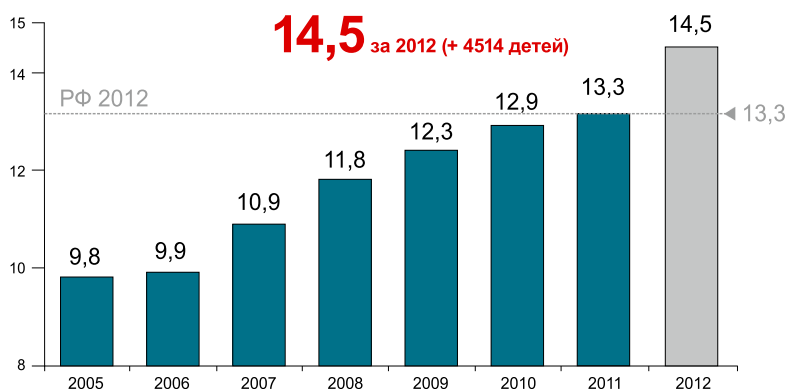
В начале года состоялись итоговые коллегии Министерств здравоохранения регионов Приволжского федерального округа. Главные достижения 2012 года, основные задачи на будущее – в выступлениях ключевых спикеров.



ДИНАМИКА КОЭФФИЦИЕНТА ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА
НА 1 000 НАСЕЛЕНИЯ



ДИНАМИКА РОЖДАЕМОСТИ
НА 1 000 НАСЕЛЕНИЯ



ДИНАМИКА СМЕРТНОСТИ



Анатолий ГУЛИН,
директор Департамента
организации медицинской
профилактики, скорой,
первичной медико-
санитарной помощи
и санаторно-курортного
дела Минздрава РФ:

- Я хотел бы поблагодарить руководство республики за то внимание, которое оно уделяет вопросам здравоохранения. Мы посетили несколько медучреждений, и я убедился, что средства, которые были направлены в рамках программы модернизации, очень эффективно использованы. Отдельно хочу отметить то внимание, которое уделяется селу. ФАПы, врачебные амбулатории, построенные по новой модульной технологии, — это то, что достойно подражания в других российских субъектах. Также хорошее впечатление оставили мобильные комплексы — мы видим, как идеи руководства Минздрава РФ претворяются в жизнь.

Один из наиболее актуальных вопросов — диспансеризация населения, и 2013 год будет очень насыщенным в этом плане. Мы знаем, что Татарстан способен выполнить эти задачи в полном объеме.

Еще одна тема, которая не сходит с полос СМИ, — донорство. Согласно резолюции ВОЗ порядка 70 государств перешли на безвозмездное донорство. Нам нужно двигаться в ногу с развитыми странами. На сегодня ситуация в разных субъектах РФ отличается, так, в Москве около 40% — это платное донорство, в то же время есть регионы, где оно абсолютно бесплатное.



Равиль МУРАТОВ,
первый заместитель
премьер-министра
Республики
Татарстан:

- Качественное улучшение работы здравоохранения происходит из года в год, это нужно признать. Самая главная задача сегодня — хорошо провести Универсиаду.

К нам приезжает множество гостей из разных стран мира и регионов России, и, безусловно, многое будет зависеть от вашей слаженной работы.

Нам необходима хорошая оценка здравоохранения населением. Нужно прислушиваться к мнению общественности. Зарплаты медицинских работников будут расти, наряду с этим должно происходить и улучшение качества медицинских услуг.

Многие студенты медицинских вузов, выпускники медколледжей «не доходят» до медицинских учреждений. Это необходимо отслеживать на всех уровнях. Конечно, вопросы по кадрам еще есть, тем не менее они постепенно решаются.

У Минздрава имеется потенциал, верим в то, что вы справитесь с теми задачами, которые ставятся руководством страны, Правительством, Минздравом РФ, определены в Послании президента нашей республики Рустама Минниханова. Важные направления для нас — снижение смертности, повышение продолжительности жизни. Это главные показатели качества жизни населения. Желаю вам успехов на этом поприще.



Лилия ГУМЕРОВА,
заместитель премьер-министра
Республики Башкортостан:

- За последние два года в здравоохранение по проектам модернизации было направлено более 16 млрд рублей. В рамках программы решались задачи обновления материально-технической базы лечебных учреждений, информатизации отрасли, внедрения единых стандартов и повышение качества амбулаторной медицинской помощи. Однако вложенные в отрасль средства не дадут отдачи, если медицинское сообщество не осознает, что изменилась сама концепция здравоохранения, приоритетом которой стала профилактическая направленность. Необходимо поменять вектор «врач-больной» на «врач-здоровый человек».

Сегодня по республике нехватка более 2000 врачей и 3000 среднего медперсонала. Целый ряд проектов позволил нам укрепить наши позиции, но тем не менее вопрос еще открыт. Программа «Земский доктор» помогла нам более чем на 20% сократить дефицит врачебных кадров на селе, на работу было направлено 610 молодых врачей.

Мало привлечь кадры, в дальнейшем муниципалитет должен сделать так, чтобы специалист закрепился на месте, начиная с механизмов наставничества, вовлечения в жизнь района, заканчивая вопросами предоставления жилья. В 2013 году на село придут еще 270 молодых врачей.

Согласно Указу Президента РФ № 597 нужно довести зарплату наших врачей до 200% от средней по экономике республики к 2018 году. Повышение — это не самоцель, конечным результатом должны стать улучшение качества услуг, развитие кадрового потенциала учреждений.

Высокие технологии — требование дня, и здесь ведущую роль выполняют республиканские клиники. Более 150 человек в республике живут после пересадки почек, показатели выживаемости приближаются к мировым стандартам. Планируется внедрить также технологии трансплантации печени и сердца.

Увеличение продолжительности жизни до 74 лет возможно при условии формирования здорового образа жизни, единой профилактической среды на основе тесного взаимодействия с общественными организациями. Необходимо сформировать в учреждениях систему управления здоровьем, прежде всего, это касается первичной медицинской помощи. Не менее 30% рабочего времени участкового врача должно быть уделено профилактической работе. Важно не только выявлять факторы риска и ранние признаки заболеваний, но и активно привлекать в Школы здоровья и т. д. Мы приступаем к обязательной диспансеризации населения, надеемся, что она не будет носить формальный характер.

Можно принимать разные управленческие решения, но многое зависит от нашего человеческого отношения к делу, верности профессии. Надеемся, наша совместная работа поможет сделать так, чтобы жители республики были здоровыми.



Георгий ШЕБАЕВ,
министр здравоохранения
Республики Башкортостан:

Сформированная за последние годы модель здравоохранения существенно повысила эффективность нашей работы, о чем свидетельствует динамика демографических показателей. Рождаемость выросла более чем на 5%, смертность снизилась более чем на 2%. Естественный прирост населения увеличился в 3,5 раза. С 1 января 2012 мы перешли на новые критерии живорожденности, показатель младенческой смертности составил 7,9 промилле — это на 11% ниже среднего российского показателя. За 2012 год в 1,2 раза снизился показатель детской смертности.

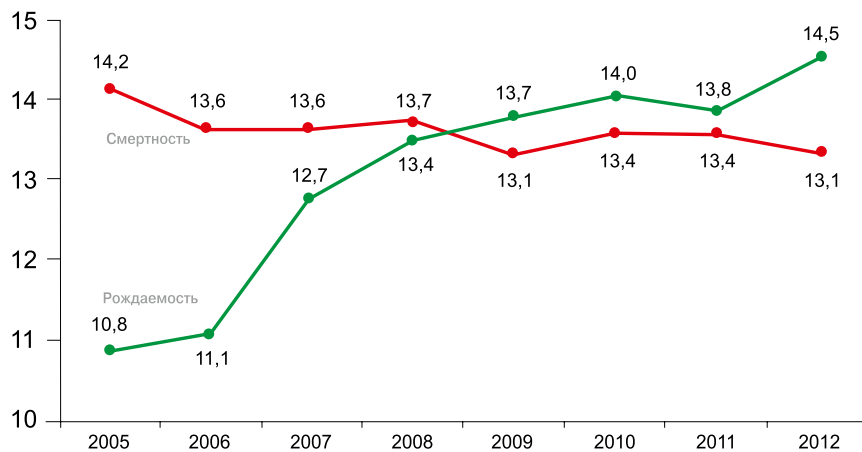
В целом в республике обеспечена сбалансированность всех видов медицинской помощи в соответствии с федеральными нормативами. В 2012 году высокотехнологичную помощь получили 8307 жителей республики, это на 11% больше по сравнению с 2011-м.

Санаторно-курортная отрасль — важнейшая часть индустрии здоровья. За прошедший год в 9 санаториях республики было оздоровлено более 106 тысяч человек.

В 2012 году завершены основные мероприятия по реализации Программы модернизации здравоохранения, проводился капитальный ремонт учреждений, приобретено 4260 единиц медоборудования.

В рамках первого этапа информатизации здравоохранения учреждения оснащены компьютерным оборудованием. Сегодня проводится организация локальных сетей, регионального ресурса, обеспечивающего информационный обмен между

Демографические показатели (на 1000 населения)



организациями, ТФОМС.

Обеспечение отрасли кадрами — одна из самых сложных задач. Необходимо не просто обеспечить достаточное количество медицинских работников, но и соответствие их профиля и квалификации реальной потребности трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Минздравом РБ разрабатывается программа, направленная на поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, повышение квалификации, а также методов социальной поддержки.

Увеличение финансирования отрасли налицо, но в то же время ничто не заменит долга врача по выполнению профессионального кодекса. Зарплата у врачей республики на сегодня составляет уже 165% от средней по региону, нужно менять стиль работы.

Основное внимание в 2013 году будет направлено на выполнение запланированных объемов программы госгарантий, мероприятий по оптимизации сети и штатов учреждений здравоохранения, развитие современных технологий выхаживания новорожденных, укрепление здоровья матерей и детей, управление качеством медицинской помощи, формирование в обществе идеологии здорового образа жизни.



Николай МЕРКУШКИН,
губернатор
Самарской области

Глава региона поставил перед министерством ряд задач, которые необходимо решить в ближайшее время. Губернатор еще раз подчеркнул, что в отрасли здравоохранения Самарской области есть проблемы, в частности, со строительством новых медицинских учреждений. В качестве примера был приведен кардиоцентр, здание которого планирует возвести частный инвестор. «В этой ситуации все согласования должны быть проведены максимально быстро», – заметил Николай Меркушкин.

Один из важных вопросов, который был поднят в ходе конференции, – эффективное расходование средств. Как отметил губернатор, это позволило бы повысить заработную плату врачам и среднему медицинскому персоналу. Николай Меркушкин: «Во всем мире врачи живут достойно. Профессионалы должны получать хорошие деньги, но за конкретный результат. Только так мы можем оставаться конкурентоспособными».

Губернатор Самарской области подчеркнул, что власть всегда будет поддерживать здравоохранение как на региональном, так и на федеральном уровне.

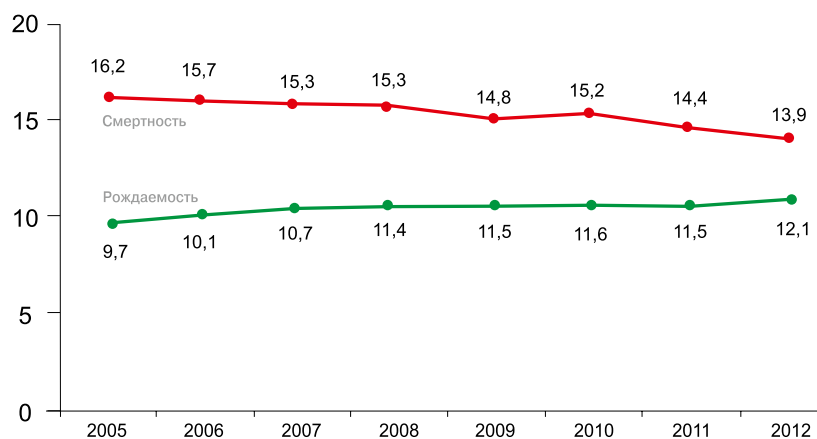


Геннадий ГРИДАСОВ,
заместитель председателя Правительства
Самарской области - министр здравоохранения:

– Демографические показатели можно расценивать как концентрированное выражение социальной политики, проводимой в регионе. Среди позитивных итогов 2012 года необходимо отметить то, что в регионе продолжается снижение смертности населения – на 3,5%, показатель рождаемости был самым высоким за последние 25 лет, темп его роста – 5,2%. Вместе с тем, к сожалению, Самарская область пока не вошла в число регионов, где отмечен естественный прирост.

Смертность от болезней системы кровообращения в 2012 году снизилась на 6,9% по сравнению с 2011-м. В рамках Программы модернизации здравоохранения была продолжена работа по совершенствованию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом. Определено 16 ЛПУ области, в которых может проводиться лечение; определена тактика ведения таких больных,

Демографические показатели (на 1000 населения)



технологические карты. Наш положительный опыт в лечении пациентов с сосудистой патологией головного мозга получил высокую оценку министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой во время недавнего визита. Главная задача 2013 года – создание 8 первичных сосудистых центров.

Онкологическая заболеваемость в Самарской области за 5 лет выросла на 10%, при этом рост смертности от злокачественных новообразований практически прекратился.

Снижается удельный вес запущенных форм рака, стабилизируются показатели одногодичной летальности. В рамках намеченной на 2013 год диспансеризации населения основной акцент должен быть сделан на раннее выявление онкологических заболеваний.

Сегодня широко используются современные технологии лечения: брахитерапия, рентгенохирургические операции, стереотаксическая лучевая терапия и др. В 2012 году 360 онкобольных получили высокотехнологичную медицинскую помощь – в 1,8 раза больше, чем в предыдущем.

На 2012 год министерству Законом Самарской области «Об областном бюджете на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов» предусмотрены бюджетные ассигнования в размере 24 млрд 626 млн рублей. Всего Минздравом реализовывалось 13 целевых программ на сумму 5 млрд 673 млн рублей, в том числе с привлечением федеральных средств.

С 1 октября 2012 года производилось повышение заработной платы работникам бюджетных учреждений на 6%. Согласно «дорожной карте» в 2013-м необходимо увеличить оплату труда врачей на 19%, средних медработников – на 18%, младших – на 27%.

В рамках реализации Федерального закона № 313 начался поэтапный перевод муниципальных учреждений в государственные. В первую очередь, это стали станции скорой медицинской помощи. В связи с длительным отсутствием внимания к этой службе со стороны муниципалитетов здесь сложилась наиболее критическая ситуация. Вместо необходимых 95–100 бригад скорой помощи на линии в Самаре ежедневно работает не более 40–45. Что удалось сделать за несколько месяцев? Закуплены новые санитарные автомобили, одежда и обувь для персонала, проводится работа по поэтапному повышению заработной платы, а встречи сотрудников министерства и территориального фонда ОМС с коллективом стали регулярными. Надеемся, нам удастся вернуть специалистов в скорую помощь и она снова станет действительно скорой. В 2013 году надо продолжить работу по созданию отделений неотложной помощи в поликлинических учреждениях городов.

Наиболее проблемна реализация права на доступную медицинскую помощь у сельских жителей. Для решения этой задачи совершенствуется деятельность межмуниципальных центров, в 2012 году на их базе стационарную помощь получили более 200 тысяч пациентов. Задача максимального приближения помощи решается организа-

цией работы фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Сегодня в отрасли трудятся более 60 000 человек. Дефицит врачей составляет более 2000 человек, среднего медперсонала – более 5000. Министерством проводилась большая работа по реализации программы непрерывного профессионального развития медицинских работников области. В прошедшем году продолжались мероприятия по привлечению молодых специалистов в практическое здравоохранение. В рамках постановления Правительства Самарской области в 2012 году 195 молодых специалистов получили единовременное пособие на обустройство.

Единовременную компенсационную выплату в размере 1 млн рублей получили 114 врачей, прибывших на работу в село. Разработан и проходит согласование проект областной целевой программы «Медицинские кадры Самарской области» на 2013–2017 годы.

Задачи на 2013 год:

- Продолжение реорганизации учреждений, оказывающих социально значимые виды помощи.
- Разработка модели реорганизации межмуниципальных медицинских центров на примере двух центров в течение года.
- Дальнейшее внедрение современных технологий оказания помощи (приемно-диагностические отделения, неотложная помощь в поликлинике, этапная реабилитация после стационарного лечения).
- Улучшение доступности и качества медицинской помощи на всех этапах ее оказания, независимо от места проживания и возраста пациента.



ТЕМА НОМЕРА:

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО

Ринат ЗАЛАЛДИНОВ,
заместитель министра здравоохранения
Республики Татарстан

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН



ВТОРОЙ ГОД В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ИДЕТ МАСШТАБНЫЙ ПРОЦЕСС МОДЕРНИЗАЦИИ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ. С ЧЕГО НАЧИНАЛАСЬ ЭТА РАБОТА, КАКОВЫ ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И КАК БУДЕТ ДАЛЬШЕ РАЗВИВАТЬСЯ ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ТАТАРСТАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ? К РАЗГОВОРУ НА ЭТИ ТЕМЫ ЖУРНАЛ HEALTHY NATION ПРИГЛАСИЛ ЗАМЕСТИТЕЛЯ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РТ РИНАТА ЗАЛАЛДИНОВА.

В сентябре 2012 года президент Республики Татарстан Рустам Минниханов в своем Послании Госсовету РТ отметил, что модернизация первичной сети должна стать приоритетной задачей на ближайшие пять лет. До 2016 года включительно будет значительно улучшена материально-техническая база практически всех амбулаторно-поликлинических учреждений республики с целью повышения качества и обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи населению Татарстана. Их строительство, перевод в здания сельских школ, сельских клубов и капитальный ремонт вызывают положительный отклик у населения.

Для решения проблем первичной медико-санитарной помощи по поручению президента Республики Татарстан

Рустама Минниханова активно используются межведомственное взаимодействие с участием восьми республиканских министерств и организаций, возможности республиканских и федеральных программ. Это коснулось большого перечня работ по улучшению материально-технической базы первичных учреждений: перевод ФАПов из аварийных зданий в здания сельских школ, клубов, а также реализация федеральной целевой программы «Социальное развитие села» в части строительства ФАПов по модульной технологии.

В течение 2012 года заменены на модульные сооружения 74 ФАПа, капитально отремонтированы 399, переведены в новые здания многофункциональных центров 8, в отремонтированные здания сельских школ – 13 ФАПов. Таким образом, 495 ФАПов (28% от



всех 1 792 функционирующих), обслуживающих около 255 тысяч жителей села (27% от 931 049, проживающих в сельской местности республики), значительно улучшили свои материально-технические возможности. Кроме того, капитально отремонтированы 38 врачебных амбулаторий (далее – ВА) и четыре поликлиники в городах Казань и Набережные Челны. Оснащены новой мебелью и изделиями медицинской техники 99 ФАПов, сумками-укладками – все 1 792 ФАПа, сумками-укладками для оказания первой помощи – 724 домовых хозяйства.

Опыт эксплуатации модульных конструкций в зимний период, производимых ОАО «Азнакаевский завод Нефтемаш», показал, что в таких зданиях сохранялся комфортный температурный режим и функционировали все коммуникации.

Планы на 2013 год не менее масштабные. К концу октября 2013 года планируется построить, капитально отремонтировать и оснастить 417 объектов первичного здравоохранения в 44 муниципальных образованиях: установить 75 модульных ФАПов и ВА; провести капитальный ремонт семи поликлиник Казани, 300 ФАПов; семи участковых больниц, 27 врачебных амбулаторий.

С целью обеспечения доступности лекарственной помощи населению за 2011-2013 годы во всех 43 сельских муниципальных районах республики лицензии на фармацевтическую деятельность с правом розничной торговли лекарствами получили 195 объектов (18 врачебных амбулаторий и 177 ФАПов).

По поручению президента Республики Татарстан Рустама Минниханова разрабатываются новые виды модульных сооружений, необходимые для системы здравоохранения. Так, специалистами Министерства здравоохранения Республики Татарстан и ОАО «Азнакаевский завод Нефтемаш» разработаны проекты двух видов модульных патологоанатомических отделений (далее – ПАО) общей площадью

Модульное ПАО площадью 177,5 кв.м		
№	Наименование	Площадь кв.м
1	Кабинет врача	12,6
2	Помещение хранения вещественных доказательств и ценностей	8,2
3	Венткамера	5,9
4	Кладовые консервирующих растворов, ядов и летучих веществ	5,0
5	Предсекционная	9,8
6	Тамбур	1,4
7	Санузел	1,2
8	Душевая	2,6
9	Секционная на один стол	18,1
10	Помещение хранения трупов	6,0
11	Помещение приема трупов	8,0
12	Помещение одевания трупов	9,7
13	Траурный зал	17,0
14	Коридор	21,3
15	Секционная инфицированных трупов	18,3
16	Препараторская	9,3
17	Фиксационная	7,8
18	Помещение для хранения уборочного инвентаря	2,7

Размещение медучреждений в сельских районах Республики Татарстан
(число населенных пунктов / общее число ЦРБ, УБ, ВА, ФАПов / число ДХПП)



118,3 м² и 177,5 м². Модульное ПАО включает административно-хозяйственную, секционную, инфекционную, ритуальную и частично лабораторную зоны (фото №3). В Республике Татарстан в 26 муниципальных районах при центральных районных больницах функционируют ПАО, на базе которых расположены районные (межрайонные) судебно-медицинские отделения Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ. Судебно-медицинские отделения городов Нижнекамск, Альметьевск, Бугульма расположены в собственных зданиях. 17 муниципальных районов не имеют ПАО, 10 ПАО подлежат замене в связи с большим износом, в трех требуется расширение площадей в связи с увеличением объема работы. В Республике Татарстан имеется ориентировочная потребность в 18 модульных ПАО. Первое такое здание планируется открыть в Заинской центральной районной больнице за счет средств ОАО «Татнефть».

Модернизация первичного звена осуществляется за счет бюджета Республики Татарстан, федеральных средств в рамках федеральной целевой программы «Социальное развитие села»; бюджета муниципальных образований.

В результате детального анализа инфраструктуры сети первичного звена здравоохранения республики определена ситуация по шести ее регионам. Для наглядности (фото №4) используется показатель обеспеченности сельских населенных пунктов медицинскими учреждениями – 88% (2 669 из 3 026). При этом в 10 муниципальных районах (23%) показатель обеспеченности составляет 98-100%. В 21 муниципальном районе (49%) он превышает республиканский и находится в пределах 89-97%. В 12 (28%) муниципальных районах

показатель обеспеченности ниже республиканского: от 58% до 87%. Ситуация по шести регионам Республики Татарстан различная. Так, на северо-западе Татарстана показатель обеспеченности ниже республиканского в пяти из семи районов. В 3 из 10 районов Северо-Восточного региона та же картина. Всего в этих двух регионах находится 8 из 12 районов (67%), имеющих показатель обеспеченности ниже республиканского. Такая же ситуация в двух районах в Закамском и в двух — в Предкамском регионах. Наиболее благоприятная ситуация по Юго-Восточному и Предволжскому регионам, где во всех районах показатель обеспеченности выше республиканского.

Для повышения качества и обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи населению кроме укрепления материально-технической базы сети первичного звена здравоохранения необходима модернизация ее инфраструктуры, формирование рационального их размещения.

Отмечу, что все соответствующие мероприятия осуществляются в точном соответствии с требованиями Минздрава Российской Федерации. Так, начиная с 2013 года нами разработаны и представлены следующие системообразующие документы:

- «Концепция развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Татарстан», включающая анализ состояния и основные проблемы организации; сценарий ее реализации, цель, ключевые задачи, реализуемые и планируемые мероприятия долгосрочного развития.

- План мероприятий (дорожная карта) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Татарстан», включающий в себя программу по укреплению амбулаторно-поликлинического звена и целевые значения показателей за 2012-2016 годы.



- Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года» (далее – государственная программа), включающая подпрограммы «Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению», «Модернизация инфраструктуры амбулаторно-поликлинической помощи» и «Создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи».

Реализация в полном объеме профильных мероприятий в рамках государственной программы возможна только при получении федерального финансирования, вопрос о размере которого будет решен по результатам ее защиты в Минздраве России, ожидаемой в апреле. «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года» – это не только последний по дате составления, но и наиболее детальный документ в части модернизации первичного звена. Им, в частности, предусмотрены следующие системные мероприятия:

- повышение эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи с формированием в структуре медицинских организаций отделений (кабинетов) неотложной помощи с возможностью оперативной связи со станцией (отделением) скорой медицинской помощи. С 2009 года в Республике Татарстан системой ГЛОНАСС оснащено более 300 автомобилей скорой помощи. В 2013 году планируется выйти на штатный режим эксплуатации системы ГЛОНАСС и диспетчеризации деятельности этой службы, что позволит оперативно перераспределять бригады.

В Республике Татарстан функционируют 94 амбулаторно-поликлинических учреждения (АПУ), оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Они объединяют 1 790 фельдшерско-акушерских пунктов, 89 врачебных амбулаторий, 18 участковых больниц, 57 поликлиник.

42 АПУ расположены в одном здании с функционирующими отделениями, пунктами скорой медицинской помощи и приемными отделениями, где уже созданы условия для оказания неотложной медицинской помощи и нет необходимости открывать дублирующие отделения или кабинеты. С 2003 года в 8 поликлиниках, участковых больницах, врачебных амбулаториях, центрах общей врачебной практики развернуты отделения (кабинеты) этой службы. В рамках проекта государственной программы до 2020 года запланированы организация и оснащение отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Ожидаемым результатом этих мероприятий является формирование полноценной инфраструктуры для оказания неотложной медицинской помощи пациентам в АПУ.

Для оказания первой помощи населению малочисленных населенных пунктов, расположенных на значительном удалении от медицинской организации (более трех км), сформированы 724 домовых хозяйства первой помощи населению (далее – ДХПП). К работе привлечены бывшие медицинские работники, педагоги, сотрудники полиции, военные. В 2012 году завершено их оснащение сумками-укладками, а в ноябре 2012 года закончено обучение представителей домовых хозяйств навыкам оказания первой помощи. В рамках проекта государственной программы до 2020 года запланированы организация, обучение представителей и оснащение дополнительных ДХПП. Ожидаемым результатом этих мероприятий является формирование полноценной инфраструктуры для оказания первой помощи жителям малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделений населенных пунктов.

До 2020 года запланированы строительство, капитальный ремонт, перевод в новые или отремонтированные здания сельских школ и многофункциональных центров (клубов) 1 289 ФАПов, врачебных амбулаторий, участковых больниц. Кроме того, предусматривается капитальный ремонт 52 поликлиник городских и центральных районных больниц. Перечисленные учреждения планируется оснастить и дооснастить мебелью и медицинским оборудованием.

Для приближения амбулаторно-поликлинической помощи населению запланировано открытие на первых этажах зданий в новых микрорайонах центров для врачей общей практики и участковых педиатров.

Следует отметить, что впервые отраслевое планирование в части инфраструктуры амбулаторно-поликлинической помощи формировалось с учетом проектов размещения сети учреждений здравоохранения в крупных городах.

Церемония открытия новых и отремонтированных объектов первичного здравоохранения в муниципальных районах проходит с участием руководства республики, министерств, местной администрации, средств массовой информации, они становятся заметным событием в жизни сел и деревень.

Запланированные в рамках программных документов направления совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению республики не имеют прецедентов по масштабности и географии мероприятий, количеству привлеченных министерств, ведомств и организаций, объему и источникам финансирования, видам и количеству модернизируемых объектов. Полученный опыт реализации профильных федеральных и республиканских программ, проектов дает уверенность в том, что главная задача – повышение доступности, обеспечение преемственности и качества амбулаторно-поликлинической помощи населению Республики Татарстан – будет успешно решена.

18-я международная специализированная выставка

ИНДУСТРИЯ ЗДОРОВЬЯ.



Казань
2013

16-18
октября



www.volgazdravexpo.ru

ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
ISO - 9001



КАЗАНСКАЯ
ЯРМАРКА

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

12+

Елена ХАФИЗОВА, начальник
отдела профилактической помощи и
здоровоохранения Министерства
здравоохранения Республики Татарстан

ПРИОРИТЕТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН



В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ТАТАРСТАНА ВАЖНЕЙШИМ ПРИОРИТЕТОМ СТАЛО РАЗВИТИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ. ЕЩЕ В 2001 ГОДУ ВОЗНИКЛА НЕОБХОДИМОСТЬ ВОЗРОЖДЕНИЯ ПРЕЖНИХ ТРАДИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ТРЕБУЮЩИХ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ И ПОДХОДОВ В РЕШЕНИИ ВОПРОСОВ ОХРАНЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ. ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РЕСПУБЛИКИ БЫЛО ПРИНЯТО РЕШЕНИЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СТРУКТУРЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОТРАСЛИ. НЕПОСРЕДСТВЕННО В АППАРАТЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН БЫЛ СОЗАН ОТДЕЛ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

На сегодняшний день с учетом существующих приоритетов и расширенного круга задач отдел получил новое наименование – «отдел профилактической помощи и здравоохранения». В центре внимания его работы находятся вопросы организации профилактики неинфекционных заболеваний,

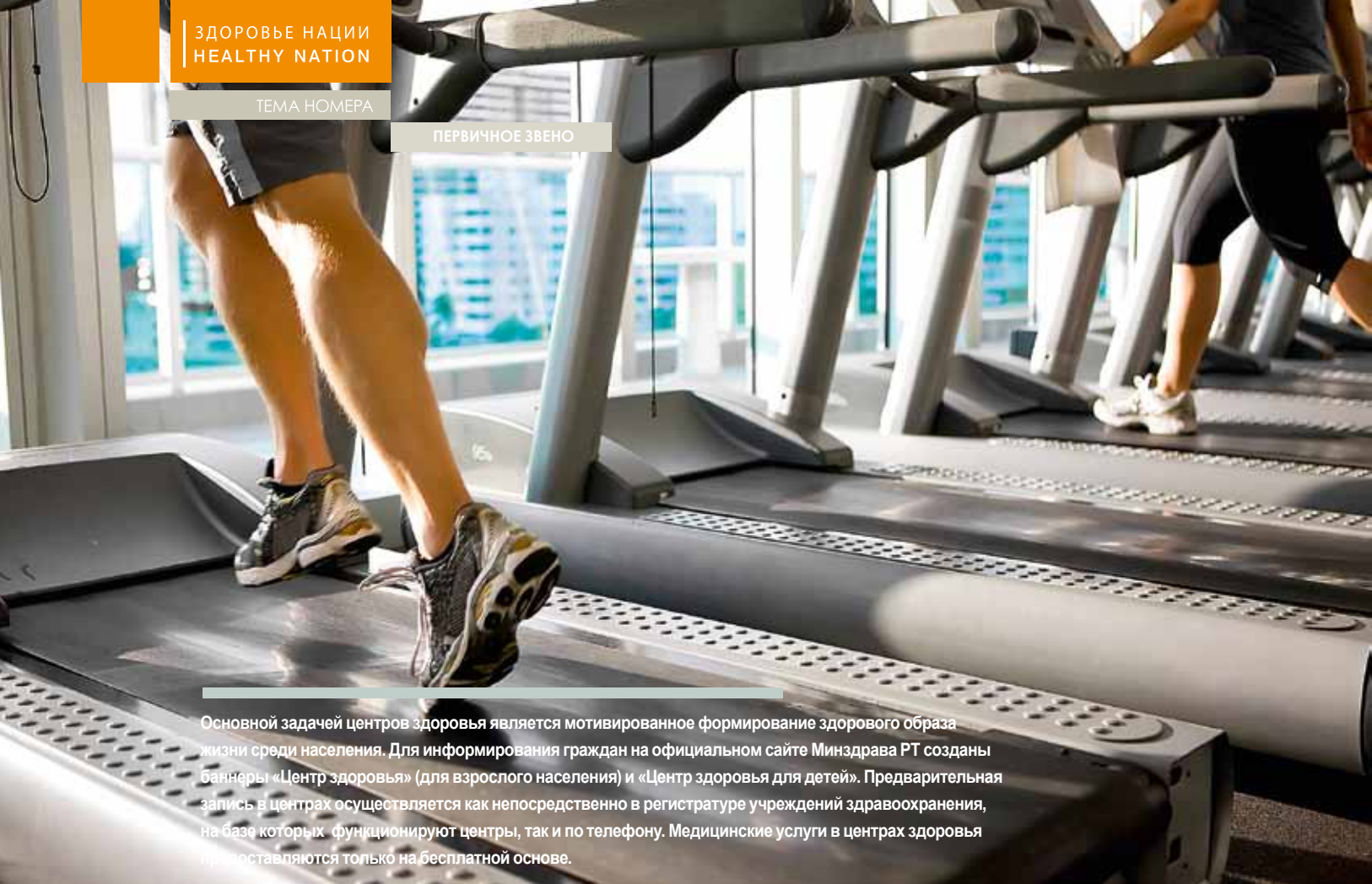
в том числе охраны здоровья здоровых людей, формирования на базе учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, системы раннего выявления болезней и факторов риска их развития. В основе профилактической деятельности медицинских учреждений лежат межведомственное сотрудничество и программно-целевой метод управления.

Во всех управлениях здравоохранения и центральных районных больницах назначены специалисты, ответственные за организацию профилактики

заболеваний, гигиеническое образование и воспитание населения. Сформированы службы, в первоочередные задачи и функции которых входит формирование здорового образа жизни населения: центры (отделения) и кабинеты медицинской профилактики, планирования семьи, кабинеты здорового ребёнка во главе с Республиканским центром медицинской профилактики.

В процессе гигиенического образования, пропаганды здорового образа жизни активную роль играют специализированные службы здравоохранения, врачи и средние медицинские работники общей лечебной сети. Особыми участниками этого процесса стали врачи общей практики.

Возросла роль ранее работающих и вновь созданных «школ пациентов» и «школ здоровья». С участием заинтересованных ведомств ежегодно организуются профилактические «декадни» и массовые акции,



Основной задачей центров здоровья является мотивированное формирование здорового образа жизни среди населения. Для информирования граждан на официальном сайте Минздрава РТ созданы баннеры «Центр здоровья» (для взрослого населения) и «Центр здоровья для детей». Предварительная запись в центрах осуществляется как непосредственно в регистратуре учреждений здравоохранения, на базе которых функционируют центры, так и по телефону. Медицинские услуги в центрах здоровья предоставляются только на бесплатной основе.

направленные на формирование позитивного отношения к здоровому образу жизни.

Республика стала активным участником федеральной программы по созданию центров здоровья, пользующихся большой популярностью среди населения. В семи городах на базе поликлиник, поликлинических отделений больниц, центров медицинской профилактики организована работа 21 центра, в том числе 15 – для взрослого населения и шести - для детей.

В дополнение к этому на базе Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ функционирует мобильный центр здоровья для детей на базе автомобиля «Фиат-дукато», оснащенный всем необходимым оборудованием. Это специальный проект Минздрава Республики Татарстан, основная задача которого – обследование детей в сельских районах, в детских домах, домах-интернатах, летних оздоровительных лагерях.

Любой обратившийся может один раз в году в течение 40 – 50 минут пройти комплексное обследование и получить необходимые рекомендации. Каждый из центров оснащен оборудованием, позволяющим уже при первичном посещении определить у пациента факторы риска или подозрение на имеющееся заболевание. Своевременная и необременительная медицинская диагностика, направленная на раннее выявление отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, в дальнейшем является основой для своевременного обращения и оказания адекватной лечебно-профилактической помощи.

В целях изучения фактических резервов организма в ходе комплексного обследования гарантировано проведение скрининга состояния обмена веществ, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, в дополнение к этому, с 2010 года – полости рта, а с 2011 года – органов зрения в центрах здоровья для взрослого населения.

Помимо комплексного обследования, с учетом данных анамнеза проводятся аппаратные исследования на определение содержания токсических веществ в биологических средах организма и в выдыхаемом воздухе для определения вредного влияния табакокурения, потребления алкоголя и других психоактивных веществ.

Очень важно, что пациенты не уходят с пустыми руками. Каждому выдается «Карта здорового образа жизни» («Карта здорового образа жизни ребёнка») с рекомендациями.

Учитывая особенности эмоционального статуса детей и, прежде всего, подросткового возраста, в центрах здоровья для детей предусмотрено консультирование у психолога.

В случае выявления функциональных и лабораторных отклонений при комплексном обследовании организуется динамическое наблюдение. При подозрении на заболевание пациенты направляются в иное медицинское учреждение в целях уточняющей диагностики и организации своевременного лечения.

Центры здоровья для детей активно сотрудничают с образовательными учреждениями. Организуется обследование по согласованным графикам, в том числе с выездом на место. Для всех центров здоровья стали традиционными различные профилактические акции.

С 2006 года проводятся профилактические медицинские осмотры на предмет выявления немедицинского употребления наркотических средств и психотропных веществ среди школьников, учащихся начального профессионального образования, студентов средних специальных и высших учебных заведений, с 2007 года - граждан призывного возраста, подлежащих отправке в войска (далее – осмотры).

Осмотры организуются Министерством здравоохранения совместно с Министерством образования и науки, Министерством труда, занятости и социальной защиты РТ, Советом ректоров вузов и Военным комиссариатом РТ и находятся под патронажем Антинаркотической комиссии.

Координирующую роль выполняет Оперативный штаб по проведению профилактических наркологических осмотров среди учащихся и студентов при Министерстве образования и науки РТ.

На протяжении семи лет осмотрено более 873 тысяч человек из числа учащейся молодежи и граждан призывного возраста, выявлено 1057 потребителей наркотических средств и психотропных веществ. Особенностью проводимой работы, начиная с 2011 года, является принцип внезапности.

В целях раннего выявления неинфекционных заболеваний среди населения Республики Татарстан с 2002 года на всех этапах амбулаторной помощи, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов, вне зависимости от повода обращения пациентов, в рамках специального перечня, бесплатно для населения проводится определенный объем скринингового осмотра. Помимо этого реализуется Перечень

На протяжении нескольких лет в рамках отраслевых целевых программ по снижению смертности от рака молочной железы осуществляется маммографическое обследование женщин в возрасте 50 – 69 лет. С 2006 года предусмотрен ежегодный осмотр более 18 тысяч человек. Также за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы госгарантий при первичных посещениях к акушерам-гинекологам и акушеркам (фельдшерам) смотровых кабинетов с периодичностью 1 раз в 2 года организован охват цитологическим скринингом женщин старше 18 лет.

профилактических мероприятий, обязательных для выполнения врачом общей практики, разработанный и утвержденный Министерством здравоохранения Республики Татарстан.

В 2012 году завершена дополнительная диспансеризация работающих граждан в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». В течение семи лет организовано медицинское обследование более 700 тысяч человек (источник финансирования – средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования).

С целью эффективного управления данным процессом непрерывно осуществлялись мониторинг, методологическое и информационное сопровождение. Ежегодно разрабатывались и утверждались необходимые республиканские нормативные правовые акты. Использовались элементы прогнозирования, планирования, методологического сопровождения, контроля, а также взаимодействия с заинтересованными федеральными и республиканскими министерствами и ведомствами.

Обследование проводилось в поликлиниках и поликлинических учреждениях больниц. В случае отсутствия лицензии на какие-либо виды медицинской деятельности, требуемые для выполнения диспансеризации в полном объеме, допускалось заключение соответствующих договоров с иными медицинскими организациями.

Каждому работающему из числа прошедших обследование были даны индивидуальные рекомендации. По медицинским показаниям организованы

дообследование и (или) лечение в амбулаторных и стационарных условиях, а также, по возможности, санаторно-курортное лечение.

Дополнительная диспансеризация была организована преимущественно по месту работы, и здесь многое зависело от инициативы работодателя. А каждый руководитель, несомненно, должен быть заинтересован в лучшем состоянии здоровья своих сотрудников.

В ходе диспансеризации впервые выявлено около 200 тысяч заболеваний. Но наша республика в данном случае не исключение, это общероссийская тенденция. На людей влияют социальные факторы, стрессы, кроме того, ожирение, гиподинамия, частое употребление алкоголя, табакокурение. Не зря же говорят, «наши болезни - это наш образ жизни», зачастую это действительно так.

Дополнительным подтверждением сказанного можно считать и результаты диспансеризации детей. В частности, в последние два года (2011 – 2012) была организована углубленная диспансеризация 14-летних подростков в рамках Программы «Модернизация здравоохранения Республики Татарстан на 2011 – 2012 годы» (источники финансирования – средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Территориальной программы обязательного медицинского страхования).

С 2007 года в соответствии с федеральными и республиканскими нормативными правовыми актами осуществляется диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, воспитывающихся в стационарных учреждениях систем образования, здравоохранения и социальной защиты. За 2007-2012 годы обследовано 10 266 таких детей. В настоящее время эта работа продолжена.

Из числа установленных заболеваний среди прошедших диспансеризацию 14-летних подростков, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в среднем более 30% – впервые выявлены, к первой группе здоровья, то есть практически здоровых, среди 14-летних отнесено не более 12%.

Резюмируя сказанное, следует отметить, что на современном этапе вопросы сохранения здоровья, безусловно, должны постепенно переходить от органов здравоохранения к самим людям – инициатива должна принадлежать населению. Источники опасности для здоровья и жизни сегодня часто находятся вне зон прямого влияния медицины: в питании, окружающей среде, привычках, поведении. Соответственно, новые реалии требуют, чтобы население не ограничивалось пассивным принятием проводимых органами здравоохранения мер, но и проявляло заинтересованную индивидуальную активность, направленную на оздоровление среды обитания, собственного образа жизни, заботу о своём здоровье, систематические занятия физической культурой и спортом, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т.п.

Поэтому сегодня одна из наиболее актуальных задач – создание мотивации к личной ответственности за свое здоровье, формирование общественного мнения, направленного на отрицательное и нетерпимое отношение к употреблению табака, алкоголя, наркотиков, и пропаганду здорового образа жизни. В Республике Татарстан, как и по всей стране, уже развернулась соответствующая широкомасштабная программа.

Фактически на государственном уровне, благодаря реализации комплекса мер, поставлена задача ввести здоровье в число общественных и персональных ценностей и, таким образом, добиться всеобщего признания его важности, сформировать «моду на здоровье».

Населению важно понять, что здоровье - это бесценное социальное качество, которое нужно сохранять и приумножать. Необходимо, чтобы каждый человек осознал, что здоровым быть престижнее, чем больным.

Санатории «Татнефть»

Великолепный отдых. Крепкое здоровье



«Ромашкино»

Заболевания нервной, мочеполовой, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения, дыхания, опорно-двигательного аппарата.
Заинский район, д. Бухарай.
Тел.: (85558 или 85573) 5-80-15



«ЯН»

Заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной систем, органов дыхания, пищеварения, урологические заболевания, стимуляция иммунного статуса.
Альметьевский район, с. Поташная Поляна.
Тел.: (8553) 375-000



«Иволга»

Уникальные методики при лечении грыжи диска, спондилоартрозов и других заболеваний позвоночника.
г. Бавлы.
Тел.: (85569) 4-09-03



«Лилия»

Заболевания органов пищеварения, дыхания, сердечно-сосудистой, нервной систем, опорно-двигательного аппарата.
г. Бугульма, ул. Ленина, д. 134.
Тел.: (85594) 7-64-62



«Здоровье»

Заболевания сердечно-сосудистой, эндокринной, мочеполовой систем, органов дыхания, почек, кожи, опорно-двигательного аппарата.
г. Альметьевск, ул. Маяковского, д. 68.
Тел.: (8553) 323-014



«Лучезарный»

Заболевания системы кровообращения, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания.
г. Нурлат, ул. Хамадеева, д. 2а.
Тел.: (84345) 2-36-63

Здравницы ОАО «Татнефть» расположены в экологически чистых, живописных уголках природы юго-востока Татарстана, имеют все необходимое для организации полноценного отдыха и реабилитации после перенесенных заболеваний.

**Высококвалифицированные специалисты.
Индивидуальные программы оздоровления.
Современные методики.**



«Лениногорский»

Заболевания опорно-двигательного аппарата (уникальная методика Бубновского), нервной, сердечно-сосудистой систем, органов дыхания, ЛОР-заболевания, гинекология, сахарный диабет.
г. Лениногорск, ул. Заварыкина, д. 6.
Тел.: (85595) 5-16-69

«Джалильский»

Заболевания костно-мышечной, нервной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем.
Сармановский район, пос. Джалиль,
ул. Лесная, д. 6.
Тел.: (85573) 6-30-84

«Космос»

Заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта.
г. Елабуга, Танайский лес.
Тел.: (85557) 2-73-89



«Азнакаевский»

Заболевания опорно-двигательного аппарата, мочевыводящих путей, лечение посттравматических состояний.
г. Азнакаево, ул. Ямашева, д. 2.
Тел.: (85592) 7-79-38



«Шифалы»

Заболевания нервной, сердечно-сосудистой систем, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, оздоровление беременных женщин.
г. Нижнекамск, ул. Мурадыяна, д. 7.
Тел.: (8555) 363-566

Владимир ГУРОВ,
главный врач Заинской ЦРБ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗАИНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА



ИЗМЕНЕНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ, ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ, ХРОНИЧЕСКИЕ СТРЕССЫ, ГИПОДИНАМИЯ, ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ СТАЛИ ДОМИНИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ В ПОВЫШЕННОЙ СМЕРТНОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ. ВСЕ ЭТО ПОТРЕБОВАЛО МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОВЫШЕНИЯ РОЛИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА, БЕЗ КОТОРОГО НЕ БЫЛИ БЫ ВОЗМОЖНЫ ДОСТИЖЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНЫ.

По

определению, которое было дано на Международной конференции в Алма-Ате в 1978, первичная медико-санитарная помощь является первым уровнем контакта населения с национальной системой здравоохранения; она максимально приближена к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны их здоровья.

Созданная в Советском Союзе система здравоохранения позволила эффективно решать стоящие в то время задачи: снижение заболеваемости, в первую очередь, за счет управляемых инфекций, снижение младенческой и материнской смертности. Новые времена поставили новые задачи перед первичным звеном, решить которые призваны Национальный проект «Здоровье», стартовавший в 2006 году, программа модернизации.

Какие особенности показателей здоровья городских и сельских жителей? Численность сельского населения в Татарстане стабильно составляет 25% от общего количества людей, проживающих на территории республики. Общая смертность на селе в период с 2006 по 2010 годы на 40% превышает этот показатель среди городских жителей. Смертность среди детей 0-17 лет в среднем выше на 23%, среди лиц трудоспособного возраста выше на 25%. Частота акушерских осложнений при родах среди сельчан на 40% выше, чем среди горожан. Одновременно с этим отмечается, что первичная заболеваемость, распространенность болезней среди сельских жителей на 40% ниже, чем у горожан. По данным статистики выходит, что сельское население болеет меньше, а умирает раньше и чаще, хотя логика подсказывает, что это не так.



Если брать заболеваемость, то она фиксируется по врачебным посещениям. В селах на душу населения врачей меньше, чем в городе. Таким образом, люди в деревне болеют не меньше, чем в городе, просто они реже обращаются к врачу, а чаще к фельдшеру.

Рассматривая высокие показатели смертности при низкой заболеваемости и распространенности болезней, необходимо понять природу этого противоречия. Конечно, жизнь сельского жителя значительно отличается от жизни в городе. С одной стороны – близость природы, натуральные продукты из своего приусадебного хозяйства, свежий воздух и высокая физическая активность должны благотворно сказываться на здоровье и продолжительности жизни. С другой - низкая обеспеченность населения врачами в районах республики (в 3,7 раза меньше, чем в городе), средними медицинскими работниками (в 1,6 раза меньше) оказывает существенное влияние на ранее выявление заболеваний и качество санитарно-просветительной работы.

Что делать? Как обеспечить равную доступность первичной медицинской помощи для жителей села и города? Многие задачи помогает решить приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Этот документ позволяет гибко подойти к вопросу организации помощи сельскому населению в зависимости от конкретных условий, которые значительно отличаются даже на территории нашей республики.

В малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации или ее подразделений населенных пунктах оказание первой помощи населению осуществляют до прибытия

медицинских работников при внезапных, опасных для жизни острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, отравлениях с привлечением одного из домовых хозяйств. Организационные меры в данном случае включают в себя формирование аптечки первой помощи, ее пополнение по мере необходимости, обучение навыкам оказания первой помощи медицинских работников, больных, имеющих высокий риск развития внезапной сердечной смерти и других угрожающих жизни состояний, членов их семей, обеспечение методическими пособиями и памятками с изложением сведений о необходимых мероприятиях по их устранению до прибытия медиков.

Новый нормативный акт сохранил фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, участковые больницы, поликлиники центральных районных больниц, подразделения скорой медицинской помощи.

В зависимости от конкретных условий для обеспечения доступности первичной медицинской помощи могут формироваться мобильные медицинские бригады, состоящие из врача-терапевта, участкового врача, фельдшеров, акушеров и медицинских сестер, с распределением между ними функциональных обязанностей, исходя из установленных штатных нормативов.

В Заинском муниципальном районе Министерством здравоохранения Республики Татарстан совместно с Фондом обязательного медицинского страхования разработан пилотный проект организации первичной медицинской помощи на селе. В его рамках территория района поделена на семь участков врачей общей практики, к которым прикреплены в среднем по 1650 взрослых сельских жителей. На каждом врачебном участке продолжают работать от 4 до 8 ФАПов, в зависимости от количества



Многие задачи помогает решить приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Этот документ позволяет гибко подойти к вопросу организации помощи сельскому населению в зависимости от конкретных условий, которые значительно отличаются даже на территории нашей республики.



населения. Таким образом, один из ФАПов, расположенных на врачебном участке, становится врачебной амбулаторией, при этом учитывается состояние дорог, удаленность от прикрепленных населенных пунктов. Количество штатных врачебных должностей при этом не увеличивается, т.к. в районе они рассчитываются на все взрослое население, просто место работы врача из поликлиники центральной районной больницы перемещается в сельскую местность.

Очень помогла республиканская программа строительства модульных фельдшерско-акушерских пунктов. В селе Савалеево Заинского муниципального района была построена и открыта новая врачебная амбулатория, в которой работают врач общей практики, педиатр и стоматолог, а Фонд обязательного медицинского страхования выделил автомобиль «Нива». Врачи, которые живут в городе, приезжают в село на работу и берут с собой из лаборатории больницы вакуумные пробирки, что позволяет брать у пациентов материал для анализов и уже на следующий день получить результат. Возвращаясь в город, они имеют возможность дежурить в стационаре, что важно при низкой укомплектованности врачебными кадрами. Во время работы врача общей практики на приеме в амбулатории педиатр имеет возможность объехать прикрепленные 5 ФАПов и посмотреть там своих маленьких пациентов. Во второй половине рабочего времени педиатр остается на приеме в амбулатории, а врач общей практики

выезжает в другие населенные пункты. Создание врачебной амбулатории в сельской местности позволило привлечь двух молодых врачей, которые получили по 1 млн 100 тысяч рублей для приобретения жилья в городе Заинске. Значительно расширятся возможности медицинского обеспечения, когда после проведения процедуры лицензирования во врачебной амбулатории будет открыт аптечный пункт.

Большие надежды мы связываем с внедрением новых информационных технологий, которые способны оказать существенную помощь в работе медиков на селе. Фельдшеры ФАПов фактически имеют широкий круг компетенций, которые в городе выполняют детская поликлиника, женская консультация и взрослая поликлиника. В этих условиях современные информационные технологии позволяют не только оптимизировать производственные процессы, но и контролировать работу фельдшеров, принимать адекватные управленческие решения, оказывать организационно-методическую поддержку, получать консультационную помощь врачей-специалистов.

Мы очень надеемся, что реализация пилотного проекта позволит к лучшему изменить ситуацию с состоянием здоровья сельского населения, обеспечит качественно новый уровень первичной медико-санитарной помощи.

22-я Международная
специализированная
выставка

16+

МЕДИЦИНА+



XIV Международный
медицинский форум

28-30 мая
2013 ГОДА

НАШ АДРЕС:

Россия, Нижний Новгород,
Всероссийское ЗАО "Нижегородская ярмарка"
ул. Совнаркомовская, 13, офис 225
директор форума - Антонова Лидия Ивановна
☎ (831) 277-55-83
факс (831) 277-51-93
E-mail: Lia@yarmarka.ru, <http://www.yarmarka.ru>



Светлана ЗЯНГИРОВА, главный врач ГАУЗ «Казанский эндокринологический диспансер», главный специалист-эндокринолог Управления здравоохранения МЗ РТ по г. Казани, заслуженный врач Республики Татарстан.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ



В 2012 ГОДУ В КАЗАНИ ЗАРЕГИСТРИРОВАНО 80 128 ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, В Т. Ч. БОЛЕЕ 15 ТЫСЯЧ ДЕТЕЙ ДО 18 ЛЕТ. ЭТО ОКОЛО 8% НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА. ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ ДИАГНОЗ ЭНДОКРИННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ УСТАНОВЛЕН У 4 677 ВЗРОСЛЫХ И 2 866 ДЕТЕЙ. БЫСТРЫМ ТЕМПАМ РОСТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СПОСОБСТВУЮТ СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ, НЕПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, НЕДОСТАТОЧНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ НА ФОНЕ ПРОЖИВАНИЯ В МЕСТНОСТИ С ПРИРОДНЫМ ЙОДНЫМ ДЕФИЦИТОМ.

Более полувека прошло после открытия в Казани городского противозобного диспансера, ставшего первым подразделением эндокринологической службы. Проведение мероприятий по профилактике и ликвидации эндемического зоба на территории Республики

Татарстан являлось основной задачей первых врачей-эндокринологов. Два врача-эндокринолога ежегодно обследовали в Казани методом пальпации щитовидной железы около 10 000 человек. В 1962 году на диспансерном учете состояло 2636 пациентов с эндокринной патологией. Особое внимание уделялось 17 больным сахарным диабетом, проживающим в Казани.

Сегодня создана и функционирует эндокринологическая служба города с населением более миллиона жителей: 20 кабинетов врачей-эндокринологов в

поликлиниках, эндокринологические отделения для детей и взрослых в многопрофильных стационарах, Казанский эндокринологический диспансер. Специализированную эндокринологическую помощь взрослому и детскому населению оказывают более 40 сертифицированных врачей-эндокринологов и врачей детских эндокринологов.

Ежегодно в Казани регистрируется около 180 тысяч посещений к врачам-эндокринологам, более 3 тысяч больных госпитализируются в специализированные круглосуточные и дневные стационары, 12 тысяч пациентов проходят освидетельствование МСЭК с установлением группы инвалидности при наличии основного эндокринного заболевания.

В структуре эндокринных заболеваний у взрослых (старше 18 лет) 52% составляет сахарный диабет 2 типа, 33% - заболевания щитовидной железы, 3% - сахарный



диабет 1 типа, около 8% - ожирение, 4% - другие эндокринные расстройства.

У детей (до 18 лет) 46% в структуре эндокринной патологии - расстройства питания и нарушения обмена веществ, 23% - ожирение, 15% - заболевания щитовидной железы, 8% - нарушения физического и полового развития, 1,5% - сахарный диабет 1 типа, 6,5% - другие заболевания.

К приоритетам первого порядка национальных систем здравоохранения абсолютного большинства стран мира относится сахарный диабет. Широкая распространенность, ранняя инвалидизация, высокая смертность больных явились основанием для экспертов ВОЗ определить диабет как эпидемию неинфекционного заболевания. Сахарный диабет по летальности занимает третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований. Основной причиной ранней инвалидизации и смертности являются сосудистые осложнения диабета. Среди больных диабетом смертность от болезней сердца и инсульта выше в 2-3 раза, слепота в 10 раз, нефропатия в 12-15 раз, гангрена и ампутация конечностей в 20 раз чаще, чем среди населения в целом.

В Казани в 2012 году зарегистрировано более 35 тыс. больных сахарным диабетом, из них детей до 18 лет – 231 человек. Впервые диагноз сахарного диабета установлен у 2487 чел. (из них 31 ребенок). Ежегодный прирост числа больных составляет 5-7%. Каждый третий пациент является инвалидом. 17% больных находятся на инсулинотерапии. Более 1000 больных сахарным диабетом ежегодно умирают. При анализе причин смертности обращает внимание высокий удельный вес сердечно-сосудистой патологии (около 70%).

Особого внимания заслуживает проблема эндемического зоба и других заболеваний щитовидной железы в эндемичной местности города Казани. Для Казани характерно наличие легкого йодного дефицита и легкой степени зобной эндемии. Показатель распространенности заболеваний щитовидной

железы (нетоксический зоб, тиреотоксикоз, гипотиреоз, аутоиммунный тиреоидит и др.) у взрослого населения отличается устойчивой тенденцией к росту. Число пациентов, зарегистрированных в учреждениях здравоохранения, за последние 5 лет возросло на 40%. Однако на учете состоят лишь пациенты с осложненными формами заболеваний щитовидной железы. Лица с увеличением щитовидной железы без нарушения функции часто к врачам не обращаются. Поэтому общее количество людей, имеющих тиреоидную патологию, точному учету не поддается, но следует признать, что уровень ее распространенности очень высок.

Ожирение также признано неинфекционной эпидемией нашего времени. Даже по самым скромным подсчетам не менее 40% жителей города имеют или избыточную массу тела, или ожирение. При этом под наблюдением врачей-эндокринологов находится лишь 8513 больных ожирением (как правило 2 и 3 степени с осложнениями). Лица с избыточной массой тела, ожирением первой степени редко обращаются за медицинской помощью.

Другие эндокринные расстройства (заболевания гипоталамо-гипофизарной системы, надпочечников, паращитовидных желез и др.) менее распространены, однако пациенты с этими заболеваниями пожизненно состоят на диспансерном учете у врача-эндокринолога и нуждаются в долгосрочном дорогостоящем лечебно-диагностическом мониторинге.

По мнению экспертов ВОЗ, амбулаторная помощь экономически более эффективна, чем традиционная стационарная модель. Но оказание медицинской помощи больным лишь на уровне первичного звена может в будущем привести к росту числа поздних осложнений, являющихся тяжелым бременем для пациента и общества в целом. Система созданной в г. Казани «разделенной» амбулаторной специализированной эндокринологической помощи рекомендована экспертами ВОЗ как путь увеличения эффективности при минимальных затратах, т. к. облегчает доступ к услугам



специалистов и обеспечивает своевременную высококвалифицированную эндокринологическую помощь тем пациентам, которым она объективно необходима.

Большинство пациентов с заболеваниями эндокринной системы не нуждается в стационарном лечении. Их обследование и наблюдение возможны в амбулаторных условиях.

Лечебно-диагностическим и организационно-методическим центром по оказанию специализированной эндокринологической помощи детскому и взрослому населению является ГАУЗ «Казанский эндокринологический диспансер». Направлению в диспансер подлежат пациенты с наиболее тяжелыми эндокринными расстройствами, нуждающиеся в углубленной диагностике, назначении гормональной заместительной терапии, льготном лекарственном обеспечении дорогостоящими гормональными препаратами и др. Плановую запись пациентов на прием к специалистам диспансера осуществляют сотрудники поликлиник по направлению врача-эндокринолога.

В диспансере функционируют детское и взрослое эндокринологические отделения, кабинеты врачей смежных специальностей, дневной стационар, осуществляется широкий спектр диагностических исследований. В 2012 г. открыт Региональный образовательный Центр для больных сахарным диабетом с проведением обучения сертифицированными специалистами по структурированной программе в режиме интерактивных семинаров и

индивидуальных консультаций. Организовано планомерное направление пациентов в медицинские центры Российской Федерации по Программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи (Эндокринологический научный центр РАМН, Медицинский радиологический центр РАМН и др.). Специалисты диспансера во взаимодействии с общественной организацией пациентов традиционно участвуют в организации и проведении благотворительных мероприятий.

По данным регистра больных эпидемиологическая ситуация в Татарстане (Казани), как и в России в целом, носит крайне неблагоприятный характер. Если допустить, что к 2030 году выявление больных с заболеваниями эндокринной системы (особенно диабетом) составит хотя бы 50% от их реального числа, а средняя продолжительность жизни останется на прежнем уровне, то фактическое число больных в Казани превысит 120 тысяч человек.

Реальные успехи в лечении больных с хроническими заболеваниями эндокринной системы сегодня определяются внедрением современных технологий в повседневную клиническую практику, доступностью их для пациентов, качеством терапевтического обучения больных с созданием устойчивой мотивации у самих пациентов на самоконтроль и достижение терапевтических целей.

Резеда ФАЙЗУЛЛИНА, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии с курсом детских болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО КГМУ, главный внештатный детский диетолог Минздрава РТ, профессор, д.м.н.



ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НЕ ТОЛЬКО ФОРМИРУЕТ СТЕРЕОТИПЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ВСЮ ВЗРОСЛУЮ ЖИЗНЬ, НО И ПРОГРАММИРУЕТ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ВОЗМОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ, КАЧЕСТВО И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА.

ГРУДНОЕ МОЛОКО - ЭЛИКСИР ЖИЗНИ

Еще в древности ценность грудного молока описывали, давая ему самые возвышенные названия: белая кровь, эликсир жизни, пища богов, амброзия. Оно является не только важнейшим питанием детей первого года жизни, но и повышает защитные функции детского организма за счет присутствия антител, иммунных комплексов, лизоцима, макрофагов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина и других биологически активных веществ. Присутствие олигосахаридов, а также низкие уровни белка и фосфора в женском молоке способствуют росту здоровой кишечной микрофлоры. Наличие цитокинов, бифидобактерий и рост собственной здоровой микрофлоры развивает иммунные функции.

Состав грудного молока может меняться, причем некоторые его компоненты зависят от питания, а некоторые - нет. Для того, чтобы он был оптимальным на протяжении всей лактации, следует рекомендовать кормящим мамам те продукты, которые по своим диетическим особенностям

помогут его скорректировать, а также витаминно-минеральные добавки и напитки для лактирующих женщин.

Если ребенок рождается в семье, в которой отмечались аллергические заболевания, то именно грудное вскармливание или адаптированный под особенности ребенка рацион искусственного вскармливания может воспрепятствовать тому, чтобы реализовался риск их возникновения. При искусственном вскармливании, естественно, желательно найти именно тот продукт, который бы обеспечил рост и развитие, аналогичное происходящему при естественном вскармливании. Так, наличие всех необходимых эссенциальных полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) способствует правильному развитию центральной нервной системы и формированию адекватного иммунного ответа. Правильный рацион снижает риск развития ожирения и, как следствие, программирования таких заболеваний, как диабет и артериальная гипертензия.



Последние рекомендации по профилактике аллергии:

- Исключительно грудное вскармливание до 4-6 месяцев.
- Не ограничивать рацион беременной и кормящей женщины, необходимо умеренное употребление разнообразных продуктов.
- Детям из группы риска по аллергическим заболеваниям назначение для искусственного вскармливания преимущественно гипоаллергенных, частично гидролизованных смесей (не высокогидролизованных).
- При выборе смеси учитывать, прежде всего, ее приближенность к составу грудного молока (низкое содержание белка).
- Введение первого прикорма в срок от 4 до 6 месяцев.
- Детям из группы риска по аллергическим заболеваниям для правильного формирования пищевой толерантности не ограничивать выбор продуктов для прикорма. Рекомендуется придерживаться тех же правил введения прикорма, что и здоровым детям
- В детском питании обязательно должны присутствовать про- и пребиотики, а также ПНЖК.

Микронутриенты грудного молока, количество которых зависит/не зависит от характера питания и здоровья кормящей женщины

ЗАВИСИТ	НЕ ЗАВИСИТ
Тиамин	Цинк
Рибофлавин	Железо
Витамин B6	Фолат
Витамин B12	Кальций
Витамин А	Медь
Йод	Витамин D
Селен	

КАШУ МАСЛОМ НЕ ИСПОРТИШЬ?

Большое исследование, проведенное в США в течение 6 лет среди 28 тысячи детей, показало, что ожирение формируется у тех из них, кто в первые три месяца жизни прибавлял в весе по 1-2 килограмма ежемесячно. При этом они могут быть как на естественном вскармливании, так и на искусственном. Такие дети имеют высокое содержание жира в организме, большие отложения на животе и по его окружности, изменение отношения уровня общего холестерина к уровню липопротеидов, снижение чувствительности к инсулину, низкий уровень липопротеидов высокой плотности. Это младенческие истоки тех нарушений, которые человек пронесет через всю оставшуюся жизнь. Интенсивная прибавка массы тела происходит не за счет мышечной и общей ткани, это накопление жира. Мышечные ткани при этом получают меньшее развитие, снижается минерализация костной ткани и происходят все те изменения костной системы, которые наблюдаются у крупных детей с быстрым ростом, требующим коррекции.

Об эпидемии ожирения говорилось и на последней коллегии Минздрава Татарстана. 10% детей до 2 лет имеют избыточную массу тела. А по достижении 5-летнего возраста ей страдает уже каждый пятый ребенок. Среди взрослых каждый второй сталкивается с этой проблемой. Причем,

как показало исследование Института питания РАМН, лишь 5% случаев ожирения связаны с генетическими факторами. Остальное определяется питанием и образом жизни.

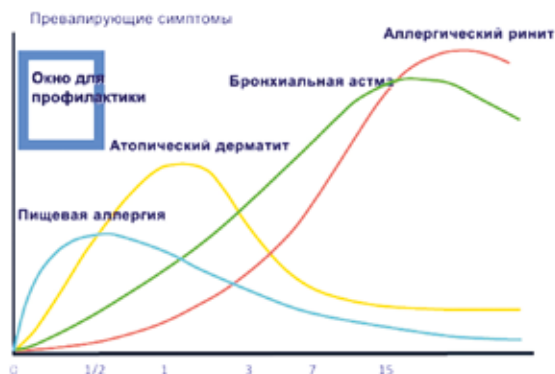
Наиболее значимая прибавка в весе при искусственном вскармливании идет в период от 3 до 6 и от 6 до 9 месяцев, и это связано с тем, что матери начинают вводить в рацион детей прикорм. Нужно обращать их внимание, что не следует в качестве первого прикорма вводить сладкое, так как именно оно формирует пищевое поведение. После яблочного пюре ребенок очень неохотно ест капусту и крупяные блюда. «Кашу маслом не испортишь» - гласит народная пословица, но животные жиры особенно способствуют образованию избыточной массы тела. Соль вызывает жажду, а если ребенок приучен к сладкому, то он начинает пить много сладких напитков. И это также программирует нарушения, которые обнаруживаются у детей старшего возраста.

БЕЛОК. СНИЖАЕМ УРОВЕНЬ.

Если ребенок первые два года интенсивно прибавляет в массе, то это следствие высокого уровня белка в рационе питания. При искусственном вскармливании доношенного ребенка необходимо подбирать смеси, которые по составу наиболее приближены к грудному молоку, то есть имеют содержание белка 12-13 г на литр (для недоношенных детей содержание белка должно быть несколько выше). Дело в том, что интенсивное потребление белка способствует избыточной прибавке массы тела и закладке большого количества жировых клеток, которые останутся в организме на всю последующую жизнь. Если ребенок получает смесь, в которой количество белка приблизительно соответствует содержанию белка в грудном молоке, риск развития ожирения на 12% ниже, чем при питании высокобелковой смесью.

Однако важно, чтобы при снижении количества белка оставалось неизменным количество незаменимых аминокислот. Например, эссенциальная аминокислота триптофан должна быть строго лимитирована

«Аллергический марш»



в том количестве, которое требуется организму ребенка. Триптофан является предшественником серотонина, который отвечает за контроль аппетита, чувство насыщения и настроение. При оптимальном количестве серотонина ребенок прекрасно спит, бодрствует, не путает одно с другим и комфортно развивается.

Известно, что высокое содержание белка в пище перегружает почки ребенка, увеличивает уровень фильтрации, показатели осмолярности мочи, содержания аммиака. Доказано, что если дети получают неадаптированные молочные смеси, то к 12 годам они имеют более высокие параметры массы тела. У них уже фиксируется инсулинозависимость, более высокое артериальное давление. Соответственно, для этих детей с первых дней жизни можно прогнозировать атеросклеротические изменения, гипертоническую болезнь, нарушение качества жизни и раннюю смерть.

Также избыток белка в пище ребенка изменяет микрофлору кишечника, усиливает рост протеолитической микрофлоры и подавляет рост здоровой или сахаролитической – бифидо- и лактобактерий. Возникает необходимость нормализации микрофлоры, использования продуктов питания, богатых пробиотиками, назначения пребиотических препаратов. Но если в анализах кала преобладает рост протеолитической флоры, то первое, что необходимо – скорректировать питание, учитывая все, что получает ребенок. Ведь раннее введение творага – это тоже гипербелковое питание и, соответственно, может способствовать несбалансированному составу микрофлоры. Недостаток бифидо- и лактобактерий ведет к повышению проницаемости стенок кишечника, а это риск возникновения аутоиммунных заболеваний, которые все больше и больше омолаживаются.

Потребление белка (г/кг/день) у детей первых 6 мес жизни при рождении при различных видах вскармливания

Возраст (мес.)	Грудное молоко (Dewey, 1996)	Смесь (г белка /л)		
		14	15	17
1	1,96-2,04	2,8	3,3	3,7
2	1,41-1,48	2,6	3,1	3,6
3	1,19-1,25	2,5	2,9	3,3
4	1,27-1,33	2,4	2,8	3,2
5	1,11-1,16	2,1	2,5	2,8
6	1,05-1,11	1,9	2,4	2,5



АЛЛЕРГИЯ И ПИЩЕВАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ

В условиях экологического неблагополучия и большой антигенной нагрузки увеличивается риск возникновения аллергических заболеваний, которыми страдает сегодня каждый третий ребенок. Правильное питание с первых дней жизни помогает ему избежать перевода генетических рисков в конкретные нозологии. И на первом месте здесь находится грудное вскармливание, которое следует продлевать настолько можно - до полутора-двух лет. Одновременно (в том числе и при искусственном вскармливании) надо стараться правильно формировать пищевую толерантность.

Особенно это касается детей, которые родились путем кесарева сечения, то есть не имели контакта с материнской вагинальной и ректальной микрофлорой, и кишечник которых заселялся госпитальными штаммами. Им часто необходимо назначение пробиотических препаратов (для детей первого года жизни это должны быть только генетически установленные штаммы, выделенные из организма человека, а не животных, с доказанной эффективностью).

Для формирования пищевой толерантности мы не должны даже детям из группы риска по аллергии полностью исключать все возможности контакта с антигенами, создавать идеально стерильные условия. Малые дозы аллергенов должны быть в рационе питания, в материнском молоке, молочных смесях, продуктах питания. Поступление антигенов в ЖКТ – это наиболее физиологический способ формирования пищевой толерантности.

Наиболее подходящим сроком для введения прикорма является период от 4 до 6 месяцев, поскольку именно в это время можно оптимально колонизировать кишечник. Уже имеется физиологическая функциональная готовность органов и систем пищеварения, происходит снижение изначально повышенной проницаемости кишечника. Если вводить прикорм позже, то достоверно увеличивается риск возникновения чувствительности к пищевым и респираторным аллергенам. Наблюдения за 2,5 тысячами здоровых детей показали, что аллергические реакции при введении яиц в питание на втором году жизни возникают чаще, чем при введении до года. Поэтому зарубежные педиатры рекомендуют яйца уже в конце первого полугодия, российские детские диетологи - с семимесячного возраста. То же самое в отношении рыбы, которую раньше остерегались включать в меню детей до 2 лет, но исследование в Швеции более 4 тысяч здоровых детей показало, что именно регулярное потребление рыбы существенно снижает риск аллергии к 4 годам. Это связано с омега-3 жирными кислотами, которые оказывают иммуномодулирующее действие.



Перезимовали

Как проявил себя модульный ФАП за год эксплуатации?

Прошлой весной в селе Митряево Азнакаевского района был установлен первый модульный фельдшерско-акушерский пункт. Насколько он удобен? Каковы его достоинства и есть ли недостатки? Healthy Nation задал эти вопросы «хозяйке» ФАПа – заведующей, фельдшеру высшей квалификационной категории Милиауше ИЛЬЯСОВОЙ.

Первый модульный ФАП был открыт в Митряево как пилотный проект в поисках путей модернизации материально-технической базы сельского здравоохранения. Помещение отапливается газом, имеются телефонная связь, все коммуникации, установлены противопожарная и охранная сигнализации. В ФАПе расположен процедурный, фельдшерский кабинет (он же детский и акушерский), есть санитарная и хозяйственная комнаты, комната ожидания для посетителей. Пункт укомплектован всем необходимым инвентарем и медицинским инструментарием. Очевидным преимуществом модульной технологии строительства является малый срок возведения объекта и относительно невысокая стоимость благодаря индустриальному методу производства.

– Если сравнивать с нашим старым аварийным медпунктом, то это, конечно, как небо и земля, – рассказывает Милиауша Ильясова. – Зимой мы там просто мерзли, хотя отопление было такое же газовое. Горячая вода отсутствовала, туалет – на улице. В новом ФАПе предусмотрены все удобства цивилизации. Прошедшая зима была первой, когда я могла принимать больных в тепле, спокойно проводить процедуры, ставить прививки, осматривать новорожденных. Порадовали новое гинекологическое кресло и электронные весы для взвешивания детей до года. Удобно, что имеются отдельные шкафы для медицинской документации, полки для амбулаторных карт, два холодильника – для медикаментов и отдельно для вакцин.

Впрочем, не бывает такого, чтобы все работало с первого раза и безотказно. Сначала понадобилось наладить освещение в комнате фельдшера, за-

тем – обеспечить герметичность дверей и окон. Эти недостатки изготовитель устранил оперативно. Но есть моменты, на которые следует обращать внимание еще при выборе типа устанавливаемого модульного здания. Митряево – небольшое село, в котором проживает всего 341 человек, из них 38 детей. Поэтому здесь

– Нас посещало много фельдшеров, главных врачей ЦРБ, глав администраций, чтобы познакомиться с нашим опытом, – говорит Милиауша Ильясова. – Они сами смогли убедиться в том, насколько улучшились условия для работы ФАПа: нам стало гораздо проще проводить медицинские процедуры, медосмотры ветеранов и участников ВОВ, профилактические беседы с



Первый модульный ФАП был открыт в Митряево как пилотный проект в поисках путей модернизации материально-технической базы сельского здравоохранения.

установили ФАП площадью 62,5 кв. м. В отличие от более крупной модели на 83 кв. м фельдшерский, акушерский и детский кабинеты в нем совмещены, что, как показала практика, не очень удобно. Если, например, из ЦРБ приезжает педиатр для приема детей, то это затрудняет профилактический гинекологический осмотр и т. д.

детьми и подростками. Отделка и мебель сделаны так, чтобы легко было проводить уборку и санитарную обработку. Газовое и электрическое оборудование работает автоматически, при необходимости его осматривают и настраивают специалисты. Я считаю успешным первый опыт установки и эксплуатации модульного ФАПа и надеюсь, что все наши фельдшера рано или поздно смогут работать в таких условиях.

Реклама. Лич. № ФС-99-03-002653 от 17.02.2012 г., рег. удост. № ФСР 2011/10308 от 06.02.2012 г., № ФСР 2009/05705 от 06.02.2012 г., № ФСР 2012/13063 от 06.02.2012 г., № ФСР 2012/13173 от 17.06.2012 г., серт. соотв. № РОСС RU.ИМЗС.Н07680 от 26.09.2012 г.



Широкий ассортимент от 140 до 400 л



Холодильники фармацевтические

Предназначены для хранения лекарственных и биологических препаратов в ЛПУ, медицинских учреждениях, аптеках.



Объем от 250 до 400 л

Холодильники для хранения крови

Предназначены для хранения свежей и консервированной крови в клиниках, больницах, на станциях переливания крови при температуре от +2°C до +6°C



Холодильник лабораторный

Предназначен для хранения лекарственных препаратов, вакцин, реагентов и биологических образцов в холодильном отделении, крови и эритроцитной массы в пластиковых контейнерах в морозильном отделении. Общий объем 400 л



Габариты: 855 x 1310 x 720 мм
Общий объем - 180 л

Морозильник медицинский

Предназначен для длительного хранения (карантинизации) компонентов крови: свежемороженой плазмы и ее составляющих (криопреципитата и криопреципитатной плазмы) при температуре от -20°C до -40°C.



Бактерицидный облучатель-рециркулятор «POZIS-Etra» - эффективный медицинский прибор для экологической дезинфекции и обеззараживания воздуха в помещении в присутствии людей.

- Гарантия - 2 года
- Срок службы ламп - 9000 ч
- Бактерицидная эффективность - 99,9%
- Отражатель из полированной стали
- Аварийная индикация при неисправности одного и более вентиляторов, ламп или элементов сети
- Сигнализация о необходимости санитарной обработки каждые 200 часов
- Электронный блок управления
- Производительность - 100 м³/ч
- Полная ремонтпригодность, легко заменяемые запасные части
- Гарантийное и постгарантийное обслуживание



Иновационные технологии



Рециркулятор бактерицидный компактный
Габариты: 406 x 291 x 211 мм

e+clusive

WWW.POZIS.RU

422546, Россия, Республика Татарстан, г. Зеленодольск, ул. Привокзальная, 4.
Тел./факс: +7 (84371) 576-36, 536-64, 539-62.
E-mail: medic@pozis.ru



ЗАО «Компания Киль-Казань»

Официальный дилер компании ОАО «ПОЗИС» в Республике Татарстан
420138, г. Казань, проспект Победы, д. 18.

Тел./факс: +7 (843) 261-93-72, 261-93-82, 261-93-92, 268-68-86, 268-66-55, 268-65-66.

E-mail: kiel-kazan@yandex.ru

www.medtechmarket.ru



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ



Геннадий ГРИДАСОВ: «Необходимо повышать структурную эффективность здравоохранения»

Интервью Заместителя председателя
Правительства Самарской области - министра
здравоохранения Геннадия Гридасова.

- Геннадий Николаевич, как вы оцениваете итоги реализации программы модернизации в 2011-2012 гг.? Какой опыт был получен, соответственно, какие задачи поставлены на будущее?

- Говоря о Программе модернизации здравоохранения, надо вернуться к истокам программно-целевого планирования в России, в частности, Национальному проекту «Здоровье». Это были первые шаги, которые позволили регионам определить приоритеты развития.

Программа модернизации во многом решала политические задачи, она продемонстрировала внимание государства к проблемам медицины. Важнейшим ее итогом стало снижение смертности от управляемых причин. В 2012 году в Самарской области умерло на 1744 человека меньше, чем в 2011-м, снижение составило 3,5%. Одновременно с этим показатель рождаемости в регионе был самым высоким за

последние 25 лет, темп его роста – 5,2%. Положительная динамика показывает, что мы действительно можем влиять на демографический потенциал нации. Особый акцент был сделан на вопросах родоспособности, развитии сельской медицины. Ставка на повышение доступности и качества медицинской помощи, актуализация программы, предусматривающая создание трехуровневой системы, полностью себя оправдала.

Мы переходим на систему одноканального финансирования, сегодня средства ФФОМС составляют более 70% консолидированного бюджета. Реализация программы модернизации также совпала с переходом муниципального здравоохранения в областное подчинение. С 1 января 2013 года наше Министерство стало единственным работодателем для 150 государственных ЛПУ региона. Конечно, сколько муниципалитетов, столько и проблем, но у

нас появляется больше возможностей для повышения структурной эффективности системы здравоохранения. Таким образом, на передний план выходят экономические и организационные подходы в реализации «дорожной карты» развития здравоохранения, выполнения инаугурационного указа Президента страны Владимира Путина, тех задач, которые ставит губернатор области Николай Меркушкин.



- В одном из своих интервью вы говорили, что нам необходимо возвращаться к «советскому» здравоохранению в части профилактической медицины.

- В свое время мы упустили из виду вопросы профилактики. Здоровый образ жизни, отсутствие вредных привычек – это хорошо, но нужно смотреть более широко. Наш губернатор говорит, что здоровье подрастающего поколения во многом определяется вовлечением в спортивные секции, клубы. Нужна инфраструктура – ледовые катки, бассейны и т.д. Необходимо менять менталитет людей, заинтересовать их.

Пока многие по отношению к своему здоровью, к сожалению, полагаются на авось. Так, когда мы анализировали ситуацию по случаям тяжелых внебольничных пневмоний, выяснилось, что у всех у них в анамнезе отсутствует вакцинация. А ведь патогенная микрофлора постоянно меняется, не за горами появление новых вирусов и т.д. К тому же в последние годы резко возросла миграционная активность россиян. Все это создает условия для развития эпидемий. Поэтому я ратую за расширение национального календаря прививок для детей.

Сегодня выделяются средства на проведение массовой диспансеризации населения. Медосмотры с тем или иным объемом исследований у нас должны пройти около 200 тысяч человек. Мы направляем на них детей, подростков – добавь специалиста по спортивной медицине, и можно заодно помочь молодому человеку получить доступ к занятиям спортом, соревнованиям! Вовлекая профпатологов, мы можем заод-

но провести профосмотры среди работников бюджетной сферы. Нужно лишь четко определить контингенты и порядки работы группы врачей. Если отнестись к этому с умом, перейти на профилактические рельсы не составит никакого труда.

Есть решения, которые позволяют разгрузить врачей первичного звена, для профессиональных организаторов здравоохранения

переведут ли его на следующий уровень для оказания высокотехнологичной помощи. Синхронизация должна быть по всем направлениям: сосудистому, травматологическому и др. Это позволит значительно приблизить специализированную помощь, особенно в городах. А у нас высокоурбанизированная область, в одной Самарско-Тольяттинской агломерации проживает

предусмотрели экономическую мотивацию специалистов, их зарплата может достигать 60 тысяч при условии выполнения всех стандартов и объемов. Наглядный результат — из населенных пунктов, где были открыты офисы ВОП, жалоб регистрируется на два порядка меньше.

Нужно отметить, что врачи общей практики прижились не везде, в основном



Есть решения, которые позволяют разгрузить врачей первичного звена, для профессиональных организаторов здравоохранения они ясны. Благодаря программе модернизации мы фондовооружились, теперь нужно эффективно использовать полученное оборудование.



рания они ясны. Благодаря программе модернизации мы фондовооружились, теперь нужно эффективно использовать полученное оборудование. Заказ на круглосуточную госпитализацию не охватывает всю коечную мощность больницы, к тому же предусмотрено, что 15–20% фонда — диагностические койки. Если больной поступает в ПДО — не важно, сам он приехал или на скорой помощи, — в течение суток нужно определиться, амбулаторное или стационарное лечение ему будет оказано,

более 2 млн человек, и лишь 14% населения — в сельской местности.

- В вашей области была реализована масштабная программа по развитию неотложной медицинской помощи населению сельских районов, создана сеть офисов врачей общей практики. Насколько этот опыт был успешным? Что планируется сделать в дальнейшем в этом направлении?

- За 2006–2010 гг. было построено и реконструировано 137 офисов врачей общей практики (ВОП). Создавая сеть, мы также

они работают на селе и в ассоциированных пригородных районах. По большому счету ВОП — это земский врач. Это не шаг назад, это возможность обратиться к профессионалу, который окажет полный объем доврачебной и врачебной помощи.

При этом у них не такая высокая интенсивность работы, как в городе, это может привести к снижению показателей. Для того, чтобы этого избежать, мы ежемесячно проводим День врача общей практики, собираем селективно-кустовые совеща-



Фото Нины Дюковой

ния, ведем мониторинг их деятельности.

Этот опыт очень ценен для нас. Когда мы проводили актуализацию программы модернизации, пришло понимание, что нужно также решать вопросы по материально-технической базе ФАПов. Некоторые из них были размещены без правоустанавливающих документов, в других были антисанитарные условия. В этом году у нас появится 54 новых модульных ФАПа. Мы поставили себе планку: ФАП будем размещать, если в поселении проживает не меньше 400 человек.

- Нехватка медицинских кадров – общероссийская проблема. Как она решается в Самарской области?

- Как министр я согласен – нехватка есть. Но как организатор здравоохранения я вижу, что есть еще и внутренний ресурс. Это вопрос правильной организации процессов. В свое время я проходил госпитальный мастер-класс в Европе, меня больше всего удивляло, что у них в больнице пациент общается в основном с медсестрами. Допустим, запланирована операция. Как это происходит? Одна медсестра собирает анамнез, вторая проводит физикальный осмотр, третья начинает премедикацию. Уже блуждающим взглядом пациент видит первого врача – анестезиолога-реаниматолога, а после проведения операции его передают реабилитологу. В дальнейшем основной объем медицинской помощи также выполняет средний медперсонал.

В советское время у нас был сильный пегриб – все манипуляции проводили только врачи. Необходимо пересматривать эти позиции. Для этого нужны средние медработники, в которых мы испытываем острую нехватку. Существует такой показатель в

По итогам 2012 года естественный прирост населения был отмечен в половине из 14 районов Самарской области, надеюсь в течение двух лет добиться этого во всем регионе.

стационаре, как время контакта пациента с персоналом. Если ему уделяется 4 часа в сутки, больница перестает быть «санаторно-курортной базой» для плановых больных. Нужно уделять им должное внимание, и пациенты будут нам только благодарны.

В области были предусмотрены «подъемные» для врачей в размере 166 тысяч рублей, заключивших трудовой договор по наиболее востребованным специальностям. В прошлом году их стали получать и средние медработники.

Мы проводили анализ частного здравоохранения, в этом секторе работает около 4 тысяч врачей и 8 тысяч средних медработников. Согласно указу президента мы сейчас начинаем повышать зарплаты врачей, думаю, после этого они понемногу начнут возвращаться в государственную систему.

Не менее важно создавать достойные условия труда. Наглядный пример – укомплектованность врачебными кадрами в Самаре составляла 65%. В рамках программы модернизации в ряде поликлиник был проведен капремонт. После этого укомплектованность кадрами в них выросла до 78%.

- Какие еще приоритеты развития здравоохранения Самарской области вы могли бы отметить?

- Повторюсь, для нас сейчас первостепенное значение имеет структурная эффективность. Есть показатели, которые позволяют оценивать работу здравоохранения. В зависимости от них я готов при-

нимать жесткие управленческие решения, вплоть до смены руководства ЛПУ. Если в структуре смертности районной больницы 70% людей трудоспособного возраста умирают на дому, значит, она не берет их на себя, чтобы не портить статистику, и такое учреждение правильнее закрыть. Вообще, с 2013 года я отменил понятие «больничной летальности» для ЛПУ третьего уровня. Пусть это будет паллиативная помощь, но мы должны видеть этих пациентов, сделать все, что возможно. В конечном счете это позволит влиять на управляемые причины смертности, обрабатывать технологию.

Необходимо менять подходы к оказанию медицинской помощи. Например, в прошлом году мы провели массовую диспансеризацию подростков. Проанализировав данные, обратили внимание, что индекс здоровья тех, кто до 3 лет перенес тяжелую пневмонию, на порядок ниже. Да, им спасли жизнь, но при этом использовались колоссальные дозировки препаратов, а иммунологической поддержки никакой не было. В таких странах, как США, Канада, в среднем потребляют около 150 г имму-

ноглобулина на 1000 населения, а у нас в России – 7,4!

Нужно определить направления инвестиционных вложений в здравоохранение. Это и новые поликлиники, и специализированные медицинские центры. Самарская область занимает второе место по распространенности ВИЧ в России, растет количество случаев сочетанной инфекции. До конца года руководство региона планирует создать СПИД-центр на 8000 кв. м. Здесь же откроется отделение для больных вирусными гепатитами, лабораторный комплекс, будут работать общественные некоммерческие организации и т. д.

Большое внимание уделяется развитию государственно-частного партнерства. Сейчас идут переговоры относительно строительства частного кардиохирургического центра, в котором будут реализованы все современные медицинские технологии. На подходе проект компании «Роснано» по созданию ПЭТ-центра, разрабатывается концессионная программа по службе крови.

Основной же точкой отсчета для меня как министра здравоохранения станет момент, когда рождаемость в губернии начнет превалировать над смертностью. По итогам 2012 года естественный прирост населения был отмечен в половине из 14 районов Самарской области, надеюсь в течение двух лет добиться этого во всем регионе.



Флагман губернского здравоохранения

Основанная 105 лет назад, являющаяся одним из крупнейших в Поволжье многопрофильных медицинских учреждений, Самарская областная клиническая больница имени М. И. Калинина (СОКБ) развивается и открывает новые направления – экстренной медицины, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.



Самарская областная клиническая больница – это целый медицинский город из 54 специализированных отделений со штатом сотрудников почти 3 тысячи человек. Ее уникальной особенностью является сосредоточение в одном учреждении взрослой и детской медицинской помощи, а также перинатального центра. Таким образом, в больнице проводится полный цикл диагностики и лечения – от сопровождения беременности, рождения и до преклонного возраста.

Специалисты больницы одними из первых в России освоили операции по пересадке костного мозга больным с острым лейкозом и рассеянным склерозом, по эндопротезированию крупных суставов и суставов кисти, реконструктивные челюстно-лицевые операции, оперативные вмешательства по хирургическому лечению вертебральной патологии. Современное оборудование позволяет лечить больных с различной патологией систем крови, выполняются эндоскопические внутрисосудистые вмешательства с постановкой стентов, проводится лечение заболеваний аорты и магистральных сосудов, патологий сонных артерий и др. Работает Клинический центр клеточных технологий, не имеющий аналогов в России, где произ-

Цифры

Самарская областная клиническая больница сегодня это:

- 54 специализированных клинических отделения;
- свыше 600 врачей, 5 заслуженных врачей, 3 заслуженных работника здравоохранения, 4 доктора и 63 кандидата медицинских наук, 40 отличников здравоохранения;
- ежегодная госпитализация свыше 50 тысяч человек;
- консультационная помощь более 370 тысячам человек ежегодно;
- более 17 тысяч хирургических операций в год (каждое третье оперативное вмешательство – с применением малоинвазивных технологий);
- учебная база для 14 кафедр Самарского государственного медицинского университета.

водится забор плацентарной или пуповинной крови рожениц, созданный банк крови предназначен для лечения самых тяжелых заболеваний.

Начиная с 2010 года СОКБ развивает новое направление – оказание экстренной и неотложной медицинской помощи. Благодаря участию в двух федеральных целевых программах созданы Региональный сосудистый центр для помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и травмоцентр первого уровня для пострадавших в ДТП. Сюда поступают со всей области самые тяжелые больные с сосудистой патологией, несмотря на это, летальность не превышает по ОНМК и кардиологии – 24%, по профилю нейрохирургии – 22%. Травмоцентр специализируется на политравмах и успешно справляется с ними благодаря налаженному взаимодействию многих специалистов – от ортопедов до офтальмологов и челюстно-лицевых хирургов.

СОКБ удостоена множества наград, среди которых почетное звание ВОЗ «Больница, доброжелательная к ребенку» (2002 г.), «Европейский Гран-при за качество» (2007 г.), «Лучший родильный дом России» (2009 г.).



Высокие технологии против рака

Самарский областной клинический онкологический диспансер – одно из ведущих медицинских учреждений губернии, реализующих все передовые методы диагностики и лечения рака. Здесь стартует новый проект по созданию ПЭТ\КТ-центра, что позволит существенно расширить возможности по оказанию медицинской помощи больным онкологического профиля.



ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» (СОКОД) является головным учреждением онкологической службы региона. В его состав входят:

- онкополиклиника на 600 посещений в смену;
- диагностическая служба, включающая рентгенодиагностическое отделение, КТ, МРТ, радионуклидную лабораторию, эндоскопическое отделение, отделение ультразвуковой диагностики, отдел лабораторной диагностики;
- стационар на 675 коек.

Кроме традиционных хирургических, лучевых и химиотерапевтических методов лечения в СОКОД широко используются передовые медицинские технологии: брахитерапия, рентгенохирургические операции, стереотаксическая лучевая терапия, радиочастотная и лазерная абляция, видеоассистированная эндоскопическая хирургия. Отделение лучевой терапии оснащено пятью современными линейными ускорителями.

В 2012 году в стационаре было пролечено 18299 больных. Количество операций достигло 11348 (на 5,1% больше, чем в 2011-м), в том числе высокотехнологичных – 2692. 360 онкобольных получили различные виды высокотехнологичной медицинской помощи (рост в 1,8 раза). Продолжилось снижение

дооперационного койко-дня, который в 2012 году составил 2,1, против 3,0 в 2011-м.

Выстраивание деятельности стационара в соответствии с действующими клиническими протоколами и стандартами позволило интенсифицировать лечебно-диагностический процесс. Успешно организованная клиничко-экспертная работа обеспечила низкий показатель летальности (0,4%) и способствовала снижению среднего срока обследования онкобольных с 25,5 (2011 г.) до 24,0 дней и сроков ожидания ими госпитализации с 8,2 до 8,0 дней.

В ЛПУ города постоянно проводятся онкологические осмотры, различные виды скринингов и диспансеризация больных с фоновыми и предраковыми заболеваниями. Всего осмотрено 2 млн пациентов, или 62,1% от общего числа населения. Выявлено 1882 онкологических больных (14,6% от числа впервые выяв-

ленных), при этом доля больных, выявленных в 1-2 стадиях, возросла с 57,1% в 2011 году до 57,8% в 2012-м, снизился показатель одно-годовой летальности (с 28,6% до 28,4%), возрос удельный вес онкобольных, состоявших на учете 5 и более лет.

Приоритетным направлением развития СОКОД является дооснащение «тяжелым» оборудованием, на что выделены средства в рамках Национальной программы развития и совершенствования онкологической службы. В 2014 году возможности онкологического диспансера расширятся за счет ввода в строй Центра ПЭТ/КТ и радиохирургической системы «Гамма-нож». Это позволит обнаруживать и эффективно удалять метастазы на самой ранней стадии. Договор о создании центра между «Роснано» и областной администрацией уже подписан.

Целевые индикаторы областной онкологической программы «Совершенствование организации онкологической помощи»

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г. (план)
доля умерших от ЗНО в течение 1 года с момента установки диагноза, %	28,8	28,6	28,4	27,0
удельный вес проживших более 3 лет с момента установки диагноза, %	56,3	57,9	57,3	59,5
удельный вес населения, прошедшего онкоскрининг, от общего числа населения, %	58,5	56,8	62,1	60,0
доля активно выявленных больных с 1-2 ст. заболевания, %	11,7	13,4	13,8	12,5



Сердце Самары

Областная кардиологическая служба сегодня



С 2013 года все кардиологические заболевания в стационарах будут лечиться только в специализированных отделениях. Кроме того, на основаниях государственно-частного партнерства начинается строительство кардиохирургического центра.

В Самарской области сформирована кардиологическая служба, которая включает в себя ГУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» (СОККД), кардиологические отделения в крупных лечебных учреждениях и кардиологические кабинеты в поликлиниках.

Стратегией совершенствования кардиологической службы стало изъятие кардиологических коек из терапевтических отделений и концентрация больных в специализированных отделениях, где созданы все условия для лечения таких пациентов: имеются хорошо подготовленные базы, штаты укомплектованы квалифицированными специалистами, есть возможность круглосуточного оказания помощи. Вследствие этого ежегодно уменьшается смертность от инфаркта миокарда (29,97 на 100 тысяч населения в 2012 году против 37,90 – в 2010-м).

Важной задачей областной кардиологической службы в 2013 году становится продолжение работы по полноценной углубленной диспансеризации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Особое внимание будет уделено больным трудоспособного возраста с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) с целью обеспечения не только адекватной медикаментозной терапии, но и воспитания

в них приверженности к здоровому образу жизни. Основную роль в этом призвана сыграть 61 школа по АГ, через которую уже прошло около 25 тысяч пациентов.

Большое внимание уделяется лечению больных острым коронарным синдромом/острым инфарктом миокарда. Методика лечения ОИМ едина для всех ЛПУ области, начиная с этапа скорой помощи. Своевременность диагностики и госпитализация больных в первые 24 часа составили по области 70%. 38,9% больных получили тромболитическую терапию и 17,2% – стентирование коронарных артерий.

В 2012 году отмечено увеличение практически всех видов высокотехнологичных

вмешательств у больных кардиологического профиля. Выполнено 829 операций коронарного шунтирования (на 104 больше, чем в 2011 году), 1319 стентирований коронарных артерий, установлено 720 электрокардиостимуляторов.

Новые перспективы открываются в связи с началом подготовки к строительству Кардиохирургического центра на основе государственно-частного партнерства. Государство предоставляет земельный участок и обеспечивает госзаказ на оказание медицинской помощи. Инвестор финансирует строительство и приобретение новейшего диагностического и операционного оборудования.

Оказание высокотехнологической помощи больным кардиологического профиля в Самарской области

Вид операции	2010 г.	2011 г.	2012 г.
операции с искусственным кровообращением	925	1235	1272
аортокоронарное шунтирование	529	725	829
стентирование коронарных артерий	890	1309	1319
установка электрокардиостимуляторов	579	787	720
радиочастотная абляция проводящих путей и аритмогенных зон	271	429	410
коронарография	2778	4103	3663

Показатели работы отделений сердечно-сосудистой хирургии СОККД

	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
всего выбыло больных	2442	2187	2770	3018
количество операций	2125	1927	3156	3234
послеоперационная летальность	1,8%	2,2%	1,6%	1,2%
операций с искусственным кровообращением	304	878	1133	1127

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ, МОЮЩИЕ И АНТИСЕПТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРОИЗВОДСТВА ЗАО «МЕДЛЕКСПРОМ»

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВЫСОКОГО УРОВНЯ
САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ

ДЕЗИНФЕКЦИЯ
ВЫСОКОГО УРОВНЯ

ПРЕДСТЕРИЛИЗА-
ЦИОННАЯ ОЧИСТКА

ДЕЗИНФЕКЦИЯ
ВОЗДУХА

СТЕРИЛИЗАЦИЯ

АНТИСЕПТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА
ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ



medlex

medlex.ru

Инеcса СТЭЦЮРА,
главный специалист-эпидемиолог
Департамента здравоохранения
города Москвы

Профилактика инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения

как критерий качества оказания
медицинской помощи



Вопросы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП), в настоящее время не теряют своей актуальности. В Москве уровень и структура заболеваемости ИСМП в целом соответствуют показателям Российской Федерации. Инфекции регистрируются преимущественно в родовспомогательных учреждениях и хирургических стационарах, реже в стационарах терапевтического профиля, в детских стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Нозологическая структура ИСМП в конкретном учреждении здравоохранения в значительной степени определяется видами оказываемой медицинской помощи.

При рассмотрении уровня регистрации послеоперационных ИСМП, как в Российской Федерации, так и в городе Москве, следует отметить, что этот показатель на порядок ниже аналогичных данных государств с развитой системой здравоохранения. В столице он составляет не более одной послеоперационной гнойно-септической инфекции на 1000 операций. Данный уровень регистрации послеоперационных ИСМП отмечается на фоне увеличения объемов и видов, а также абсолютного числа оперативных вмешательств. В неполном объеме также регистрируются и ИСМП мочевыводящих путей, между тем в мире данные нозологические формы занимают лидирующие позиции по показателям уровня и структуры заболеваемости среди других

ИСМП. На фоне стабильно низких показателей заболеваемости ИСМП новорожденных отмечается рост внутриутробных инфекций.

Данные факты, вероятно, свидетельствуют об имеющихся дефектах системы выявления, учета, регистрации ИСМП, что требует проведения мероприятий по стандартизации определения таких случаев и оптимизации перечня нозологических форм, подлежащих регистрации как на федеральном, так и муниципальном уровнях.

На фоне неполного учета ряда нозологических форм ИСМП в городе Москве отмечается некоторый рост числа ИСМП, передающихся воздушно-капельным путем, что обусловлено ростом уровня заболеваемости этими инфекциями на-

селения мегаполиса в целом.

Напротив, по отчетным данным в учреждениях здравоохранения города Москвы наметилась выраженная тенденция снижения классических инфекционных заболеваний с пятью и более случаями, инфекций, передаваемых парентеральным путем, острых кишечных инфекций, в том числе связанных с работой пищеблоков, а также постинъекционных ИСМП. Позитивная динамика во многом обусловлена укреплением материально-технической базы учреждений здравоохранения, их оснащением дезинфицирующим и стерилизующим оборудованием нового поколения, оборудованием по обеззараживанию воздушной среды, использованием медицинских изделий

однократного применения, поэтапным исключением человеческого фактора из технологического процесса по мойке и стерилизации медицинских изделий за счет внедрения профильного оборудования, а также эффективными контрольными мероприятиями по линии Роспотребнадзора г. Москвы, Департамента здравоохранения г. Москвы за соблюдением санитарно-эпидемиологических правил и нормативов в учреждениях здравоохранения.

Следует отметить, что система профилактики ИСМП в Москве строится на основе нового подхода, определенного Национальной Концепцией профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, от 06.11.2011 г., Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», которые предусматривают системный характер решения данной проблемы путем обеспечения комплексного проведения эффективных организационных, инженерно-технических, медико-санитарных, ветеринарных и иных мероприятий.

Применительно к каждому конкретному учреждению в первую очередь рассматриваются вопросы архитектурно-планировочных, а также технических решений при оснащении функциональных подразделений оборудованием и мебелью, обеспечении эффективной вентиляции и кондиционирования, наличия набора помещений, функционального зонирования технологических помещений, принятия мер по структуризации и изоляции палатных секций, расположения больничных подразделений для обеспечения оптимальных графиков движения больных, персонала, пищи, чистого и грязного белья, инструментария, отходов и т.д.

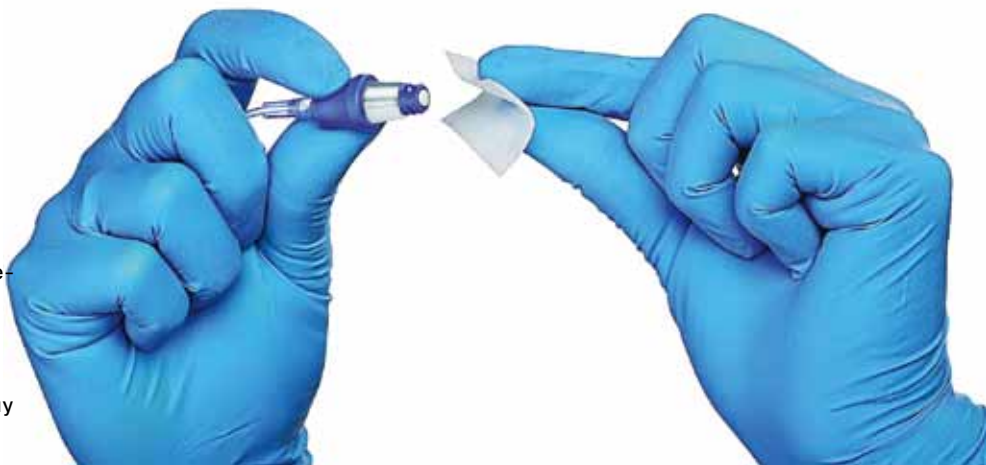
В рамках Программы модернизации здравоохранения города Москвы в 2011-2012 годах в ряде учреждений здравоохранения вышеперечисленные подходы были успешно реализованы. При этом архитектурно-планировочные решения по «проблемным» учреждениям здравоохранения, а также выбор и закупка дезинфицирующего и стерилизующего оборудования (стерилизаторы разного типа, мощные дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки для обработки медицинских изделий, рециркуляторы и другая аппаратура для обеззараживания воздушной среды, медицинских отходов, по измельчению пищевых отходов, некоторые модули операционных и т.д.) осуществлялись после обязательного согла-

сования соответствующей технической документации с внештатным главным специалистом-эпидемиологом Департамента, что позволило в значительной мере обеспечить их оптимальный выбор. В настоящее время данная практика реализуется при осуществлении текущих закупок профильного оборудования и планировании ремонтно-строительных работ в учреждениях здравоохранения Москвы.

В настоящее время в здравоохранении города Москвы активно проводится комплекс мероприятий по оптимизации лечебно-диагностического процесса в части уменьшения коечного фонда ста-

+ хирургическая патология, родильные дома с оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, с заболеваниями сифилисом, вирусными гепатитами, патологией мочеполовой системы), выводя, таким образом, из эпидпроцесса других учреждений здравоохранения одно из центральных звеньев – источник инфекции.

Вместе с тем, концентрируя эти категории в отдельных стационарах (отделениях), мы вынуждены создавать определенные режимные ограничения как для персонала, так и медицинских работников. В учреждениях здравоохранения города Москвы в настоящее время создан и



С учетом значимости рук медицинского персонала как фактора передачи ИСМП особое внимание уделяется вопросам поэтапного оснащения эпиднезначимых помещений учреждений здравоохранения двумя раковинами, одной – для мытья рук, другой – для мойки инструментария, установки кранов конструкции, исключающих повторную контаминацию рук, диспенсеров для жидкого мыла и кожных антисептиков, одноразовым полотенцам.

ционаров, централизации лабораторных исследований и т.д. Для сокращения числа необоснованных госпитализаций пересматриваются критерии и показания для стационарного лечения, в том числе планового. Продолжается постепенное замещение дорогостоящих круглосуточных коек и увеличение числа дневных стационаров. Организация центров амбулаторной хирургии, по нашему мнению, позволит существенно снизить риск внутрибольничного заражения пациентов за счет их изоляции от достаточно агрессивной больничной среды.

Для снижения риска заноса и распространения инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения города Москвы организована работа по распределению ряда инфекционных больных по специализированным стационарам с учетом сопутствующих заболеваний (туберкулез + ВИЧ-инфекция, кишечные инфекции

функционирует так называемый инфекционный барьер при поступлении больных в стационары, который включает:

- прием плановых больных с обязательными лабораторными и инструментальными исследованиями в соответствии с действующими нормативными документами;
- работу приемных отделений по типу санпропускника, наличия в них диагностических палат, настороженность медицинских работников в отношении инфекционных и паразитарных болезней и, прежде всего, правильность сбора эпидемиологического анамнеза, своевременность перевода пациентов в специализированные стационары, наличие аппаратуры и оборудования, способствующих отсечению некоторых потоков больных и т.д.

Серьезное внимание уделяется надежности и эффективности обработки медицинских изделий (дезинфекция,

предстерилизационная обработка, стерилизация). Эффективное решение данного вопроса обеспечивается, в первую очередь, введением в эксплуатацию в ряде учреждений здравоохранения города Москвы централизованных стерилизационных отделений (ЦСО), отвечающих современным требованиям как по архитектурно-планировочным решениям, поточности, так и по оснащению оборудованием нового поколения (в том числе низкотемпературными стерилизаторами, стерилизаторами с форвакуумным удалением воздуха), а также логистическими учетными программами для учета объемов стерилизуемых изделий с целью персонифицирования инструментов по отделениям (больным).

Немаловажную роль в текущей работе

подборе этих средств. Департаментом здравоохранения разработан порядок выбора и расчета потребности в дезинфицирующих и стерилизующих средствах и кожных антисептиках, что позволяет обеспечить их эффективный выбор и оптимальное использование в учреждениях здравоохранения города.

С учетом значимости рук медицинского персонала как фактора передачи ИСМП особое внимание уделяется вопросам поэтапного оснащения эпидемически значимых помещений учреждений здравоохранения (перевязочные, процедурные, ординаторские, стоматологические кабинеты, варочные и холодные цехи пищеблоков, туалеты для персонала и др.) двумя раковинами, одной – для мытья рук, другой – для мойки



по профилактике ИСМП в учреждениях здравоохранения города занимают вопросы оптимального выбора дезинфицирующих средств. На современном рынке присутствует большое количество дезинфектантов, относящихся к разным группам действующих веществ. Это дает возможность проводить рациональную ротацию препаратов, снижает риск развития устойчивости у возбудителей ИСМП к дезинфектантам, но создает определенные трудности в правильном

инструментария, установки кранов конструкции, исключающих повторную контаминацию рук, диспенсеров для жидкого мыла и кожных антисептиков, одноразовым полотенцам.

К числу узких, но, безусловно, важных вопросов относится обеспечение безопасного горячего водоснабжения отделений для лечения иммунокомпрометированных пациентов (трансплантология, онкогематология, ожоговые отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии)

Задачи

Приоритеты в вопросах профилактики инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения:

- улучшение материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- подготовка медико-технических заданий на новое строительство, капитальный ремонт помещений, систем вентиляции и кондиционирования и др. с обязательным выполнением требований законодательства Российской Федерации;
- повышение уровня обеспечения технологическим оборудованием в части проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий. Максимальное исключение из технологических процессов человеческого фактора за счет механизации труда и т. д.;
- создание современных ЦСО;
- продолжение работы по внедрению стационарозамещающих технологий;
- мониторинг возбудителей инфекционных заболеваний, циркулирующих в учреждении;
- повышение уровня выявления, учета и регистрации инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, с интеграцией этих процессов в информационно-аналитические системы, существующие (внедряемые) в учреждениях здравоохранения;
- подготовка и переподготовка медицинского персонала по вопросам соблюдения санитарно-противоэпидемического режима, профилактики ИСМП.

Для снижения риска заноса и распространения инфекционных заболеваний в учреждениях здравоохранения города Москвы организована работа по распределению ряда инфекционных больных по специализированным стационарам с учетом сопутствующих заболеваний.

путем установки специальных фильтров в точках разбора горячей воды с температурой ниже 60°C с целью профилактики внутрибольничного легионеллеза.

Комплексные профилактические мероприятия в отношении ИСМП позволяют сформировать благоприятную больничную среду, обеспечить эпидемиологическую безопасность пребывания пациентов в учреждениях здравоохранения и в конечном итоге существенно улучшить качество оказания медицинской помощи.

16+

комплексное оснащение

ЦСО

оборудованием из
Германии и Италии



Взамен устаревших и неэффективных технологий стерилизации мы создаем современные ЦСО с учетом специализации и инфраструктуры ЛПУ.

Бесплатное проектирование, согласование и конкурсное сопровождение проектов.

Вывод оборудования на паспортные режимы. Обучение персонала. Гарантийное и постгарантийное техническое обслуживание.

Десятки успешно реализованных проектов под ключ по всей стране.

Паровые и плазменные стерилизаторы, моюще-дезинфицирующие машины, автоматы для мойки и дезинфекции суден и уток, ультразвуковые мойки, системы водоподготовки, мебель для ЦСО, упаковочные машины, стерилизационная упаковка, дезсредства и кожные антисептики.



ВИТА·ПУЛ

медицинская компания

(495) 514-19-00, 514-19-07
info@vitapool.ru
www.vitapool.ru



Оксана ЧИКИНА,
заместитель
главного врача по
эпидемиологическим
вопросам ГАУЗ
«Камский детский
медицинский центр»
г. Набережные Челны

Защитить новорожденных от инфекции

помогает импульсная ксеноновая УФ-установка «Альфа»

Установки обеззараживания воздуха, созданные с использованием технологий космической медицины для нужд практического здравоохранения, успешно апробированы в условиях Перинатального центра Набережных Челнов.

Частота внутрибольничных инфекций (ВБИ) у новорожденных в родильных домах составляет 5-10%, а на этапе их выхаживания показатели заболеваемости могут достигать уже 50%. Этому способствует формирование новых внутригоспитальных штаммов микроорганизмов, обладающих высокой приобретенной резистентностью к ряду традиционных средств дезинфекции, в том числе к ультрафиолетовому излучению. Одним из основных факторов передачи ВБИ является воздух. Его высокая подвижность, трудно контролируемый уровень контаминации микроорганизмами диктуют необходимость внедрения в практику ВБИ новых высокоэффективных средств оперативного обеззараживания воздуха.

В 2011 году при проведении капитального ремонта в Перинатальном центре города Набережные Челны было обору́довано 11 индивидуальных родильных залов, и возникла необходимость внедрения современных технологий обеззараживания воздуха и поверхностей с целью сокращения времени дезинфекции родильных залов и операционных. Эпидемиологической службой больницы было принято решение о внедрении современной, не имеющей аналогов ни в стране, ни за рубежом, технологии обеззараживания воздуха с помощью передвижной импульсной ксеноновой

установки «Альфа». В ее разработке участвовали НПП «Мелитта», МВТУ им. Н. Баумана, Институт медико-биологических проблем РАН, НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора. В 2010 году «Альфа» была отмечена премией Правительства Российской Федерации в области науки и техники. Официальным дистрибьютором производителя установок НПП «Мелитта» является компания Торговая компания «Дельрус-Дез».

Технические характеристики импульсной ксеноновой ультрафиолетовой установки значительно превосходят аналогичные у ртутных ламп. Спектральный диапазон излучения 200-700 нм более близок к солнечному свету. Интенсивность излучения в десятки тысяч раз выше, как следствие - выше эффективность воздействия на бактерии, вирусы, грибы и споры, что позволяет уменьшить время дезинфекции до 1,5-15 минут и дает возможность экстренной обработки помещения. Благодаря отсутствию ионизирующего компонента электромагнитного излучения установка

не вырабатывает озон и окислы, а так как она не содержит ртути и других токсических веществ, то не требует особых условий утилизации.

В ходе испытания установки «Альфа» в Перинатальном центре были получены результаты, представленные в таблице ниже. Они позволили сделать следующие выводы:

1. Излучение обладает уникальными биоцидными свойствами, снижая концентрацию микробов в миллионы раз.
2. Эффективность дезинфекции высока и составляет 90-100%.
3. Значительно сокращается время дезинфекции родильных залов и операционных, так как дезинфицируется не только воздух помещений, но и открытые поверхности.

В 2012 году в связи с введением новой технологии обеззараживания воздуха отмечается снижение заболеваемости ВБИ среди новорожденных перинатального центра в 2,1 раза, в том числе по болезням легких - в 1,9 раза, кожи и подкожной клетчатки - в 3,8 раза, глаз - в 1,8 раза.*



Назначение и объем помещения, тип установки	Время обработки (мин)	Количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха помещения, КОЕ				Эффективность обеззараживания
		До обработки		После обработки		
		Общая микрофлора	S. aureus	Общая микрофлора	S. aureus	
Операционный зал перинатального центра 108 м², Альфа-01	4	120	0	1	0	99,2%
	4	128	0	1	0	99,2%
	4	136	0	1	0	99,3%
Грязная зона ЦСО, 192 м², Альфа-01	9	386	4	4	0	99,0%
	9	428	2	4	0	99,2%
	9	406	4	4	0	86,0%
Родильные залы 90 м², Альфа-01	3	186	0	4	0	99,4%
	3	198	0	2	0	99,2%
	3	182	0	2	0	99,45%
Послеродовые палаты, 75,6 м² Альфа-01	2	678	12	68	0	90,0%
	2	646	10	42	0	88,0%
	2	787	16	79	0	90,0%

Сарт. совм. № РОСС RU. ИМ04.В07590 от 09.03.2010 г.
Пер. удост. № ОСП 2010/06906 от 26.02.2010 г.

Торговая компания «Дельрус-Дез» работает в сфере дезинфекции и стерилизации, реализуя комплексный подход к обеспечению медучреждений Татарстана, начиная с систем для обработки эндоскопов и заканчивая оснащением централизованных стерилизационных отделений под ключ.



Высокий профессионализм специалистов компании, богатый опыт, ориентация на нужды ЛПУ позволяют в полной мере удовлетворять потребности здравоохранения в качественной продукции.

ТК «Дельрус-Дез» сотрудничает и является официальным представителем таких производителей, как **«Мелитта» * Johnson & Johnson * «Фармстандарт-Медтехника» * НПФ «Винар» «Лизоформ-СПб» * МК «ВИТА-ПУЛ»** и ряда других.

Торговая компания «Дельрус-Дез» предлагает:

- оборудование для дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения;
- дезинфицирующие средства, в том числе собственного производства;
- системы инфекционного контроля;
- оборудование и расходные материалы для сбора, хранения и утилизации медицинских отходов;
- профессиональное уборочное оборудование, моющие и чистящие средства;
- расходные материалы для стерилизации.

 **ДЕЛЪРУС-ДЕЗ®**
ПРОГРЕСС ВО ИМЯ ЖИЗНИ

ООО «Торговая компания «Дельрус-Дез»
420061, г. Казань, ул. Сеченова, д. 17.
Тел./факс: (843) 273-78-83, 273-78-93, 273-15-17.
e-mail: cdd_delrus@mail.ru
www.дельрус-дез.рф

16+

ДЕЗАР
ФОРМАТЫ И РЕЦИКУЛЯТОРЫ

ОЧИСТКА ВОЗДУХА

ОТ ТОКСИЧНЫХ
ГАЗОВ



www.kront.com
kront.rf

Тел./факс:
(495) 500-48-84
(многоканальный)

Фильтровальный блок со
сменным комбинированным
угольным фильтром



Решетка-фильтродержатель

Комбинированный угольный
фильтр ФУС-КРОНТ

Защитная решетка рециркулятора

Армирующее и защитное
от осыпания полотно

Активированное
угленасыщенное волокно

Армирующее полотно -
пылевой префильтр (10 мкм)

Защелки-
фиксаторы



Бактерицидная
эффективность

99,9%

Новое технологическое решение в УФ-рециркуляторах «ДЕЗАР» - очистка воздуха от токсичных примесей химической природы при помощи фильтровального блока со сменным комбинированным угольным фильтром

- ✓ Очистка воздуха от анестезирующих газов, антибиотиков, аэрозолей, паров кислот, моющих, дезинфицирующих и стерилизующих средств, аммиака, гормональных средств, формальдегидов, фенолов, оксидов углерода (CO), азота (NO) и др.
- ✓ Фильтровальный блок со сменным угольным фильтром - трехслойный фильтровальный материал, установленный в защитную решетку рециркулятора посредством самофиксирующейся решетки-фильтродержателя.
- ✓ Фильтровальный блок самофиксирующийся, устанавливается на корпус рециркулятора без применения какого-либо инструмента при помощи упругих фиксаторов-защелок.
- ✓ Средний срок службы сменного угольного фильтра - 1 месяц.
- ✓ Процедура замены угольного фильтра проста и безопасна - на упругих пластиковых защелках-фиксаторах.

Реклама. Рег. удост. № ФСР 2008/02501 от 17.04.2008 г., серт. соотв. № РОСС RU. ИМ04. Н08037 от 19.05.2011 г., пер. удост. № ФСР 2011/12132 от 13.10.2011 г., серт. соотв. № РОСС RU. ИМ.04. Н08180 от 25.10.2011 г., пер. удост. № ФСР 2011/13388 от 14.07.2011 г., серт. соотв. № РОСС RU. ИМ04. Н08105 от 02.08.2011 г., пер. удост. № ФСР 2009/04140 от 16.02.2009 г., серт. соотв. № РОСС RU.0001. ИМ04 от 18.08.2010 г., пер. удост. № 29/18040603/3073-03 от 23.12.2003 г., серт. соотв. № РОСС RU. ИМ04. Н08428 от 20.02.2013 г.



Международный опыт менеджмента - российским врачам

Ведущие зарубежные и российские эксперты в сфере менеджмента, управления качеством в здравоохранении приняли участие в Первой международной конференции «Качество и управление рисками в медицинских учреждениях».

Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения Республики Татарстан и Образовательный центр высоких медицинских технологий при участии крупнейших немецких и австрийских компаний. Здесь собралось более 300 организаторов здравоохранения, руководителей ЛПУ, специалистов в сфере управления персоналом, менеджмента качества из России и ближнего зарубежья.

Открывая конференцию, министр здравоохранения Татарстана Айрат Фаррахов отметил, что вопрос качества предоставляемых услуг является важнейшей проблемой в здравоохранении, которая затрагивает многие аспекты и сферы деятельности. «Тот, кто успешен в этой



области, может использовать самые современные технологии предоставления качественных услуг, будет более конкурентоспособным, меньше ошибаться, иметь хорошие перспективы», - заявил министр.

Опыт Германии в сфере стандартизации медицинских услуг представил доктор Герфрид Коля, вице-президент сертификационной организации TÜV Certification. В этой стране на федеральном уровне установлены только основные положения и законы, а многие вопросы, в том числе контроль качества медицинской помощи, регулируются регионами самостоятельно. В разных землях Германии руководят различные партии, в каждой создана своя структура контроля, и подход, например, в Баварии, совсем другой, чем в Берлине. В федеральном законе прописана необходимость организации системы менеджмента качества, но не дано точного определения, какой она должна быть. Каждая организация может изобрести свою. Такая модель ведет к определенным сложностям в управлении. Ситуацию облегчает то, что происходит постоянное расширение единых норм на уровне Евросоюза.

По словам Герфрида Коля, первоначально в 1996 году идея сертификации медицинских услуг была встречена в Германии без особого энтузиазма, она воспринималась как инструмент, свойственный скорее промышленности, чем здравоохранению, где необходим индивидуальный подход к пациенту. С тех пор многое изменилось. Система здравоохранения Германии стала больше ориентироваться на принципы рентабельности, а клинический менеджмент осуществляется преимущественно экономистами. Многие управленческие решения успешно адаптируются в медицинской сфере, в том числе сертификация. Она проводится на добровольной основе, но часто наличие сертификата является преимуществом на рынке услуг, в котором объединены такие разнородные участники, как лечебные учреждения и ассоциации клиник, страховые компании, медицинские общества, инвесторы и т. д.

«Заинтересованными сторонами разрабатываются стандарты в соответствующих областях, но отсутствует универсальный подход, - объяснил Герфрид Коля. - Стандарту ИСО 9001 отдается предпочтение, когда речь идет о комплексных процессах. Сертификация КТQ используется все реже. Сложность в том, что сегодня становится трудно разобраться в огромном количестве предлагаемых систем стандартизации. Так, для сертификации клиник, где проводится стационарная реабилитация, существует 29 (!) различных схем, что не способствует прозрачности и является нежелательным трендом. Это ошибка, которую мы сделали и которую не надо повторять вам».



Ильдар ХАЙРУЛЛИН,
главный врач
ГАУЗ «Больница скорой
медицинской помощи»
г. Набережные Челны

Процессный подход и формализация процессов в работе многопрофильной клиники

Внедрение системы менеджмента качества в работу крупного многопрофильного стационара является необходимым этапом в стремлении обеспечить высокое качество медицинской помощи и удовлетворенность пациента.

В первую очередь это связано с ростом социальных ожиданий со стороны пациентов и государства. Помимо этого происходит специализация, сегментация и усложнение в технологии оказания медицинской услуги. В лечении одного пациента участвует целая цепочка врачей различных специальностей, применяются разные технологические приемы, оборудование. Все это требует от менеджмента медицинской организации создания надежного, прозрачного и развивающегося механизма для достижения целей, поставленных учредителем, под руководством команды компетентных единомышленников.

ПРОЦЕСС КАК БАЗОВОЕ ПОНЯТИЕ

Особое значение в построении системы менеджмента качества имеет процессный подход. При нем вся технология оказания медицинской услуги в организации представляется цепочкой процессов, подпроцессов, процедур и операций. В основе этого подхода лежит фундаментальное базовое понятие – процесс. Им называется перечень технологически взаимосвязанных действий, которые качественно преобразуют входы в приемлемые для последующего потребления выходы.

Любой процесс имеет вход (I) и выход (O), которые, в свою очередь, могут быть материальными (M), финансовыми (\$), информационными (IT). Система управления процессом делится на два типа: управление по задачам (C/t) («тушение пожара») и по функциям (C/f). C/f означает, что данный процесс может управляться регулируемыми документами нулевого уровня – от вышестоящей организации (C0); первого (C1), второго уровня (C2) – на уровне подразделения, третьего уровня (C3) – на уровне должности.

Помимо этого процесс обеспечивается ресурсами: материальными (M), персоналом (P-personal), зданием, оборудованием, расходными материалами (P-plant), финансами (\$), информационной составляющей (IT) и временным ресурсом (t).

Также имеется система контроля (control), которая обеспечивает определение соответствия качества продукта на выходе качеству входов, ресурсов и управления. Контроль определяет соответствие продукта имеющимся или потенциальным потребностям потребителя (степень удовлетворенности).

Процесс оказания медицинской помощи – это процесс предоставления медицинской услуги. В соответствии с этим на входе будет находиться нуждающийся пациент, на выходе – удовлетворенный. Процесс оказания медицинской помощи регулируется менеджментом организации и подразделения и обеспечивается необходимыми ресурсами.

Процесс оказания медицинской услуги на уровне организации можно представить как цепочку процессов (подпроцессов), которые происходят на уровне подразделений.

Схема 1

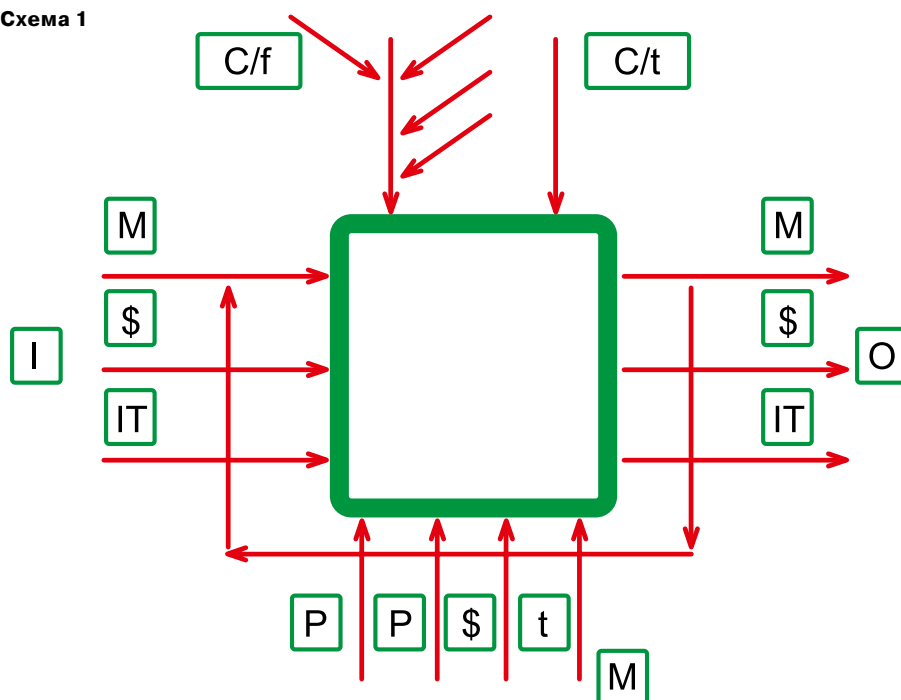
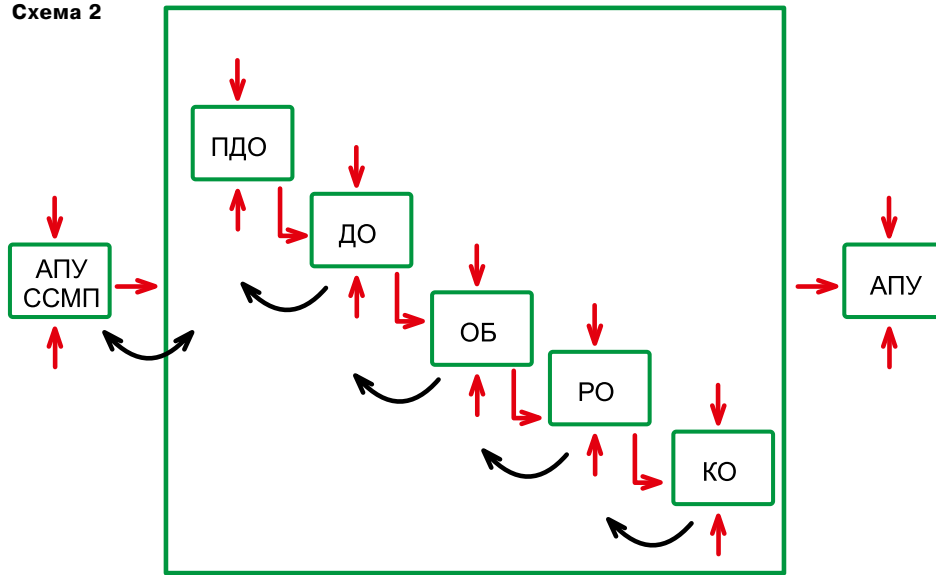


Схема 2



На входе процесса оказания помощи в учреждении находится нуждающийся пациент, который направлен амбулаторно-поликлиническим учреждением (АПУ) либо станцией скорой медицинской помощи. На выходе партнером стационара в дальнейшем лечении и реабилитации является АПУ. Внутри организации цепочка подпроцессов характеризует взаимодействие между подразделениями, при этом каждый процесс придает новые качественные характеристики нуждающемуся пациенту. На уровне приемного отделения – регистрация и оформление документов; диагностическое отделение – обследование; операционное отделение – операция и т.д. Пациент, прошедший каждый из этих этапов, обладает некими новыми характеристиками, которых у него не было на предыдущем этапе. Их можно определить и измерить.

Таким образом, качественные и количественные характеристики пациента, которыми он обладает на выходе из каждого процесса, будут являться исходными данными на входе на следующий этап.

Каждый процесс и подпроцесс обеспечивается адекватным управлением и необходимыми ресурсами.

В рамках построения менеджмента качества медицинской организации данную цепочку процессов можно назвать цепочкой качества.

1. Чтобы получить качественный продукт на выходе, необходимо иметь качественный «предпродукт» на входе. В связи с этим возникает вопрос о необходимости контроля входов, так называемый внутриорганизационный контроль качества. Каждое последующее подразделение должно иметь четкую систему индикаторов, по которым оно оценивает,

насколько качественный продукт к ним поступил. В качестве примера можно сослаться на таблицу индикаторов отделения анестезиологии. Анестезиолог оценивает работу предыдущих этапов по следующим индикаторам: идентификация пациента, установленный предоперационный диагноз, предполагаемый объем операции, определение анатомической области операции, маркировка операционного поля.

2. Если на каждом из этапов происходит небольшое отклонение от стандарта, то происходит феномен «накопления ошибок». При этом на каждом из этих процессов происходит не суммирование, а произведение ошибок, что в итоге создает крайне низкий качественный продукт всей медицинской помощи, вплоть до летального исхода пациента.

3. Также необходимо понимать, что если на всех этапах медицинская помощь оказывалась квалифицированно, а на одном из них – неудовлетворительно, то итогом данного процесса будет не среднearифметический результат, а неудовлетворительное качество.

ФОРМАЛИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ

Формализация процессов – это создание документированного шаблона (стандарта). Ее целью является создание единого толкования о качественных характеристиках продукта или услуги. Формализация – это естественный закономерный и необходимый этап построения системы менеджмента качества.

До этапа фактической формализации можно выделить фазы додокументальной стандартизации. Она может быть двух типов:

- 1 – визуальной;
- 2 – вербальной.

Визуальная стандартизация обычно применяется в сферах деятельности, где высокое значение имеют мануальные навыки высококлассных специалистов (хирургия), по принципу «делай, как я». Молодой сотрудник-хирург, проходящий стажировку, наблюдает и учится выполнению стандартных, шаблонных действий в руках опытного мастера. Копирование и повторение данных действий, как правило, приводит к успешному выполнению операции.

Принцип вербальной стандартизации определяется словами: «Коллеги, давайте договоримся делать только так, а не иначе...». Если в дальнейшей деятельности коллегами соблюдаются подобные устные договоренности, а затем они проецируются и на действия новых сотрудников, то можно говорить об эффективной модели вербальной стандартизации.

Однако если попытки стандартизировать процессы визуально или вербально не удаются, то необходимо переходить к формализации процесса.

Возможные варианты формализации – горизонтальная и вертикальная.

1. Горизонтальная формализация – создание документированного шаблона действий всей технологической цепочки (этапов). Как пример может рассматриваться карта медико-технологических процессов относительно пациента, где прописываются действия всех сотрудников.



ДВИЖЕНИЕ ПАЦИЕНТА



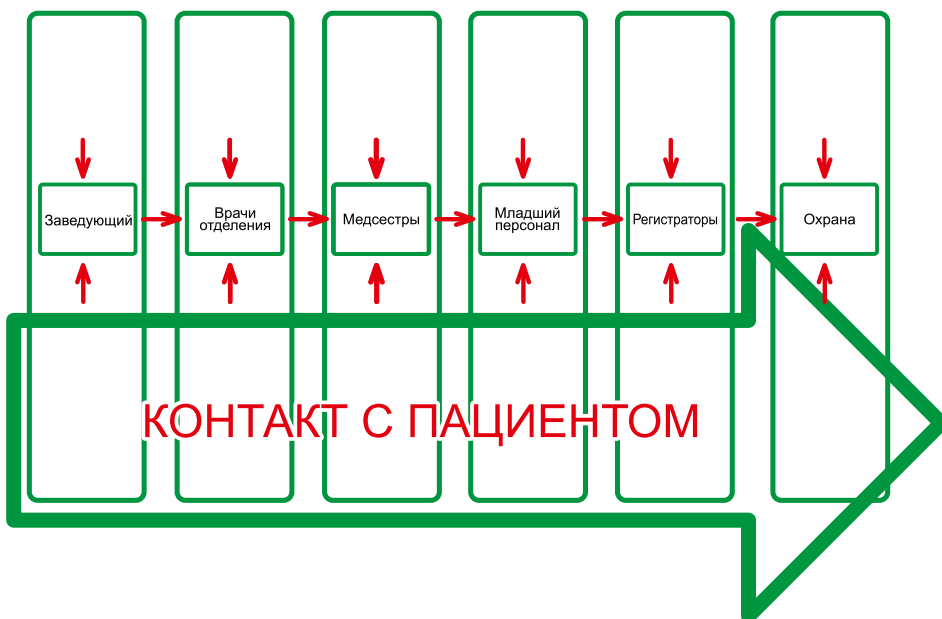
2. Вертикальная формализация – создание регламентов и порядков действий по каждой должности в течение всего рабочего времени. В данном случае контакт с пациентом будет составлять только часть регламентированных действий сотрудника.

Остальные разделы должны быть посвящены конкретным действиям на своем рабочем месте, вопросам взаимодействия с сотрудниками и партнерами, производственной и трудовой дисциплины, дресс-коду, речевым модулям. Здесь же можно выделить раздел, посвященный базовым элементам корпоративной культуры.

прежде всего, от качества персонала. Если он дисциплинирован, ответственен, компетентен, инициативен и творческий (формула: DOC-IT), степень формализации может быть минимальной. В противном случае (non-DOC-IT) она должна быть высокой. Таким образом, степень формализации обратно пропорциональна качеству и добросовестности персонала.

Следующий фактор – это критичность процессов. Если потребитель постоянно сталкивается с низким качеством продукта на выходе из какого-либо процесса, то менеджмент организации должен

Схема 4



Формализация – это сложный и очень ответственный этап в работе менеджмента учреждения. Здесь должен быть соблюден принцип «разумной достаточности».

Медицина остается, несмотря на всю ее технологичность, творческой профессией, и без эмоциональной составляющей работы врача, инициативы и творчества невозможно достичь удовлетворенности пациента.

В связи с этим нам представляется, что степень формализации зависит,

максимально формализовать данный процесс. Низкое качество продукта может быть связано с низким качеством входов (низкокачественный «предпродукт» на входе), неудовлетворительным управлением, недостаточным ресурсным обеспечением, нехваткой времени. Важную роль в диагностике причин неудовлетворительного качества необходимо придавать разбивке процесса на подпроцессы, процедуры и операции,

то есть на неделимые составляющие, и объективной, количественно измеряемой оценке каждого из этих этапов.

Степень формализации процессов зависит от уровней управления организации. Чем их больше, чем сложнее структура, тем выше требования к формализации как средству повышения прозрачности деятельности подразделений и сотрудников.

Высокая степень формализации имеет свою обратную сторону. Если в организации высок процент сотрудников «non-DOC-IT», то стремление к максимальной формализации деятельности каждого подразделения и сотрудника понятно и закономерно. Однако формализация и повышение требований прежде всего сказываются на поведении и настроении персонала «DOC-IT». На недобросовестных сотрудников, как правило, она влияет незначительно. В результате происходит дальнейшее усиление формализации, появляется еще большее количество регулирующих документов, регламентов и инструкций. Как результат – добросовестные работники покидают бюрократически переродившуюся компанию. В организации остаются недобросовестные сотрудники («non-DOC-IT») – далее круг повторяется. Этот так называемый патологический круг селекции персонала возможно предотвратить только проводя селекцию добросовестных сотрудников и избавляясь от недобросовестных.

Выводы:

1. Процессный подход – важная составляющая в построении системы менеджмента качества медицинской организации.
2. Внедрение процессного подхода позволяет выстроить «цепочку качества», при которой происходит контроль качества выходов и входов, внедряется система внутренних потребителей.
3. Процессный подход позволяет проводить диагностику причин некачественного продукта.
4. Доформальная стадия может включать в себя визуальную и вербальную стандартизацию.
5. Формализация процессов является необходимым элементом построения системы менеджмента качества.
6. Степень формализации процессов зависит от качества персонала, критичности процессов и структуры и уровней управления.
7. Обратная сторона избыточной формализации – «патологический круг селекции персонала».

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ФОРУМ



2013

Медицина

ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

29-31 октября
г.Уфа

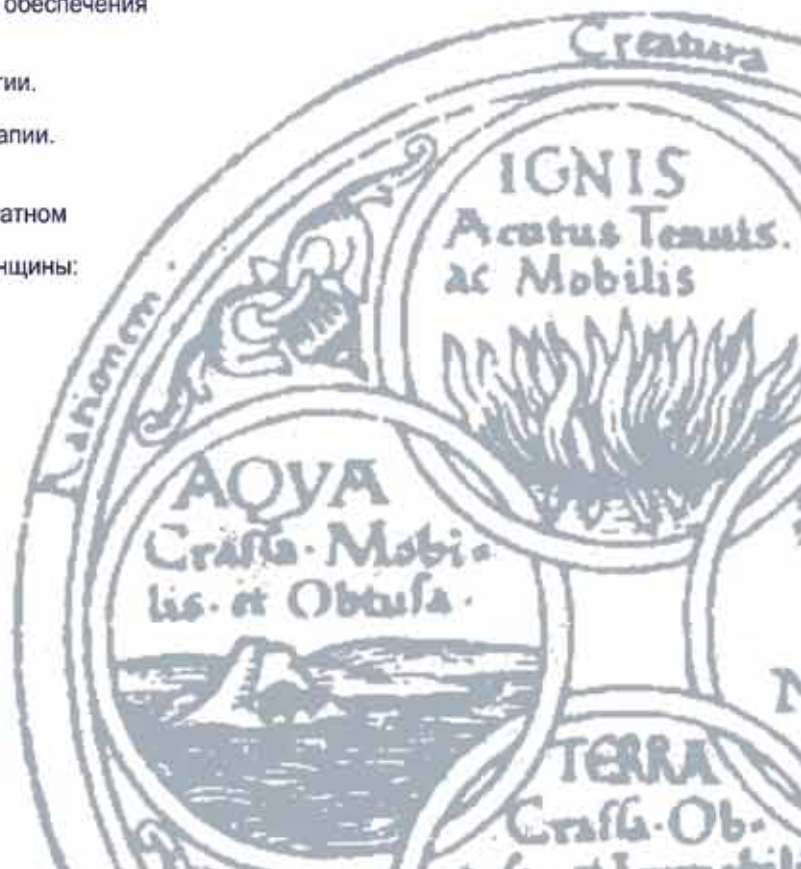
Научная программа:

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



БАШЭКСПО
ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР

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



Мунир ЗАКИРЗЯНОВ,
главный врач медсанчасти
ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска,
заслуженный врач РТ, к. м. н.

Ринат ХАРИСОВ,
заместитель главного врача
по медицинскому обслуживанию
населения.

Ильдус ЯГАФАРОВ,
заместитель главного врача по
высокотехнологичной медицинской
помощи, к. м. н.



Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска - пример эффективного государственно-частного партнерства

Национальный проект «Здоровье» позволил решить основные проблемы в здравоохранении, в том числе повысить доступность высокотехнологичных методов лечения для населения.



В рамках этого проекта увеличилось количество центров, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями опорно-двигательного аппарата, органов зрения, мочевыделительной системы. Повысилась обеспеченность квалифицированными кадрами. Несмотря на это, в России есть

еще регионы, в которых доступность ВМП остается низкой. Проблему усугубляют сложившиеся условия мирового экономического спада. В связи с этим возникает необходимость создания региональных центров сердечно-сосудистой хирургии с привлечением не только государственных средств, но и внебюджетных источников финансирования. Примером организации такого регио-

нального центра ВМП является Медсанчасть ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, которая охватывает своим вниманием весь юго-восток РТ с населением примерно 650 тысяч человек.

В 2008 году в МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска был сдан в эксплуатацию новый хирургический корпус, построенный в рекордно короткие сроки, открыто несколько новых отделений: сердечно-сосудистой хирургии, офтальмологии, рентгенохирургии, привлечены к работе сертифицированные специалисты, полностью оснащена материально-техническая база. Материальные затраты взяла на себя нефтяная компания ОАО «Татнефть». В этом же году МСЧ получила Федеральную лицензию по четырем видам ВМП: сердечно-сосудистая хирургия,

офтальмология, урология, травматология-ортопедия и включилась в выполнение Государственной программы по оказанию ВМП жителям Республики Татарстан.

Сердце – это самое дорогое, что есть

лечения. Начиная с 17 декабря 2008 года в Медсанчасти выполняются операции на сердце в условиях искусственного кровообращения.

За четыре года МСЧ ОАО «Татнефть» и

г. Альметьевска стала современным центром, оказывающим специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь согласно современным стандартам. За это время в отделениях кардиологического



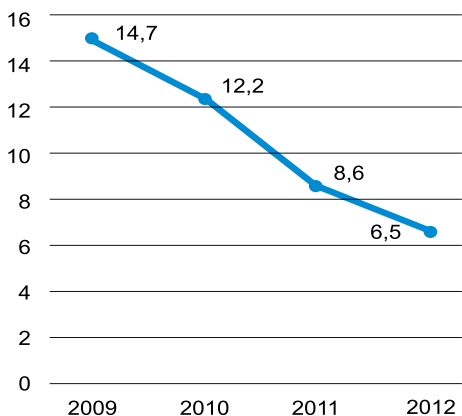
профиля выполнено более 5500 коронароангиографий, более 1800 операций ангиопластики и стентирования коронарных и периферических артерий, 756 операций на сердце, более 840 операций на аорте и магистральных сосудах и 553 операции при нарушениях ритма сердца. В рамках Госзаказа работает программа по оказанию неотложной помощи при остром коронарном синдроме. Аритмологическая служба МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска функционирует в составе кардиологического отделения № 1. На сегодняшний день это межрайонный центр диагностики и лечения нарушений ритма сердца. Центр начал работу в 2005 году, с 2011-го работает с 10 прикрепленными районами. С 2012 года согласно приказу Минздрава РТ организована экстренная аритмологическая помощь, ведутся круглосуточное оказание помощи, госпитализация и лечение пациентов с жизнеугрожающими нарушениями ритма и проводимости сердца.

у человека. Им мы познаем мир, любим, радуемся жизни. И почему-то именно к сердцу относимся часто без должного внимания и заботы. Может быть, поэтому проблемы, связанные с сердечно-сосудистой системой, сегодня приняли масштаб настоящей эпидемии: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний прочно занимает первое место. Поражение органов кровообращения является самой частой хронической патологией и основной причиной летальности. За прошедший год на Земле погибло около 6 миллионов человек от заболеваний сердца и сосудов, ими поражены от 20 до 41% населения всех стран.

Именно поэтому приоритетным направлением нашей работы является лечение больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. При финансировании администрацией Альметьевского муниципального района и поддержке Управления здравоохранения г. Альметьевск с 2008 года в МСЧ внедрена муниципальная программа по оказанию неотложной помощи при остром коронарном синдроме с использованием рентгенохирургических методов диагностики и



Динамика госпитальной летальности от острого инфаркта миокарда (в%)



В 2012 году в Медсанчасти начат проект «Гибридная хирургия» на аортальном клапане сердца и магистральных сосудах с применением рентгенохирургических и открытых методик, инициированный академиком РАН и РАМН Ренатом Акчуриным. Методика гибридных операций позволяет проводить оперативные вмешательства на пациентах с заболеваниями клапанов сердца и аорты пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Целенаправленная последовательная работа по организации специализированной высокотехнологичной медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями при финансовой поддержке ОАО «Татнефть», Министерства здравоохранения РТ позволила добиться главной цели – сохранить жизнь сотням людей, проживающих на юго-востоке Республики Татарстан. Для достижения всех поставленных целей потребуются годы, но работа, проводимая в МСЧ, приносит свои положительные результаты уже сегодня.*



Неотложные вопросы торакальной хирургии

Внедрение в практику здравоохранения современных клинических рекомендаций повышает успех лечения и снижает расходы. Так обобщил опыт Европы один из участников II Российско-Европейского симпозиума «Неотложные состояния в хирургии органов грудной клетки» профессор из университета Саламанки (Испания).

В конференции приняли участие 200 человек из России и стран СНГ, а также более 50 экспертов – ведущих специалистов здравоохранения России, Италии, Франции, Испании, Бельгии, Польши. В том числе академик РАМН Михаил Перельман, президент Европейского общества торакальных хирургов профессор Диркван Реймдонк, профессор торакальной хирургии Страсбургского университета, член-корр. РАМН Жильбер Массар и другие.

Министр здравоохранения Республики Татарстан Айрат Фаррахов, на правах принимающей стороны приветствуя участников конференции, подчеркнул, что в программу симпозиума вошли наиболее актуальные вопросы тора-

кальной хирургии, новых технологий, эндоскопии.

На вопросе разработки и внедрения клинических рекомендаций подробно остановился Гонзало Варела, профессор торакальной хирургии университета Саламанки, главный редактор европейского журнала по торакальной хирургии. По его словам, их использование помогает уменьшить вариабельность принятия решений, упрощает выбор тактики лечения в ежедневной работе. А следствием этого становятся сокращение койко-дней и возможность экономить средства, оказывая помощь большему количеству пациентов.

При формировании группы экспертов для подготовки клинических рекомендаций необходимо обращать внимание на

то, чтобы они представляли различные школы, но при этом были готовы работать вместе для достижения более совершенного результата. Раз в несколько лет эту базу необходимо обновлять, так что процесс разработки не останавливается никогда. Особое значение имеют внедрение и распространение рекомендаций, которые происходят путем публикации в наиболее авторитетных и читаемых медицинских изданиях, а также путем сообщений на крупных конференциях.

В течение симпозиума помимо лекций экспертов и круглых столов были организованы прямые трансляции из операционных. На базе РКБ МЗ РТ и МКДЦ прошли мастер-классы ведущих торакальных хирургов России с демонстрацией таких операций, как «Разобщение трахеопищеводного свища с одновременной циркулярной резекцией трахеи», «Циркулярная резекция левого главного бронха при карциноидной аденоме», «Наложение трахеостомы эндоскопическим методом», «Видеоторакоскопическая и типичная резекция легкого с плеврэктомией по поводу спонтанного пневмоторакса», «Стентирование пищевода».

Как отметил проводивший один из мастер-классов профессор Владимир Порханов: «Учение в медицине должно быть «живым». Казань дает возможность приехать всем желающим посмотреть высокотехнологичные клиники. Коллеги из разных уголков страны могут своими глазами увидеть операцию, которую я провожу».



На страже демографического резерва

На протяжении трех дней столица Татарстана стала местом встречи врачей, научных деятелей, ведущих акушеров-гинекологов из разных уголков страны в рамках III Общероссийского научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: здоровье женщины – здоровье нации. Казанские чтения».

- Вопросы репродуктивного здоровья женщины, материнства, детства являются одними из приоритетных государственных задач, – сказала в своем приветственном слове заместитель председателя государственного совета РТ Римма Ратникова. – За последние 12 лет рождаемость в республике выросла на 52%, смертность снизилась на 28%, два последних года отмечается естественный рост населения.

- Для репродуктивного здоровья в Татарстане делается немало, – отметила Елена Игнашина, начальник отдела медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РТ. – Основные акценты: реконструкция учреждений службы, оснащение новым оборудованием, только в рамках программы Модернизации на эти цели было выделено более 3,5 млрд рублей.

По данным Министерства здравоохранения РФ, самая распространенная причина

материнской смертности в стране – экстрагенитальные заболевания, на них приходится больше трети погибших. При этом прослеживается благоприятная тенденция снижения смертности от акушерских кровотечений – 16%, эмболии – 13,9% и гестоза – 10,8%.

Однако, по словам профессора Виктора Радзинского, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Российского университета Дружбы народов, все меры профилактики тромбоза и эмболии не имеют доказанности в реальной профилактике осложнений. Это большая научная задача, которую еще предстоит решить. Если смотреть на сроки наступления, структура материнской смертности распределяется следующим образом – 75% приходится на период беременности, до и после родового периода, 21,7% – во время и после аборт, во время внематочной беременности – 3,3%.



Одна из основных проблем – гормонофобия, которая препятствует нормальной контрацепции, – подчеркнул Виктор Радзинский. – Снижения аборт в ближайшее время не произойдет, потому что, по официальным данным, 12,4% женщин потребляют современные методы контрацепции. А согласно экспертным заключениям, сделанным сторонними организациями, – лишь 4%! Причины гормонофобии, скорее всего, заключаются в недостаточной информированности врачей и существовании старых представлений об их так называемой «вредности».

Касательно улучшения репродуктивных исходов докладчик отметил, что проблема заключается скорее в реабилитации, нежели в имплантационной подготовке или лечении во время беременности. Еще одна важная задача – повышение квалификации медицинских работников. Ее решением мог бы стать отказ от обычных лекций в пользу непосредственного овладения технологиями и интерактивного обучения.

Основные перспективы репродуктивной медицины Виктор Радзинский обозначил следующие: уменьшение нагрузки на гинекологические стационары, применение биомаркеров, хирургическое лечение пролапсов и недержания мочи, борьба с гормонофобией, замена хирургического аборта медикаментозным и лечение больных беременных в профильных стационарах.

Ранняя диагностика рака молочной железы с помощью систем Acuson S2000 ABVS и 3D-томографической реконструкции



Ткань молочной железы состоит из нескольких типов клеток - маммоцитов, в которых собирается грудное молоко. Образующийся секрет поступает в узкие млечные протоки, состоящие из миоэпителия. Однако здесь могут развиваться злокачественные опухоли, и прогноз в таких случаях достаточно серьезный. Не случайно в развитых странах действуют медицинские программы регулярного обследования женщин.

Например, в Германии наибольшее распространение получил метод скрининга. Женщин в возрасте 50-69 лет приглашают бесплатно пройти обследование с помощью специального рентгеновского аппарата - маммографа. Для того, чтобы получить качественный снимок, врач сжимает молочную железу. Это позволяет выявлять на изображении патологические изменения ткани.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ - ЛУЧШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Программа скрининга предусматривает обследование женщин каждые два года в течение 20-летнего периода. Федеральный объединенный комитет Германии по маммографии (German Federal Joint Committee for Mammography) выявил, что регулярное обследование позволяет предотвратить гибель от рака молочной железы каждой 200-й женщины.

Однако критики этого утверждения указывают, что статистических подтверждений этому нет, а скрининг стоит очень дорого и малоэффективен. Один из основных критических аргументов: при маммографии слишком часто получаются ложноположительные результаты, то есть выявляют признаки рака, которого на самом деле нет. В результате во многих случаях женщин направляют на биопсию — удаление



Если плотность ткани повышена, например, у женщин с небольшой молочной железой, эффективность традиционной маммографии невысока. В подобных случаях применение 3D-томографической реконструкции особенно оправдано. Вместо маммографии можно провести ультразвуковое исследование, также позволяющее более эффективно выбрать участок для получения биоптата. Поэтому врачи, если изменения при маммографии неспецифичны, уже много лет применяют этот метод. УЗИ часто помогает отличить безопасные кисты от потенциально злокачественных опухолей. В исследовании Радиологического общества Северной Америки (Radiological Society of North America), проведенном в 2002 году, сделан вывод, что дополнительное проведение ультразвукового исследования позволяет повысить частоту выявления непальпируемого рака молочной железы на 42%. Однако до настоящего времени качество такой диагностики определялось опытом проводящего исследование врача, поскольку датчиком УЗИ-аппарата управляли вручную. Разработав систему для автоматизированного одноэтапного объемного ультразвукового исследования молочной железы Acuson S2000 ABVS (Automated Breast Volume Scanner), компания Siemens смогла решить эти проблемы.

Принцип работы системы - автоматическое сканирование. Исследование проводят следующим образом: на грудь пациентке устанавливают специальный датчик, два или три раза автоматически сканирующий всю область молочной железы. Программное обеспечение обрабатывает полученные данные и формирует 3D-изображение, представляемое на экране компьютера врача.

«Система ABVS обеспечивает дальнейшее развитие метода ультразвуковой диагностики, ранее требовавшего применения ручного датчика. Автоматизация позволяет получать изображения одинакового качества, независимо от опытности врача», - объясняет радиолог доктор Франк Штёблен (Frank Stoeblen), совладелец диагностического центра Diavero Diagnostic Center в Эссене (Германия) - одного из первых учреждений, начавших применять эту технологию. Благодаря стандартизации качества и возможности проводить обследование независимо от опыта исследователя появляется возможность поручить проведение ультразвукового обследования специально подготовленным медсестрам. Тем самым врач может полностью сосредоточиться на диагностике.

Работа продолжается: в Медицинской долине («Medical Valley») - медико-инженерном кластере вблизи Эрлангена и Нюрнберга (Германия) - компания Siemens в настоящее время разрабатывает методы объединения маммографических и ультразвуковых изображений. Комплексное изображение, полученное с помощью обоих методов, позволит врачу за рекордно короткое время получить четкое представление об анатомических особенностях железы. Эта технология пока не представлена на рынке, но доктор Йохен Дик уже сегодня уверен, что вряд ли какие-либо методы позволят выявлять рак с большей надежностью. *

фрагмента ткани молочной железы. Эта болезненная процедура совершенно не нужна, если результат маммографии ложноположительный.

Но по мере совершенствования диагностики убедительность этих контраргументов снижается, поскольку совершенствуются не только надежность, но и эффективность ее методов. Например, новый метод диагностики, внедренный компанией Siemens Healthcare в Эрлангене (Германия), впервые предусматривает применение при обследовании молочной железы метода 3D-визуализации. Сотрудники в Эрлангене дополнили хорошо зарекомендовавшую себя маммографическую систему «Mammomat Inspiration» новой для томографической реконструкции - «3D tomosynthesis». В отличие от ранее проводимых стандартных обследований новая система не ограничивается двухмерной визуализацией в одной фиксированной проекции. Вместо этого источник рентгеновского излучения поворачивается вокруг молочной железы по дуге с углом 50 градусов. Одновременно система формирует 25 отдельных рентгеновских изображений, получаемых при крайне низкой дозе облучения. Затем отдельные снимки молочной железы автоматически реконструируются с образованием 3D-изображения, которое позволяет более четко, по сравнению с классическим

2D-методом, рассмотреть участки предполагаемого поражения.

НОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

При традиционной маммографии рентгенологу, чтобы уточнить исходный диагноз, нередко приходится делать несколько дополнительных снимков, что увеличивает дозу облучения. Если при повторной рентгенографии окончательный диагноз также установить не удастся, рекомендовано проведение биопсии. Однако 3D-изображение может позволить избежать этого этапа диагностики. «Томографическая реконструкция позволяет снизить лучевую нагрузку и на врача, и на пациента при маммографии. По нашему первому впечатлению, она позволяет избежать дополнительных обследований и вмешательств, не снижая надежность диагностики. Удастся раньше выявить поражения, скрытые в глубине железы», - говорит доктор Ренат Тевааг (Renate Tewaag) из сетевого центра рентгенологической и радионуклидной диагностики, а также лучевой терапии Radprax group в г. Вупперталь (Германия). Среди радиологов Германии доктор Тевааг начал работать с этой новой технологией одним из первых. «Эта 3D-технология позволяет значительно повысить детализацию изображения», - говорит он.



Кафедра эпидемиологии: вчера, сегодня, завтра

Кафедре эпидемиологии Казанского государственного медицинского университета исполняется 75 лет. С самого момента зарождения ее научно-исследовательская работа во многом определяла успехи практического здравоохранения.

ИСТОРИЯ

Первые лекции по эпидемиологии в Казанском университете начал читать заведующий кафедрой инфекционных болезней профессор Борис Вольтер в 1932 году. Потомственный врач, он с отличием окончил Санкт-Петербургскую военно-медицинскую академию, в 1924 году стал заведующим и профессором клиники инфекционных болезней на базе 1-й инфекционной больницы Казани. Во время Великой Отечественной войны Борис Александрович Вольтер был консультантом ряда эвакуированных ТАССР, принимал участие в ликвидации эпидемических вспышек холеры, сыпного тифа, дизентерии в лагерях военнопленных.

Курс был преобразован в кафедру эпидемиологии в 1938 году, заведующим назначили Владимира Попова. В 1942–1968 гг. кафедрой руководил Альфред Озол – крупный эпидемиолог и микро-

биолог, один из инициаторов ликвидации натуральной оспы в СССР. Кроме того, он разработал метод обогащения и выделения микробактерий туберкулеза и внедрил элементы медицинской статистики в практическую эпидемиологию.

В 1968 году кафедру возглавила профессор Вера Качурец. Тогда же ею была защищена докторская диссертация «Клинико-иммунологические параллели дифтерии на различных этапах ее ликвидации». Она изучала свойства новых вакцин (АКДС, АДС, АДС-М, АД) для массовой иммунизации против этого заболевания на территории ТАССР. Всего Верой Ивановой было опубликовано более 100 работ по вопросам эпидемиологии, клиники и профилактики инфекционных заболеваний, среди наград – медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», «За доблестный труд».

С 1984 по 1994 гг. кафедрой руководил заслуженный врач РСФСР, отличник здра-

воохранения Иршат Мухутдинов – эпидемиолог, проработавший 20 лет министром здравоохранения ТАССР. Одновременно он являлся директором Казанского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии. Его научная деятельность была посвящена борьбе с брюшным тифом и другими кишечными инфекциями. Иршат Закирович около 30 лет являлся членом правления Всероссийского общества микробиологов, эпидемиологов, паразитологов, членом редколлегии Большой медицинской энциклопедии и «Казанского медицинского журнала». Автор 89 статей и методических разработок, посвященных вопросам краевой эпидемиологии и организации здравоохранения.

С 1994 по 2007 гг. заведующим кафедрой был эпидемиолог высшей категории, ученик выдающегося академика Виталия Дмитриевича Белякова профессор Мунир Шафеев. Он является соавтором руководства «Дезинфектология» для студентов медико-профилактических факультетов медицинских вузов и врачей, автором более 250 статей и методических разработок. Основными научными направлениями кафедры под его началом стали изучение влияния средовых факторов риска на иммунологическую реактивность организма и профилактика дифтерии.

В 2007–2009 гг. обязанности заведующего кафедрой исполнял Нияз Хакимов. Его



научная деятельность посвящена эпидемиологии иерсиниозов, он участвовал в ликвидации двух крупных вспышек этого заболевания в республике.

С 2009 года кафедру возглавляет Ильдар Закиров. Ильдар Галиевич является автором более 130 научных трудов, двух монографий. С 2006 по 2008 гг. был главным инфекционистом Минздрава РТ. Участвовал в ликвидации многих вспышек инфекционных заболеваний на территории республики.

КУЗНИЦА КАДРОВ

Сегодня кафедра эпидемиологии Казанского государственного медицинского университета является общемедицинской теоретической кафедрой, на которой занимаются студенты лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов и факультета высшего сестринского образования. Для обучающихся на медико-профилактическом факультете она является выпускающей. На кафедре работают один доктор и четыре кандидата медицинских наук, из них четыре доцента и один ассистент. Здесь было защищено три докторских и более 30 кандидатских диссертаций.

Основная задача кафедры – подготовка молодых кадров для системы здравоохранения. «Важным элементом процесса обучения являются практические занятия, которые проводятся на базе Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ и других ЛПУ, – говорит заведующий кафедрой Ильдар Закиров. – У студентов есть возможность ознакомиться с современными технологиями стерилизации и дезинфекции, организацией процессов». Специализация на уровне интернатуры

или ординатуры позволяет молодому специалисту получить навыки самостоятельного выполнения различных манипуляций. Такой врач-эпидемиолог может работать в любых медучреждениях, а также в системе государственной санитарно-эпидемиологической службы.

НОВЫЕ ВРЕМЕНА – НОВЫЕ ВЫЗОВЫ

Если такие грозные заболевания, как, например, натуральная оспа, были ликвидированы еще в 30-е годы прошлого века, то сегодня одним из актуальных вопросов здравоохранения стала проблема внутрибольничных инфекций. На кафедре ведется работа по изучению влияния внедрения новейших медицинских технологий на эпидемиологию заболеваний, в частности, связанная с практическими аспектами применения пневмопочты.

«Эта система обеспечивает быструю транспортировку лабораторного материала, препаратов и пр., но при этом у нее есть свои «тонкие места», – считает Ильдар Галиевич. – Капсулы перемещаются по трубе, теоретически по ней же из лаборатории в стационар может переноситься воздух, а вместе с ним и возбудители некоторых инфекций. Соответственно, для безопасного использования этой технологии необходимо грамотно проектировать систему по месту расположения ввода и вывода труб, использовать фильтры и т. д. Соискателем нашей кафедры в настоящее время ведется работа по научному обоснованию применения пневмопочты в ЛПУ».

И это лишь один из примеров связи «медицинская наука – практическое здравоохранение». Внедрение передовых технологий в ЛПУ Татарстана было бы невозможным без участия научного медицинского сообщества, в том числе профессорско-

преподавательского коллектива Казанского государственного медицинского университета, специалистов Минздрава РТ, эпидемиологов, инфекционистов.

В рамках Программы модернизации строительно-монтажные работы, капремонт были проведены на 50 объектах здравоохранения, 97 учреждений оснащены современным оборудованием, закуплено около 19 тысяч единиц медицинской техники. Во всех крупных клиниках республики были установлены комплексы чистых помещений.

Качественно новый уровень профилактики внутрибольничных инфекций обеспечивается современными инженерными решениями, включающими в себя целый комплекс мероприятий, начиная с создания центральных стерилизационных отделений и заканчивая организацией ламинарного потока воздуха, специальных систем вентилирования и пр.

Внося свой вклад в преобразование отрасли, кафедра эпидемиологии продолжает проводить научные изыскания, направленные на обеспечение инфекционной безопасности на рабочем месте врача в ЛПУ. Одновременно с этим осуществляется мониторинг заболеваемости населения хроническим гепатитом В, вопросов вакцинации, совместно с республиканским СПИД-центром анализируется смертность среди ВИЧ-инфицированных лиц, влияние сопутствующих факторов.

«Как известно, эпидемический процесс развивается при наличии трех составляющих: источника возбудителя инфекции, механизма передачи, восприимчивого организма, – подытоживает Ильдар Галиевич. – А значит, мы должны вовремя выявлять заболевание, решать вопросы дезинфекции и стерилизации, повышать эффективность иммунной защиты. Только комплексный подход может привести к успеху».*

Пневматическая почта:

от XVII века до наших дней

Возможность транспортировки небольших предметов под воздействием сжатого воздуха впервые была обоснована в 1667 году. По прошествии нескольких веков пневматическая почта нашла применение в здравоохранении, она успешно используется для решения задач по логистике в современных медучреждениях.



ПИОНЕРЫ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ ТРАНСПОРТИРОВКИ

Данный вид транспортировки был предложен французским физиком, математиком и изобретателем Дени Папеном. Он одним из первых показал, что небольшая разница давлений в трубе может стать движущей силой для перемещения помещенного в нее объекта. От теоретических выкладок до их практического применения прошло немало времени, и только в 1792 году сжатый воздух начали применять для транспортировки письменных сообщений. Первая система пневматической доставки располагалась в пятидесятиметровой колокольне Венского собора Святого Стефана. Она была соединена со сторожкой, куда по трубопроводу в специальном металлическом патроне посылали письменное сообщение о замеченном с башни пожаре в городе. В таком виде конструкция функционировала до 1855 года. По сути, она представляла собой первый тип пневматической почты – «внутренний», когда система располагается в одном здании.

Цифры

- В крупном медицинском учреждении в среднем требуется 15 минут, чтобы попасть в другое отделение. Капсула, отправленная пневматической почтой, перемещается со скоростью около 6 м/с. Время доставки груза из одного отделения в другое – от 1 до 1,5 минуты.
- В стационаре мощностью 1500 коек система пневмопочты позволяет экономить 600 000 человеко-часов среднего медперсонала и 250 000 человеко-часов врачебного персонала в год.
- Пневмопочта позволяет повысить скорость оказания медицинских услуг на 10-20%.

«Внешняя» городская пневмопочта связала различные районы Лондона в 1854 году. Заслуга ее создания принадлежит Иосифу Латимеру Кларку, запатентовавшему способ «для передачи писем или посылок между местами посредством давления воздуха и вакуума». Система Кларка состояла из труб диаметром 1,5 дюйма, соединивших Лондонскую фондовую биржу и Центральный телеграф, расположенные на расстоянии около 200 метров. По ним со скоростью порядка 6 м/с перемещались цилиндры с письмами, бандеролями и небольшими посылками. В 1861 году лондонская компания Pneumatic Despatch Company провела демонстрацию пневматической транспортной дороги в Баттерси. По трубам 30-дюймового диаметра были успешно перевезены груз весом до трех тонн и даже несколько пассажиров, помещенных в лежачем состоянии в четырехколесную вагонетку. Впоследствии, правда, столь экзотический способ перемещения людей популярным не стал. Не помогла наглядная демонстрация

безопасности такого транспорта, даже когда сам глава компании прокатился в тележке. Зато эффективность лондонской пневматической системы в ее классическом почтовом виде, взявшей на себя часть трафика телеграфных линий, была по достоинству оценена во всем мире. Аналоги создавались в Берлине, Париже, Вене, Праге, Филадельфии, Нью-Йорке, Рио-де-Жанейро.

В частности, к 1900 году общая протяженность почтовой пневматической сети в Берлине составила почти 120 км. Сеть объединяла 53 станции. За 1913 год с помощью германской пневматической

Причем в последнее время пневматическая почта становится все более популярна, особенно в крупных клиниках, медицинских центрах. В соответствии с запросами здравоохранения разрабатываются все новые решения, связанные с пневмотранспортировкой.

ОПТИМИЗАЦИЯ И ЛОГИСТИКА

Согласно статистике, высокоспециализированный персонал тратит на непродуктивные «походы» по коридорам до 20% своего рабочего времени. Это связано с необходимостью передачи историй болезни, амбулаторных карт,

Компания «Файда» предлагает комплексные решения по установке и эксплуатации пневматической почты. Это не только расчет, монтаж, гарантийное обслуживание, но и организация цикла мероприятий по поддержанию транспортной системы в первоизданном виде, обеззараживанию, с учетом особенностей учреждений и полным соблюдением Санитарных норм и правил. Это позволяет обеспечить безопасность доставки (в том числе эпидемиологическую), в разы увеличить срок службы пневмопочты и многократно разгрузить сотрудников медучреждений.*



почты было доставлено более 12 млн посылок и писем.

Российская империя также не осталась в стороне от прогресса – на отдельных почтамтах Санкт-Петербурга и Москвы была установлена пневмопочта для ускорения перемещения корреспонденции. В дореволюционной России для ее обозначения употребляли термин «воздушная почта», который в настоящее время имеет совсем другой смысл. Пневматическая почта использовалась и в крупных городах Советского Союза. Более того, она была применена даже в авиации, например, в АНТ-20 «Максим Горький» – самом большом на тот момент самолете с сухопутным шасси.

В НОВОМ КАЧЕСТВЕ

Несмотря на бурное развитие информационных цифровых технологий, пневматическая почта сегодня не утратила своей актуальности. И если вместо традиционных писем в наше время все чаще используются электронные послания, то когда возникает необходимость отправить небольшие грузы внутри здания, пневмопочта становится незаменимым элементом коммуникации. Таким образом, в ее развитии произошел очередной виток, а сама пневматическая почта вышла на качественно новый уровень. Сегодня это высокотехнологичные системы, позволяющие решать вопросы логистики, транспортировки внутри банков, библиотек, медицинских учреждений.

анализов, препаратов, инструментов, рентгеновских снимков, лент ЭКГ, ЭЭГ и т.п. Пневматическая почта позволяет освободить медицинских работников от непрофильной работы, связанной с доставкой тех или иных грузов, освободив время для выполнения своих прямых обязанностей. Кроме того, система позволяет обеспечить передачу в срочном порядке (анализов, отмеченных cito; лекарственных препаратов; стерильных материалов и т.д.).

Пневматическая почта обеспечивает централизованное снабжение лекарствами из диспетчерской (хранилища), что позволяет повысить уровень контроля над распределением дорогостоящих препаратов.

Автоматизация процесса передачи посылок с применением современного программного обеспечения позволяет вести учет и анализ трафика, повысить административный контроль работы больницы. Особую актуальность система приобретает в учреждениях, размещенных в нескольких корпусах, оперативная доставка необходимых материалов обеспечивается в круглосуточном режиме.

Таким образом, система пневматической почты помогает решить задачи оптимизации труда, а также внутренней логистики медучреждения. В конечном счете это позволяет значительно повысить эффективность работы больницы, снизить ее затраты.

Сфера применения



Система пневматической почты позволяет связывать следующие подразделения медучреждения:

- диагностическое отделение, рентген-кабинет, лаборатория;
- склад медикаментов, аптека;
- посты отделений, палаты;
- оперблок;
- банк крови;
- приемный покой;
- архив.

В капсулах пневматической почты можно осуществлять пересылку:

- обзорных рентгеновских снимков;
- инструментов, расходных материалов;
- лекарственных препаратов;
- историй болезни, амбулаторных карт, внутренних документов;
- препаратов крови;
- анализов.



Нужды пациента превыше всего

Именно этот принцип был поставлен во главу угла Клиники Мэйо – одного из самых известных медицинских учреждений США, ставшего образцом для подражания для организаторов здравоохранения всего мира. Ориентация на пациентов является обязанностью менеджеров клиники, проявляется в корпоративной культуре, вдохновляет и наполняет энергией сотрудников.

Healthy Nation продолжает публиковать отрывки из книги «Клиника Мэйо: менеджмент и сервис мирового уровня» с разрешения издательства «Эксмо». «Защита главного принципа» – так названа одна из глав этого бестселлера, посвященная тому, как сохранить стабильно высоким качество обслуживания пациентов.

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЛИНИКЕ МЭЙО

Модель оказания медицинской помощи в клинике Мэйо определяется качественным, чутким медицинским обслуживанием, которое обеспечивается многофункциональным всеобъемлющим академическим образованием. Главный принцип – удовлетворение нужд пациентов – соблюдается за счет практического выполнения следующих ключевых положений.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ

- Слаженная работа команды сотрудников, имеющих различную специализацию. Команда постоянно готова к работе и используется соответствующим образом.
- Тщательное обследование пациентов и предоставление им возможности подробно рассказать о себе.
- Врач клиники несет личную ответственность за лечение пациента и сотрудничает с местным врачом.
- Высокое качество услуг дополняется чутким и доверительным отношением к пациенту.
- Проявление уважения к пациенту, его семье и местному врачу.
- Комплексное обследование, своевременная оценка результатов и назначение лечения.

- Доступность большинства новейших диагностических и терапевтических технологий и технических средств.

РАБОЧАЯ АТМОСФЕРА КЛИНИКИ МЭЙО

- Тщательный отбор сотрудников, которые усваивают принципы корпоративной культуры и которых ценят за их вклад в общее дело.
- Сочетание высокого профессионализма со строгим соблюдением рабочей этики, специальными знаниями и преданностью клинике Мэйо.
- Создание условий для научной работы и обучения.
- Функция руководства выполняется врачами.
- Подробные записи обследований и процедур, которые проходят стационарные и амбулаторные больные.
- Критериями оплаты труда являются качественные, а не количественные показатели.
- Особая профессиональная одежда, дизайн и интерьер.

Хотя этот документ не был формально утвержден до 1998 года, он в полной мере отражает функционирование клиники в течение всей ее истории. Многие из исто-

рии организации связано с основателями первого или второго поколения. Например, Ричард В. Клиреманс, проработавший в клинике с 1950 по 1992 год и руководивший отделом рационализации процессов, говорит: «Я не знал Иисуса Христа, но знал 12 апостолов». Он объясняет, что не застал братьев Мэйо, но работал вместе с руководителями, которых они избрали и обучили. Он также был знаком с детьми докторов Уилла и Чарли (так братьев называли сотрудники). Согласно Клиремансу, наследие не было недоступным. Однако в конце 1990-х остались лишь немногие активно работающие специалисты, которые соприкасались с основателями в первом или втором поколении. К тому же в середине 1980-х начался период бурного роста организации. Так, в 1985 году перед открытием кампусов в Джексонвиле и Скоттсдейле в штате клиники числилось 8159 человек, в том числе 832 врача. К 1997 году, когда совет директоров принял к рассмотрению Модель лечения, чтобы систематизировать и утвердить ее, штат увеличился почти втрое и составлял 23 182 человека, включая 1527 врачей. Доктор Керри Ольсен, руководивший проектом кодификации, объясняет это следующим образом:

«Учитывая стремительный рост предшествующего десятилетия, мы опасались,

что новые врачи, которые прошли обучение в клинике, не сумеют усвоить стили лечебной практики и принципы, которые обеспечили успех Мэйо. Мы также беспокоились, что краткосрочные финансовые затруднения способны изменить лечебную практику – это могло повредить Мэйо в долгосрочной перспективе. Поэтому мы определили главные элементы модели лечения, которые должны были сохранить с помощью обучения персонала и поддержания высокого качества обслуживания пациентов, что и делает клинику уникальной и ценной для общества».

Доктор Дон Миллинер, координирующий работу консультативной группы, которая наблюдает за лечебной практикой во всех трех кампусах, говорит по этому поводу: «Мы не должны были допустить отказа от наших принципов, которые могли быть утрачены из-за непрерывных изменений диагностических и лечебных технологий, ожиданий общественности относительно здравоохранения, требований правительства и правил регулирования, особенностей финансирования отрасли». Доктор Дэвид Герман, возглавлявший в прошлом комитет клинической практики в Рочестере, раскрывает значение модели: «Мы пользуемся этим документом так же, как государство пользуется конституцией. В нем сформулированы принципы, которые делают клинику Мэйо клиникой Мэйо. Это редкий пример утверждения советом директоров документа, который не был разработан специально к заседанию».

Доктор Миллинер называет его «моментом истины»¹. Как показывает письмо, открывающее эту главу, пациенты чутко воспринимают детали этой модели, когда оказываются в клинике. Они проводят много времени с врачами и другими членами команды, рассказывая им историю своих заболеваний. И прекрасно видят, что врачи открыто общаются друг с другом.

Большинство новых сотрудников проходили обучение, наблюдая за работой своих коллег. Такое обучение, обогащающее социальный опыт новичков, позволяет им неофициально усвоить организационные принципы и корпоративную культуру. Этот метод особенно актуален для здравоохранения, где учебные и установочные (ориентационные) программы очень растянуты во времени. Более 62% врачей клиники Мэйо частично или полностью получили здесь свое образование, и о них можно сказать, что их «интервью при приеме на работу» длилось годами. Согласно существующим требованиям врачам или хирургам клиники может стать специалист, который не только владеет необходимыми техническими навыками и знаниями, но и способен усвоить принципы организации; за соблюдением этих принципов следят наставники новичков. Руководство клиники Мэйо осуществляют врачи (об этом рассказывается в главе 5), поэтому для сохранения главного принци-



Братья Мэйо – гениальные первооткрыватели в медицине, получившие признание благодаря своей работе, а не маркетинговой кампании и громким газетным статьям. Сохраненное наследие прошлого напоминает нынешнему преуспевающему поколению сотрудников о том, что они должны показывать высокое техническое и профессиональное мастерство и проявлять гуманность, чтобы сохранить репутацию бренда, имеющего вековую историю.

па необходимо, чтобы весь медицинский персонал был ориентирован на пациента.

Все новые дипломированные медсестры, и даже те, которые имеют большой опыт работы, проходят интенсивный курс ориентации на пациента. По словам Элизабет Пестка, дипломированной медсестры, которая является директором программы ориентации на пациента в Рочестере, принципы Мэйо занимают центральное место в обучении, и они не передаются с помощью лекций, а скорее предстают в форме концепций, пронизывающих все обучение. Недавно программа была дополнена упражнением, которое называется «театр читателя» и связано с опытом первых медсестер клиники². «Читательницы», участвующие в программе ориентации, проходят «кастинг», подобный отбору, который проводили в свое время доктора клиники Мэйо среди сестер францисканской общины. Первой профессионально обученной медсестрой больницы Святой Марии стала Эдит Грэм, о которой вспоминает другая участница «действия», сестра Мэри Джозеф:

«Одним из первых заданий, которое я получила в качестве медсестры, было оказание помощи при обследовании мужчины-пациента, чье тело должно было быть полностью обнажено для осмотра. Пока доктор и мисс Грэм обследовали больного, я стояла, повернувшись к нему спиной, сгорая от негодования и стыда. После окончания осмотра я выразила протест мисс Грэм и попросила ее ограничить мои обязанности обучением. Но она сказала, что я должна ухаживать за всеми пациентами – и мужчинами, и женщинами и что стыдливость медсестры может негативно сказаться на ее работе. Именно тогда я поняла, что обязана удовлетворять нужды всех пациентов...»³

Эта сестра францисканской общины выросла до администратора больницы Святой Марии, где она проработала 47 лет, «искореняя стыдливость среди сестер, которая могла помешать уходу за больными»⁴.

Сохранению главного принципа посвящен ежегодный праздник «Дни наследия клиники Мэйо», который проводится в октябре в течение недели. Этот праздник берет начало в кампусе Рочестера. Он



В другом конце парка находятся бронзовые скульптуры братьев Уильяма и Чарльза Мэйо. Они сидят в свободных позах на ступеньках клиники, находящейся за их спинами.

был призван укреплять сотрудничество между клиникой Мэйо, больницей Святой Марии и больницей методистов (две последние вплоть до середины 1980-х работали независимо от клиники). В 2000 году консультант-антрополог, изучавший культуру клиники, рекомендовал отмечать «День наследия» и в двух новых кампусах. В 2001 году начала действовать программа празднования, охватившая все три кампуса клиники.

Зал наследия, открытый в 2004 году, представляет собой «музей великой истории клиники Мэйо», как говорит его директор Мэттью Дейси. Впервые он был открыт в Рочестере, но теперь подобные музеи работают и в двух других кампусах. Периодически они обмениваются экспозициями. По словам Дейси, музей показывает, что «принцип “нужды пациента превыше всего” является главнейшим». Музей в Рочестере был открыт на благотворительное пожертвование бывших па-

циентов клиники Джона и Лиллиан Мэтью. Передавая деньги, спонсоры сказали, что их цель — «добавить новые голоса в хор клиники Мэйо». И Зал наследия способствует появлению «новых голосов», напоминая о том, как великие основатели сформулировали главные принципы и на их основе создали великую организацию и великий бренд с замечательной репутацией — клинику Мэйо, для которого нужды пациента превыше всего.

В историческом 1928 году в кампусе Рочестера было построено здание Пламмера, в котором находились рабочие кабинеты братьев Мэйо. С тех пор обстановка в кабинетах практически не

изменилась. Здесь же располагается зал, где в течение нескольких десятилетий проводились заседания совета управляющих. На стенах зала висят награды братьев Мэйо: свидетельства о присуждении докторских степеней и зачислении в ряды медицинских научных обществ, представляющих различные страны мира, награды за общественную деятельность. Посетители зала могут легко понять, что братья Мэйо — гениальные первооткрыватели в медицине, получившие признание благодаря своей работе, а не маркетинговой кампании и громким газетным статьям. Сохраненное наследие прошлого напоминает нынешнему преуспевающему поколению сотрудников о том, что они должны показывать высокое техническое и профессиональное мастерство и проявлять гуманность, чтобы сохранить репутацию бренда, имеющего вековую историю. Кроме того, наследие является мощным противоядием от похвалы личными достижениями.

В 2004 году в кампусе Рочестера, напротив здания Гонды, был открыт парк скульптурных работ. В одном конце парка мы можем увидеть стоящие рядом друг с другом скульптуры Уильяма Уорралла Мэйо, основавшего клинику, и матери Альфреды Моес, основавшей больницу Святой Марии. В другом конце парка находятся бронзовые скульптуры братьев Уильяма и Чарльза Мэйо. Они сидят в свободных позах на ступеньках клиники, находящейся за их спинами. Эта композиция была сделана на основе фотографии, где братья сидят на деревянном крыльце своего дома. Но бронзовые скульптуры разместили на ступеньках клиники, которая носит теперь их имя. Благодаря художественному соображению некогда деревянные ступеньки дома превратились в мраморные ступеньки клиники, несколько увеличившись в длину. Здесь любят делать групповые фотографии. На них мы можем увидеть современных врачей, сидящих в обнимку с братьями Мэйо (их скульптуры, лишённые постаментов, выполнены в натуральную величину). Гости и пациенты также любят здесь фотографироваться, укрепляя тем самым связь с наследием целительства клиники Мэйо.

Таким образом, официальные инициативы (ориентация сотрудников, учебные программы, День наследия, музеи, парк скульптурных работ) становятся дополнением к главной силе, которая заключена в сохранении принципа «нужды пациента превыше всего» в повседневной деятельности всех работников клиники.

1 Berry L., Seltman K. Building a Strong Service Brand: Lessons from Mayo Clinic // Business Horizons. - 2007. - 50. - P.203-204.
2 Pestka E. Nurses Built the Hospital: A Readers' Theatre Used in Nursing Orientation (статья, подготовленная для публикации в журнале Journal in Continuation Education in Nursing).
3 В «Театре читателя» используются цитаты сестры Элен Уоллен (Орден Святого Франциска). Wallen E. The Sisters Story. - Rochester, MN: Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2002. - P.60.
4 Ibid. - P.145.



Дмитрий ПОПОВ,
врач, PhD, Advanced Medical Technology
and Systems Inc., Canada – USA.

Экзамены по-американски особенности медицинского образования в Штатах

United States Medical Licensing Examination (USMLE), Медицинские лицензионные экзамены США – система стандартов, требований к уровню знаний студентов медицинских университетов, школ и колледжей. USMLE призваны оказывать помощь медицинским организациям, выдающим лицензии врачам на практику на территории Штатов, позволяют постоянно улучшать качество оценки и подготовки кадров.

Пару лет тому назад по каналу североамериканского популярного радио прошел репортаж из Москвы, в котором рассказывалось о нелицеприятных деталях российского образования. По мнению иностранного корреспондента, оно поставлено из рук вон плохо – преподаватели закрывают глаза на низкий уровень образования студентов. Репортер спрашивал у нескольких студентов: «Как вы собираетесь лечить больных, не зная основ медицины?». В ответ они (или лица, их представляющие) весело отвечали, что при лечении больного всегда можно найти время и прочитать медицинский справочник, а потом сделать соответствующие назначения. В заключение корреспондент задал западному слушателю риторический вопрос: «Хотели бы вы лечиться у врача, не владеющего основами профессии?». Безусловно следует относиться критически к репортажу иностранного журналиста. Нужно помнить, что рынок медицинских услуг является зоной жесточайшей конкуренции и подвержен влиянию национальных и прочих регуляторов, защищающих интересы западных стран от профессионалов из других госу-

дарств. Так что данный репортаж можно объяснить попыткой показать: «Вы плохие, а мы хорошие». Тем не менее зарубежный опыт может быть полезным для российского здравоохранения.

Основой информации о требованиях к будущим врачам США послужил официальный бюллетень общей программы Федерации государственных медицинских комиссий и Национальной комиссии медицинских экзаменаторов.

Целями создания специальных образовательных программ является конструирование информационной системы, необходимой для оценки параметров знаний врачей, включая общие медицинские сведения, практические навыки, моральные ценности, отношение к работе и больным. Другим важным аспектом является выработка стандартов для медицинских институтов, организаций по выдаче лицензий и практикующих врачей. Для создания экзаменационных вопросов часто привлекают опытных врачей, узких специалистов, действительно знающих свой предмет. При этом наличие научной степени для них не обязательно, важно признание человека



как профессионала в своей области.

Медицинские лицензионные экзамены США включают в себя три уровня, которые необходимо пройти для получения лицензии на врачебную практику, они спонсируются и находятся под контролем Федерации государственных медицинских организаций (FSMB) и Национальной организации медицинских экзаменаторов (NBME).

Экзамен первого уровня (USMLE Step 1) направлен на проверку понимания и умения применять наиболее важные медицинские концепции, принципы и механизмы, лежащие в основе понятий «Здоровье», «Болезнь». USMLE Step 1 оценивает не только общие научные знания, но и основные аспекты практической работы. В экзамен включены следующие предметы: анатомия, основы психологии и психиатрии, биохимия, микробиология, патология, фармакология, физиология, генетика, основы питания и наука о возрастных изменениях. Тестирование занимает один день, в течение 8 часов предлагается ответить на 336 вопросов с различными вариантами ответов.

Второй уровень (USMLE Step 2) включает в себя проверку знаний студента, практических навыков с подчеркиванием особой важности предотвращения болезней, внедрения и пропаганды принципов здорового образа жизни. Дается оценка возможности работы в медицинских центрах и госпиталях под наблюдением опытных специалистов. Разделен на две части – клиниче-

ские знания (USMLE Step 2 CK) и навыки (USMLE Step 2 CS).

USMLE Step 2 CK – тестирование студентов на понимание основ клинических знаний различных категорий болезней, задач, стоящих перед врачом. Включает в себя следующие предметы: медицина внутренних болезней, акушерство и гинекология, педиатрия, профилактическая медицина, психиатрия, хирургия и др., особенности медицинской помощи под наблюдением опытных врачей. Экзамен занимает 9 часов, в течение которых предлагается ответить на 352 вопроса с несколькими вариантами ответов.



USMLE Step 2 CS проводится в отдельных экзаменационных центрах, где роль пациентов играют специально обученные артисты. Это тестирование студентов-медиков и выпускников иностранных медицинских учреждений на способность квалифицированно проводить опрос больного, получать данные для анамнеза, на знание и практическое применение методов физического обследования. Особое внимание

уделяется способности экзаменуемого вступать в психологический контакт, выстраивать профессиональные взаимоотношения и определять пути сотрудничества. Студенту предлагается провести медицинский осмотр восьми «стандартных пациентов», на каждого из них дается по 15 минут и 10 минут для заполнения электронной записи больного.

Экзамен третьего уровня (USMLE Step 3) помогает проверить понимание биомедицинских и клинических принципов, необходимых для независимого применения в реальной медицинской практике. Это финальная оценка знаний будущего врача,

Система проверки знаний в США формально и организационно отделена от университетов и колледжей, хотя и является частью общей государственной системы образования.

необходимая для признания его индивидуальной ответственности при оказании медицинской помощи. USMLE Step 3 уделяет особое внимание алгоритму действий врача в зависимости от конкретной клинической ситуации, правильной оценке тяжести состояния пациента, проведению диагностических мероприятий, составлению плана первичных и дальнейших диагностических и клинических мероприятий,



назначению адекватного лечения с учетом динамических изменений в состоянии больного. Тесты данного экзамена связаны с особо важными заболеваниями, часть вопросов посвящена менее общим, но при этом детально прописанным клиническим проблемам.

Экзаменационные материалы USMLE являются предметом интеллектуальной собственности. Никто не имеет права их переиздавать или распространять. Студентам, сдававшим USMLE, фактически запрещено запоминать вопросы, реконструировать и воспроизводить задания без письменного разрешения от руководителей программ. На многих материалах USMLE стоит предупреждение от ФБР, что незаконное копирование является преступлением.

Студенты медицинских университетов и колледжей (как и представители иных специальностей) проходят экзаменационные тесты в центрах «Прометрик» (Prometric), Службы экзаменов и тестирования образования (Educational Testing Service – ETS), штаб-квартира которой расположена в городе Принстон, Нью-Джерси. ETS является крупнейшей в мире организацией, разрабатывающей многочисленные стандартные тесты для США и ежегодно проводящей 20 миллионов экзаменов на территории Штатов и 180 стран.

Система проверки знаний в США формально и организационно отделена от университетов и колледжей, хотя и является частью общей государственной системы образования.

Тестирование проводится на компьютере, экзамены USMLE Step 1, USMLE Step 3 можно сдавать в 8000 центров «Прометрик» в большинстве стран мира. Однако USMLE Step 2 CS (клинические навыки) и USMLE Step 3 предоставляется к тестированию только на территории США.

Студенты медицинских университетов, колледжей США и других стран мира, желающие пройти тестирование USMLE, должны соответствовать ряду требований. Для того, чтобы быть зарегистрированным к сдаче экзаменов (Step 1, Step 2 SK, Step 2 CS), нужно быть официальным слушателем или выпускником американского или канадского университета или колледжа, аккредитованного Комитетом медицинского образования (Liaison Committee on Medical Education – LCME). Студенты других стран должны соответствовать требованиям Комиссии по вопросам образования для выпускников иностранных медицинских учреждений – Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG). Если студент был отчислен из медицинского университета/колледжа или прервал обучение по каким-либо обстоятельствам, он теряет право сдавать экзамен USMLE.

Абсолютным требованием ко всем студентам медицинских университетов и школ является отсутствие судимости. Доктора, получившие свое образование или квалификацию в медицинских образовательных учреждениях, расположенных вне территорий США и Канады, могут иметь право на сертификацию ECFMG при условии, что

их образовательное учреждение внесено в Список международной медицинской директории (the International Medical International Directory (IMED) Фонда содействия развитию международного медицинского образования и научных исследований (the Foundation for Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER®)).

Анализируя американскую систему оценки медицинских знаний, можно отметить системный подход и постоянно развивающийся характер экзаменационных стандартов. Особого внимания заслуживает то, что она разделена с системой образования, что обеспечивает ее объективный и независимый характер.

Сдача экзаменов носит индивидуальный характер, контролируется сотрудниками центров «Прометрик», камерами компьютерного и дистанционного наблюдения, визуального контроля и иными очень серьезными многоуровневыми мерами безопасности. Существует множество вариантов тестов, которые ежегодно обновляются. Объективность экзаменационной системы подтверждается значительным объемом вопросов.

В последнее время критические замечания о непродуманных изменениях в системе образования появляются и в российской прессе. Иногда делается ложный вывод о вредности любых перемен в этой сфере. Это опасный взгляд на ситуацию. Вероятно, назрела необходимость проанализировать российскую систему образования и оценки знаний. Современный мир быстро меняется, становится все более конкурентным. Стремительные преобразования в образовании происходят в таких странах, как Китай и Индия, где зачастую используют положительные стороны американской системы. Россия может эффективно адаптироваться к быстро меняющейся ситуации в мире технологий, знаний и их оценки при наличии воли и участия деловых, профессиональных и творческих людей.

На мой взгляд, бездумное копирование американских подходов может привести к коллапсу российской системы образования. Это определяется большим объемом факторов, главным из которых является взаимная зависимость систем образования и оценки знаний в США. Российские врачи могут не сдать экзамены USMLE просто потому, что они не подготовлены к такого рода тестам, но оставаться при этом хорошими профессионалами. Необходимо формирование оригинальной независимой отечественной системы оценки знаний и соответствующие изменения в сфере медицинского образования с учетом международного опыта, с упором на использование базовых и научных знаний в подготовке к решению практических задач. Возможно, это позволит России создать более высокие образовательные стандарты, чем в других странах.



Здоровый подход к бизнесу

В современной медицине все большую роль начинают играть бизнес-процессы, особенно это касается организаций, которые ее обслуживают, – от строителей до поставщиков медицинского оборудования. Как в этой ситуации организаторам здравоохранения выбрать надежного партнера?

НА ЗАЩИТЕ СТЕН ГЕНШТАБА

На счету компании «Арфен» не только десятки объектов от Сахалина до Калининграда, где установлены системы защиты стен, деформационные швы и медицинские консоли. Это еще и эксперимент по созданию гармоничного бизнеса с социальной ответственностью на основе тысячелетних традиций и передового зарубежного опыта. Но встречаются у нас традиционно все же по одежке, поэтому сначала о материальном – о продукции, о выполненных проектах, о достижениях.

Системами защиты стен и углов эта компания оснастила уже практически все крупные учреждения здравоохранения Республики Татарстан. Отбойники выполняются на основе алюминиевого профиля и износостойкого антивандального винилового покрытия. Главная их функция – защита стен и углов помещений от повреждений и износа, от внешних загрязнений. Они обладают бактерицидными свойствами и, что немаловажно, замечательными декоративными и эсте-

тическими качествами, выпускаются в 35 различных цветах. Отбойники помогают сохранить первозданный вид помещения и уберечь дорогостоящие материалы от порчи и преждевременной замены, что повышает значимость и респектабельность учреждения в глазах посетителя.

– По России у нас охват от Тихого океана до Балтийского моря, – говорит исполнительный директор компании Ильфат Вильданов. – Из наиболее значимых объектов – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины МЧС в Санкт-Петербурге, Олимпийский Ледовый дворец в Сочи. В Москве – Национальный медико-хирургический центр имени Пирогова, городская клиническая больница имени Боткина, Главный военный клинический госпиталь им. Бурденко. Успели поработать и с военными – мы оснастили системами защиты стен Генеральный штаб Министерства обороны России и Управление ФСБ. Большой спрос на отбойники со стороны перинатальных центров. Интерес к нашей продукции закономерен, поскольку мы являемся

практически единственными производителями отбойников в стране. Зарубежные компании пока не могут конкурировать с нами по соотношению цена/качество, а отбойники из МДФ – это совсем другая продукция с другими характеристиками. Это становится очевидно, стоит заменить иностранную аббревиатуру МДФ (MDF, Medium Density Fiberboard) на привычную ДВП – древесно-волоконистая плита. Какая защита может быть из ДВП?





МЕДИЦИНСКАЯ КОНСОЛЬ КАК ШАГ К ЦИВИЛИЗАЦИИ

В чем отличие между недорогим грузовиком и грузовиком, например, Mercedes-Benz? В мощности, наличии кондиционера, других опций. Но стоит заглянуть «под капот», то первое, что бросается в глаза, – провода. В «бюджетной» машине они зачастую висят пучками, замасливаются, а в «Мерседесе» кажется, что их вообще нет. Внимание к мелочам и есть та самая хваленая европейская культура производства.

А чем отличаются современная реанимационная палата и палата прошлого века? Тем, что провода аппаратуры и шланг кислородной маски не тянутся по полу, а собраны и спрятаны в консоль жизнеобеспечения пациента. Мелочь? Да, мелочь. Но это удобно и очень функционально.

– Компактное размещение в рабочей области комплектующих палатных консолей и реанимационного оборудования существенно упрощает работу медицинского персонала. А это – драгоценные

МНЕНИЕ



Ильфат ВИЛЬДАНОВ,
исполнительный директор
ООО «Арфен»:

«Компактное размещение в рабочей области комплектующих палатных консолей и реанимационного оборудования существенно упрощает работу медицинского персонала. А это – драгоценные секунды, которых порой так не хватает в борьбе за жизнь пациента».

секунды, которых порой так не хватает в борьбе за жизнь пациента. Медицинские консоли обеспечивают максимальную безопасность больного, поскольку штекер одного газа к клапану другого подключить невозможно – они имеют отличающуюся форму и обозначены разными цветами. Таким образом, пациент полностью защищен от случайной ошибки медперсонала.

Это только кажется, что медицинская консоль – просто алюминиевый профиль с розетками, клапанами и кнопкой вызова медсестры, – утверждает Ильфат Вильданов. – Чтобы поставить ее возле кровати больного, приходится проектировать всю систему обеспечения медицинскими газами, начиная от газовой станции в подвале здания до разводки по этажам и палатам. В зависимости от ситуации и потребностей каждой больницы специалисты гибко изменяют состав оборудования, конструктивные решения и дизайн.

После нескольких поставок в учреждения здравоохранения Москвы компания



Республиканская клиническая больница, г. Казань



Детская республиканская клиническая больница, г. Казань



Городская клиническая больница №7 (БСМП), г. Казань



Межрегиональный клиничко-диагностический центр, г. Казань



получила крупный заказ и в Казани. В городской больнице № 7, которая должна стать госпиталем Универсиады, будет установлена 531 консоль жизнеобеспечения, из них 50 – реанимационных.

НЕ ВСЕ ТО ЗОЛОТО, ЧТО БЛЕСТИТ

– Мы решили выйти на рынок медицинских консолей в прошлом году, обнаружив совершенную неадекватность рыночных условий для потребителя, – рассказывает Ильфат Вильданов. – При примерно одинаковой стоимости консолей у нас и за рубежом по функционалу они отличаются на порядок. То есть за те же деньги наш потребитель получает значительно меньше, чем зарубежный. Это не случайное обстоятельство, так выстроены макроэкономические регуляторы в мире и в нашей стране. Но мы почувствовали в себе силы взяться за эту проблему и, что называется, «опустить рынок» с заоблачных цен на реальные. Мы заключили соглашение с одним из мировых производителей консолей жизнеобеспечения, согласно которому вскоре приступаем к производству их в

России с тем же качеством. Интерес к нашим консолям очень большой, потому что их цена примерно в 2 раза ниже, чем у ведущих немецких брендов.

На рынке консолей и отбойников, как и на любом другом, есть достойные производители, но есть и такие, которых кроме прибыли ничего не интересует. Название и юрисдикция их могут быть немецкими, американскими или, к примеру, французскими, а производство размещено в Китае или Латвии. К тому же в отношении зарубежных компаний не действуют законы Российской Федерации о сроках гарантийного обслуживания, ответственности поставщика и т.п. Поэтому, заказав ту же систему защиты стен за рубежом, потребитель нередко получает конструктор «собери сам» и полную безучастность поставщика в случае появления каких-либо проблем.

ЧЕСТНЫМ БЫТЬ ВЫГОДНО

Что же помогает компании «Арфен» удерживать цены значительно ниже рыночных и при этом оказывать полный комплекс сопутствующих услуг, связанных с поставкой,

монтажом и сервисом своей продукции?

– Рынок что-то начинает регулировать, только когда есть много производителей, когда появляется конкуренция, – объясняет исполнительный директор компании «Арфен». – Как пример, алюминий в Турции стоит на 12% дешевле, чем у нас – при том, что своего сырья у них нет и они закупают его у других стран, в том числе и в России. Это следствие конкуренции. Отсюда же и готовность работать под любой самый маленький заказ. В России производителей нет, поэтому мы фактически имеем ситуацию олигополии – не совершенной формы конкуренции с преобладанием очень узкого круга компаний. Спрос значительно больше предложения, поэтому цены ставятся любые с рентабельностью в сотни процентов. Наша компания поступает иначе – мы назначаем цены за свою продукцию, отталкиваясь от себестоимости, что зачастую удивляет наших конкурентов. Они не понимают, почему мы отказываемся от сверхприбылей, почему «роняем» рынок. А мы именно этого и хотим. Потому что дилерам иметь рентабельность в 300% – нечестно. Наша



Госпиталь для ветеранов войн, г. Казань



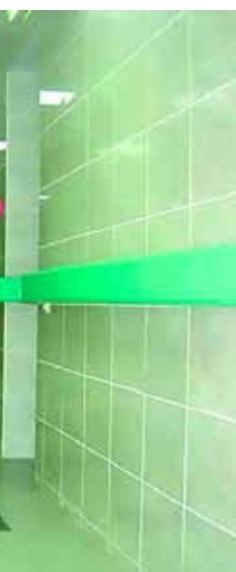
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России, г. Санкт-Петербург



Больница скорой медицинской помощи, г. Набережные Челны



Перинатальный центр, г. Ярославль



жим свое слово, и очень дорожат своим местом в коллективе. В прежние времена был такой лозунг: «Совесть – лучший контролер!» Его можно придерживаться и сегодня при правильной организации труда. Соответственно, управленческий аппарат ищет пути решения жизненных проблем коллектива. Мы платим людям хорошую зарплату, но сегодня этого мало. Почему возникают проблемы с демографией? Потому что у молодежи нет жилья. Компания не в состоянии предоставить людям жилье, но тем, кто у нас проработал 5 лет, мы готовы оплачивать проценты за ипотеку или купить участок земли для строительства собственного дома. Этот проект стартует в 2015 году. А в следующем году мы планируем создать собственное строительное подразделение, которое выйдет на рынок малоэтажного домостроения, при этом работникам компании будет предоставлена возможность приобретения жилья на льготных условиях.

Понятно, что стабильность коллектива выгодна и заказчикам продукции. Одно дело решать вопросы с ухватистым дельцом, который держит в неуверенности и партнеров, и собственных наемных работников, и совсем другое – с людьми, которые дорожат своим словом и своим именем.

– И, конечно, одно из требований ко всем членам нашей команды – это здоровый образ жизни, – подытоживает Ильфат Вильданов. – Отсутствие вредных привычек. Вредные привычки наносят вред здоровью, сказываются на работоспособности человека, на его мировоззрении, на отношениях в коллективе. К пониманию этого сегодня приходит все больше людей из всех слоев общества, и я думаю, что в ближайшие 10 лет Россию ждут серьезные перемены. Подходы к ведению бизнеса меняются, если традиционные ценности, извечные принципы справедливости, честности, взаимопомощи совместить с передовым опытом зарубежных стран, то нашу страну ждет великое будущее.*

компания выбрала другую стратегию – мы быстро развиваемся за счет увеличения объема поставок, заказов. Но это, разумеется, выгодно и государству, и бюджету, и учреждениям, поскольку за те же деньги они могут получить больше.

Пожалуй, подобные убеждения для компании, ориентированной на то, чтобы занять ведущее место на рынке, звучат как минимум нетривиально. Взяв на вооружение современные принципы ведения бизнеса, казанский производитель придерживается традиционных ценностей.

– Когда люди говорят «халяля», они обычно подразумевают только бытовые вопросы, даже еще уже – правильное употребление мяса, – объясняет Ильфат Вильданов. – В то же время это понятие более широкое, относящееся к жизни в целом, в том числе и к ведению бизнеса. По смыслу в русском языке ему больше всего соответствует слово «честь». То есть жить надо честно, и дела вести честно. А это уже универсальные ценности, не зависящие от конфессиональной принадлежности. Да, на рынке сложилась ситуация монополизма, нет конкуренции, но совесть-то

должна быть, забота о партнерах, людях. Каждая установленная консоль жизнеобеспечения – это еще одна возможность сохранить здоровье пациента.

ПРЕДПРИЯТИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Честное ведение дел, конечно, привлекает партнеров и заказчиков, способствует расширению бизнеса. Но в то же время повышаются требования по отношению к собственным работникам.

– С персоналом тоже надо быть честным, – продолжает исполнительный директор компании. – Ситуации в бизнесе бывают разные, но рабочий всегда должен получить свою зарплату, накормить свою семью. Если мне не платит клиент – это не проблемы работника, он свою задачу выполнил. Это вопросы управленцев, которые заключают договоры и следят за их исполнением. В первое время рабочие, приходя с рынка труда, относились к нам с большой настороженностью, поскольку ранее, к сожалению, нередко сталкивались с задержками по зарплате. Сейчас они поняли, что мы всегда дер-



Признание профессора Домрачева

Любимый ученик академика Александра Вишневого, автор 40 научных трудов, четвертый по счету почетный гражданин Казани, герой множества преданий и анекдотов, получивший степень доктора наук без защиты диссертации. Кем же он был на самом деле?

НАРОДНЫЙ ХИРУРГ

За свою жизнь Иван Владимирович Домрачев сделал лично 30 тысяч операций, а вместе с учениками их количество достигает 100 тысяч. Число огромное, но этот подсчет можно продолжить. Ведь по большому счету каждая операция затрагивает родственников пациентов клиники, друзей и близких. Если их считать, то профессор так или иначе вошел в жизнь полумиллиона человек. При том, что все население Казани в 1940 году составляло едва 400 тысяч. Да, он был подлинно народный доктор. А если учесть, что смертность при такой серьезной операции, как резекция желудка, была доведена в клинике до 1,2%, то иначе как чудо работа Ивана Владимировича не воспринималась. Он был надеждой народа, его заступником в борьбе с болезнями. А если больной все же умирал, это воспринималось так: «Если уж и Домрачев не смог...»

Образу народного заступника и любимца способствовали, конечно, и богатырские внешность и сила Ивана Владимировича. Одна из городских легенд повествует, что однажды Домрачев даже принял вызов приехавшего в город с цирком знаменитого борца той эпохи Ивана Поддубного. Как проходил поединок, мнения в разных версиях истории расходятся, но в итоге будто бы «чемпион мира и его окрестностей» предложил Ивану Владимировичу начать выступать на арене. Другая народная легенда гласит, что чучело огромной белуги, выставленное в Национальном музее РТ, сделано из рыбыны, пойманной именно Домрачевым.

Но еще в народной любви к знаменитому хирургу есть и другой пласт – он был воплощением представлений советской эпохи об успехе, о достойной жизни. Выходец из села Аджим Вятской губернии, в 1913 году он закончил медицинский факультет Казанского университета, был

полковым врачом в императорской армии в Первую мировую войну, а в гражданскую – главным врачом и хирургом полевого госпиталя одной из дивизий Красной Армии. Своим трудом и талантом добился признания в науке. Награжден орденом Ленина и двумя орденами Трудового Красного знамени, многими медалями, удостоен различных званий. Домрачев являлся депутатом Верховного совета РСФСР всех созывов. Первым из врачей послевоенной Казани он купил автомобиль (зарплата завкафедрой и доплаты за звания и ордена позволяли), но ездил на нем преимущественно на дачу в Пустых Морквашах, где был открыт всем местным крестьянам для общения и врачебной помощи. Не занесся, а остался частью своего народа, отдавая все силы для служения людям. И те легенды, что ходили об Иване Владимировиче, не были плодом досужей молвы, но давали образец для подражания подрастающему поколению.

ПУТЬ В НАУКУ

Можно сказать, что Домрачеву повезло быть учеником такого великого хирурга и ученого, как Александр Васильевич Вишневский. Но это везение только внешнее, за которым стоят огромный труд и настойчивость в работе. Достаточно сказать, что ординатуру у Вишневого Домрачев закончил с третьей попытки. Первую прервали начало империалистической войны и военная служба. В 1915 году Домрачев вернулся в Казань, где стал заведующим хирургическим отделением Казанского окружного военного госпиталя и снова начал сотрудничать с Александром Васильевичем, но тут началась гражданская война. И только в 1921 году он заканчивает ординатуру и приходит ассистентом в госпитальную хирургическую клинику Вишневого. А вскоре возглавляет хирургическое отделение 3-й городской больницы, которым будет заведовать 37 лет.

Благодаря хорошей анатомической, экспериментально-хирургической школе, полученной у известных всему миру ученых Александра Вишневого, Владимира Тонкова, Николая Миславского, а также своим незаурядным способностям Иван Владимирович быстро выдвигается в ряды видных советских хирургов. В 1934 году он получает звание доцента. По значимости научной работы и активных изысканий в 1935 году Ивану Владимировичу присуждена ученая степень доктора медицинских наук без защиты диссертации. Тогда же он получает звание профессора, а годом позже становится заведующим кафедрой факультетской и госпитальной хирургии педиатрического факультета КГМИ.

Как блестящий ученик профессора Вишневого Домрачев является одним из пионеров в развитии и научном обосновании местной анестезии при различных операциях, учения о новокаиновой блока-



де, автором нового метода стерилизации кетгута, лучшего для того времени из всех предложенных как в нашей стране, так и за рубежом. Как вовремя были сделаны эти открытия, освоены и внедрены в практику! Уже через год они будут спасать тысячи жизней наших бойцов, раненых на фронтах Великой Отечественной войны. Иван Владимирович работал тогда консультантом-хирургом ряда эвакогоспиталей в Казани.

В архиве Домрачевых сохранились письма Александра Васильевича Вишневого с благодарностями за успешное внедрение в практику его методов местной анестезии и новокаиновой блокады. Обращаясь к «самому умному из своих учеников», отмечая «ум и природный талант сильный», он радовался, что методы, ставшие впоследствии у него с Домрачевым общими, «в труднейших условиях войны доказали свое преимущество». Вишний-старший прислал своего сына – военврача Александра Александровича на стажировку к Домрачеву. И будущий академик, кремлевский хирург, генерал-полковник будет всю жизнь называть себя учеником Ивана Владимировича.

Также его учениками считали себя заведующий хирургическим отделением Кремлевской больницы профессор Дмитрий Благовидов, профессор Вадим Кузнецов, главный врач Республиканской клинической больницы № 2 партийного и советского актива Николай Чугунов, доцент Сулейман Валитов и многие другие врачи.

Как рассказывает Вадим Алексеевич Кузнецов (в 50-х годах проходивший ординатуру у Домрачева, впоследствии – заведующий кафедрой ГИДУВа), его метод обучения был ориентирован на практику – он ставил молодого врача рядом с собой за операционный стол, и в совместной работе тот осваивал и методику операций, и технику хирурга. Было удивительно наблюдать, как огромные мощные пальцы Ивана Владимировича справлялись с тончайшей работой в стесненных условиях хирургического надреза. А вот говорить много слов не любил, и даже, убедившись в необходимости теоретической квалификации Кузнецова, поставил его читать за себя лекции будущим ординаторам, положив таким образом начало его образовательной и научной деятельности.



Выходец из села Аджим Вятской губернии, в 1913 году он закончил медицинский факультет Казанского университета, был полковым врачом в императорской армии в Первую мировую войну, а в гражданскую – главным врачом и хирургом полевого госпиталя одной из дивизий Красной Армии.

В ПОИСКАХ ИСТИНЫ

Профессор Домрачев вместе с руководимым им коллективом в течение трех десятилетий занимался глубоким изучением вопросов, связанных с проблемой нервно-гуморальной регуляции желудочно-кишечного тракта. Он понимал ее в широком смысле, относился к гуморальным факторам не только химические посредники нервного возбуждения, но и специфические продукты деятельности эндокринных желез, метаболиты, различные химические вещества, попадающие в кровь из ЖКТ. Он считал, что, обуславливая друг друга, они, по существу, едины в физиологическом понимании, находятся во взаимной связи между собой и с регулируемым субстратом.

Всю свою научную деятельность Иван Владимирович направлял в русло ее значимости для практического здравоохранения, считая, что только в этом случае труд будет оправдан. Он говорил: «Жизнь так коротка, а как много надо успеть сделать для сохранения или продления жизни больных – самого ценного капитала в нашей стране...»

В клинике, руководимой профессором Домрачевым, исключительное внимание уделялось нежности обращения с тканями и быстроте операционных вмешательств. В технике операций главное место занимало методически правиль-

ное выполнение местной анестезии. А в этом Иван Владимирович был виртуоз. Поэтому у оперированных им больных не было никаких проявлений шокового состояния даже при тотальных и субтотальных резекциях желудка, при пенетрирующих язвах в поджелудочную железу, печень и другие органы. Специальные электрокардиографические исследования, выполненные еще в 30-е годы, не выявили никаких сдвигов нарушений сердечно-сосудистой деятельности в ходе выполнения больших оперативных вмешательств и в послеоперационном периоде. Домрачев придавал большое значение послеоперационному уходу, питанию. Им, одним из первых хирургов, подчеркивалось, что питание, в свою очередь, влияет на состояние вегетативной нервной системы.

Клиника народного профессора Домрачева, как ее называли, славились в основном как клиника желудочной хирургии. За годы работы Ивана Владимировича было выполнено 1830 резекций

желудка, 1182 гастроэнтероанатомоза. Однако профессор Домрачев в совершенстве владел техникой оперативных вмешательств не только на желудке. Он успешно оперировал по поводу рака молочной железы, толстого кишечника, холецистита, на печени, селезенке, почке, надпочечниках, мочевом пузыре.

Оперативная активность составляла 81,4%. Больные обращались за помощью из различных районов ТАССР и других городов Советского Союза, и они никогда не получали отказа.

ЖИЗНЬ И ЛЮБОВЬ, СМЕРТЬ И БЕССМЕРТИЕ

Иван Владимирович и Евгения Алексеевна Домрачевы прожили вместе без одного года полвека. Евгения Алексеевна также родом из Вятской губернии, из села Вятские поляны, в Казани училась в женской гимназии. Когда она встретила своего будущего мужа, под его влиянием тоже выбрала делом своей жизни медицину, поступив в зубоветеринарную школу доктора Рясенцева. КГМИ она закончила позднее – в 1933 году, уже имея двоих детей – сына Владимира и дочь Надежду. Во время войны Евгения Алексеевна была ведущим хирургом в челюстно-лицевом госпитале, спасла и вернула в строй тысячи солдат. Этот опыт впоследствии обобщила в докторской диссертации. С 1943 по 1972 годы возглавляла кафедру хирургической стоматологии



КГМИ. Евгения Алексеевна была что называется душой семьи, а при приездах многочисленных гостей на дачу в Пустые Моркваша – радушной хозяйкой.

Но не все в их жизни складывалось благополучно. Умер брат Ивана Владимировича Николай, и Домрачевы вместе со своими двумя детьми стали воспитывать троих его малышей. Еще в 1929 году Иван Владимирович перенес инфаркт. Возможно, сказались переживания, связанные с тяжелой болезнью его первенца Володи: в четырнадцать лет мальчик заболел менингитом. На помощь пришли друзья: весь цвет медицины Казани чем мог помогал подростку. Через две недели он вернулся из небытия, но слепой и глухой. Через некоторое время зрение восстановилось, а вот слух пропал совсем. В семье Домрачевых начали осваивать азбуку жестов. Все вместе они вынесли это испытание: Владимир поочередно закончил строительный институт и КАИ, где и остался преподавателем, защитил диссертацию, стал доцентом кафедры ракетных двигателей, а во время войны на 22-м заводе даже работал в конструкторском бюро С.П. Королева.

Жизнь Ивана Владимировича Домрачева была настолько проникнута его профессией, его работой, что он и умер фактически за операционным столом... 27 апреля 1960 года во время очередной операции он по-

Как блестящий ученик профессора Вишневского Домрачев является одним из пионеров в развитии и научном обосновании местной анестезии при различных операциях, учения о новокаиновой блокаде, автором нового метода стерилизации кетгута, лучшего для того времени из всех предложенных как в нашей стране, так и за рубежом.

чувствовал неладное с сердцем. Операцию попросил закончить Германа Николаева, но, уже лежа на кушетке, продолжал интересоваться ходом операции и давать советы. Профессора с подкашивавшимися ногами еле успели переправить в его кабинет, где он и умер. И своей жизнью, и своей смертью Иван Владимирович Домрачев доказал, что он достоин той любви, которую испытывал к нему народ.

Похоронная процессия заняла все пространство от улицы Толстого до Арского кладбища. Гроб несли на руках, сменяя друг друга, до самой могилы пациенты, ученики, сослуживцы, друзья. Дружил Иван Владимирович как с известными людьми – председателем горисполкома Казани Павлом Дмитриевичем Тунаковым, артистом Николаем Ивановичем Якушенко, так и с самыми простыми людьми – рыбаками, охотниками. Находил общий язык со всеми.

После него остались добрая память, научные труды, многочисленные ученики. Его дело продолжили и его потомки. Его Надежда Ивановна (в замужестве Копы-

лова), будучи по специальности хирургом, всю жизнь проработала ассистентом кафедры нормальной анатомии КГМИ. Ее муж, Копылов Александр Николаевич, был заведующим глазным отделением РКБ, заслуженным врачом Республики Татарстан. Их единственная дочь Вера Александровна Копылова, по мужу Яхонтова, избрала себе специальность акушера-гинеколога, работала в ГИДУВе, затем в КГПИ в должности доцента. Две ее дочери, правнучки Домрачевых, также продолжают эту династию: Евгения Борисовна, врач-психиатр, работает в Москве, а Ирина Борисовна, акушер-гинеколог, трудится в одной из фирм города Казани. Стали врачами и правнучки Домрачевых по линии сына Владимира: Владимир Алексеевич, хирург-онколог, работает в Казанском Республиканском онкологическом диспансере, а Любовь Алексеевна – хирург-стоматолог.

При подготовке статьи использованы воспоминания профессора Вадима Кузнецова и материалы, предоставленные профессором Вячеславом Чикаевым.



Российская неделя здравоохранения



12+

Реклама

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



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Центральный выставочный
комплекс «Экспоцентр»,
Москва, Россия

9–13 декабря 2013

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

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

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

Журнал издается при поддержке
Министерства здравоохранения
Республики Татарстан

Главный редактор
Елена СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

PR-менеджер
Анна ИДИЯТОВА
anna.matveeva@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, Михаила
Тарасова.

Учредитель и издатель - рекламное
агентство «Красная строка»



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

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

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

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

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа К-1292.
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 06.05.2013.
Отпечатано в типографии
ООО «КПК-Принт»,
г. Казань, пр. Ямашева, д. 36, корпус 2.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

«MEDLEX GROUP»
350010, г. Краснодар,
ул. Зиповская, д. 5, корп. 33.
Тел./факс: +7 (861) 279-1000.
e-mail: info@medlex.ru
www.medlex.ru
medlex.pф

ООО «АРФЕН»
420107, г. Казань,
ул. Островского, д. 67, оф. 402.
Тел.: (843) 296-38-93.
Тел./факс: (843) 233-00-44.
e-mail: client@arfen.ru
www.arfen.ru

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

**ООО «Торговая компания
«Дельрус-Дез»**
420061, г. Казань,
ул. Сеченова, д. 17.
Тел./факс: (843) 273-78-83,
273-78-93, 273-15-17.
e-mail: cdd_delrus@mail.ru
www.дельрус-дез.рф

**ГБОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ,
Кафедра эпидемиологии**
420012, г. Казань,
ул. Толстого, д. 6.
Тел.: (843) 236-76-41, 236-68-92.
e-mail: kafepidkgmu@yandex.ru
www.kgmu.kcn.ru/j3/

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

ЗАО «КРОНТ-М»
141400, Московская область, г. Химки,
ул. Спартаковская, д. 9, пом. 1.
Тел.: (495) 500-48-84.
e-mail: info@kront.com
www.kront.com

**ЛПУ «Медико-санитарная часть
открытого акционерного общества
«Татнефть» и г. Альметьевска»**
423450, г. Альметьевск,
ул. Радищева, д. 67.
Тел.: (8553) 311-001.
Факс: (8553) 311-120.
e-mail: msc_tn@rambler.ru
www.msc.tatneft.ru

**ОАО «Производственное объединение
«Завод имени Серго»**
422546, Республика Татарстан,
г. Зеленодольск, ул. Привокзальная, д. 4.
Тел./факс: (84371) 576-36, 536-64, 539-62.
e-mail: medic@pozis.ru
www.pozis.ru

ОАО «Татнефть» им. В.Д. Шашина
423450, Россия, Республика Татарстан,
г. Альметьевск, ул. Ленина, д. 75.
Тел.: (8553) 307-505, 307-378.
Факс: (8553) 307-506.
www.social.tatneft.ru

**ООО «Сименс»
Сектор Здравоохранения**
115184, г. Москва,
ул. Большая Татарская, д. 8.
Тел.: (495) 737-10-00.
Факс: (495) 737-13-20.
www.siemens.ru/healthcare

ООО «Файда»
420107, г. Казань,
ул. М. Салимжанова, д. 2В, оф. 101.
Тел.: (843) 236-22-93, 297-08-63, 297-02-38.
e-mail: faida116@mail.ru
www.файда-казань.рф

Реклама.
 Рег. удост. ФСС №2006/2464 от 28.12.2006 г., серт. соотв. № РОСС УА ИМ24. В03706 от 16.02.2010 г., серт. соотв. № РОСС RU ИМ24. В01922 от 31.10.2008 г., рег. удост. № ФОР 2008/034959 от 10.10.2008 г., серт. соотв. № РОСС RU ИМ28. В00912 от 18.03.2010 г., рег. удост. № ФОР 2009/05431 от 9.03.2010 г., рег. удост. № ФСС 2009/05527 от 12.11.2009 г., серт. соотв. № РОСС УА ИМ24. В03668 от 23.11.2009 г., рег. удост. № ФСС 2009/04424 от 18.06.2009 г., дел. соотв. № РОСС УА ИМ24. Д00695 от 22.06.2012 г.

Гинекологическое оборудование. **Все для здоровья женщины**

Кольпоскопы МК-300, МК-200. Решения для гинекологического кабинета и клиники



МК-200 помогает решить широкий спектр задач в гинекологии. Трансляция изображения на экран ПК, полностью совпадающего с наблюдаемым через окуляры. Высокое качество видео и фото, 5 стандартных масштабов увеличения и огромные возможности программной обработки. МК-300 - компактный, удобный в обращении, надежный прибор. Высококачественная просветленная конвергентная оптика и мощный светодиодный (LED) источник света создают превосходное стереоскопическое качество изображения. Кольпоскопы комплектуются цифровой видеосистемой и программным обеспечением «MEDVisor».

Гистероскоп Alphascop (Johnson & Johnson). Минигистероскопия в условиях амбулатории



Выполняет широкий спектр диагностических и лечебных мероприятий (удаление полипов, пересечение внутриматочных синехий, извлечение внутриматочных контрацептивов). Небольшой наружный диаметр гистероскопа позволяет выполнить большинство диагностических процедур без расширения цервикального канала. Нет необходимости в анестезии и в госпитализации пациенток.

Гистерорезектоскоп Versapoint (Johnson & Johnson). Электрохирургия в гинекологии



Биполярная гистероскопическая система, предназначенная для осуществления прямой визуализации полости матки и доступа в полость матки для выполнения хирургических манипуляций для разреза тканей, удаления и десикации при гинекологических операциях, для лечения внутриматочных миом, полипов, синехий, перегородки и доброкачественных состояний, когда необходима абляция эндометрия.

Кресло гинекологическое «Клер». Удобство для врача и пациенток



Электромеханическое кресло для гинекологических, урологических осмотров и манипуляций оснащено в разных модификациях одним, двумя или тремя надежными и бесшумными электроприводами DEWERT (Германия), предназначенными для регулировки высоты кресла, спинной и тазовой секций, соответственно. Предусмотрена независимая регулировка углов наклона спинной и тазовой секции, положение Тренделенбурга. Мягкие опоры по Геппелю регулируются по высоте и углу поворота. Материал и конструкция кресла удобны для санитарной обработки.

Электрохирургические блоки с аргонусиленной коагуляцией «ФОТЕК». Все преимущества радио-волновой и высокочастотной электрохирургии



Многофункциональный монополярный широкополосный радиоволновой аппарат с режимами резания и аргонплазменной коагуляции. Предназначен для эффективной хирургии паренхиматозных органов, остановки обширных капиллярных кровотечений, абляции поверхностных секций, соответственно. Оснащен двумя монополярными выходами с независимой регулировкой мощности: универсальный и выход «Ассистент» - для бесконтактной и контактной коагуляции и резания.

На правах рекламы.



ЗАО «Компания Киль-Казань»

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

SIEMENS

Реклама.



160

«Сименс»
в России

с 1853 года

Здоровье людей сегодня – главный ресурс будущего

Ответы компании «Сименс», сохраняющие здоровье людей,
позволят продлить жизнь целым поколениям

www.siemens.ru/healthcare, www.siemens.com/answers-for-life

Чем крепче здоровье людей сегодня, тем лучше будет мир завтра. Долгая жизнь без болезней позволяет осуществить все задуманное. Именно поэтому работа компании «Сименс» направлена на укрепление здоровья людей и имеет длительную перспективу. Мы помогаем врачам и больницам сделать лечение более доступным и одновременно повысить качество медицинской помощи постоянно

растущему населению всего мира. Мы создаем инновационные решения, которые будут иметь длительный эффект и позволят пожилым людям оставаться деятельными и полными сил. Мы уверены, что здоровье, как и любой драгоценный ресурс, необходимо сохранять не только ради ныне живущих, но и ради будущих поколений.

Answers for life*

* Ответы для жизни