

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ

Healthy Nation

ПРОФИЛАКТИКА

Сергей Бойцов об актуальных вопросах диспансеризации

14

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Скрытая угроза: как распознать и лечить диабет

32

ПЕДИАТРИЯ

Профилактика как стратегия детского здравоохранения

47

МЕНЕДЖМЕНТ

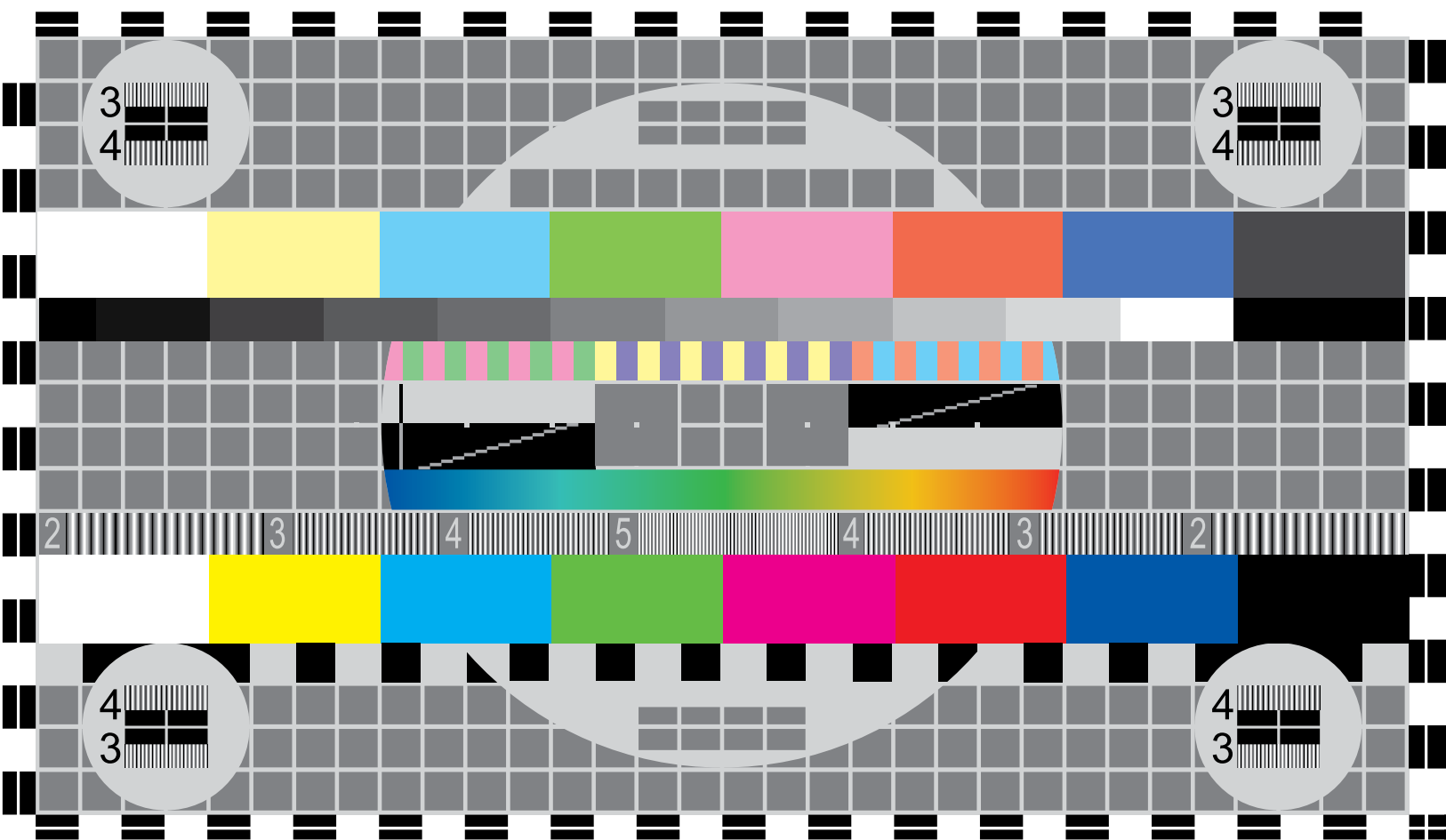
Эксперты Клиники Мэйо – снова в Казани

56

ПАМЯТЬ

Капитан КВН, мастер репризы, организатор здравоохранения

63



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

В ПОИСКАХ ИДЕАЛЬНОГО
БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА

СТР. 34

ВНИМАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА!

5 самых важных событий года [9] • Экспозиция здоровья [11] • Место встречи – Москва [12] • Сергей Бойцов: «Терапевт за 15 минут должен привлечь пациента на свою сторону» [14] • Профилактическое консультирование в вопросах и ответах [17] • Приоритет – ранняя диагностика [18] • Диспансеризация населения: сердечно-сосудистые заболевания и их профилактика [20] • Диспансеризация как инструмент борьбы с онкологической патологией [22] • Питайтесь рационально! [24] • Артериальная гипертензия у детей: современное состояние проблемы [26] • Болезнь цивилизации [28] • Эндокринные заболевания: актуальные проблемы диагностики [30] • Марина Шестакова: «Распространённость диабета в России в 2,5 раза выше по сравнению с официальными данными» [32] • Преодоление гипогликемии [34] • Ханс Кеннет Мортенсен: «Наша задача – удовлетворить спрос российских пациентов на современные инсулины» [37] • Мобилизуя резервы на благо людей [39] • Реабилитация на пике технологий [42] • Центр экстренной медицины: 2015 год в цифрах и фактах [44] • У ревматоидного артрита – женское лицо [46] • Детское здравоохранение: профилактическая стратегия [47] • ДРКБ МЗ РТ: высокие технологии профилактической работы [50] • Рустем Хасанов: «Необходимо вернуть термину «здравоохранение» исконное значение – сохранение здоровья» [52] • Направление развития – повышение качества [54] • Эталонная клиника [56] • Буйное цветение жизни [58] • Медицина через объектив кинокамеры [60] • Сан Саныч: врач, строитель и артист [63]

Один раз в сутки
ТРЕСИБА®
СВЕРХДЛИТЕЛЬНОЕ
ДЕЙСТВИЕ^{3,4}

ОДОБРЕНО
ДЛЯ ПОДРОСТКОВ
И ДЕТЕЙ С 1 ГОДА^{3,5}

Представляем инсулин Тресибя®

СНИЖЕНИЕ HbA_{1c} ПОД КОНТРОЛЕМ

- Успешное снижение HbA_{1c}^{1,2}
- Меньший риск ночных гипогликемий в сравнении с инсулином гларгин^{1,2*}
- Возможность введения в гибком режиме – 1 раз в сутки^{3*}



*Только для взрослых пациентов с сахарным диабетом

Ссылки: 1. Rodbard HW, et al. on behalf of the BEGIN Once Long Trial Investigators. Comparison of insulin degludec with insulin glargine in insulin-naïve subjects with Type 2 diabetes: a 2-year randomized, treat-to-target trial. DIABETIC MEDICINE 2013; 30(11):1298-304. 2. Bole BW, et al. on behalf of the BEGIN Basal-Bolus Type 1 Trial Investigators. Insulin degludec improves glycaemic control with lower nocturnal hypoglycemia risk than insulin glargine in basal-bolus treatment with mealtime insulin aspart in Type 1 diabetes (BEGIN Basal-Bolus Type 1): 2-year results of a randomized clinical trial. DIABETIC MEDICINE 2015; 30(11):1293-297. 3. Инструкция по применению Тресибя® ФлексТач®, www.garrosminsk.ru/garbasov. 4. Jonassen I, et al. Design of the novel protraction mechanism of insulin degludec, an ultra-long-acting basal insulin. Pharmaceutical Research, 2012; 29(8):2104-2114. 5. Thalange N, et al. Insulin degludec in combination with bolus insulin aspart is safe and effective in children and adolescents with type 1 diabetes. Pediatric Diabetes 2015. doi: 10.1111/pe.12263.

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Тресибя® ФлексТач®. Регистрационный номер: ЛП-002234. **Торговое название:** Тресибя® ФлексТач® **МНН или группировочное название:** Инсулин деглудек. **Лекарственная форма:** Раствор для подкожного введения. **Фармакотерапевтическая группа:** Гипогликемическое средство, аналог инсулина длительного действия. **Код АТХ:** A10AB06. **Фармакологические свойства:** Препарат Тресибя® ФлексТач® – аналог человеческого инсулина сверхдлительного действия, производимый методом биотехнологии рекомбинантной ДНК с использованием штамма *Saccharomyces cerevisiae*. Продолжительность действия препарата Тресибя® ФлексТач® составляет более 42 часов в пределах терапевтического диапазона доз. Равновесная концентрация препарата в плазме крови достигается через 2–3 дня после введения препарата. **Показания к применению:** Сахарный диабет у взрослых, подростков и детей старше 1 года. **Противопоказания:** Повышенная индивидуальная чувствительность к активному веществу или любому из вспомогательных компонентов препарата. Период беременности и грудного вскармливания (клинический опыт применения препарата у женщин во время беременности и грудного вскармливания отсутствует). Детский возраст до 1 года, т.к. клинические исследования у детей младше 1 года не проводились. **Применение в период беременности и грудного вскармливания:** Беременность: Применение препарата Тресибя® ФлексТач® в период беременности противопоказано, так как клинический опыт его применения во время беременности отсутствует. **Период грудного вскармливания:** Применение препарата Тресибя® ФлексТач® в период грудного вскармливания противопоказано, так как клинический опыт его применения у кормящих женщин отсутствует. **Способ применения и дозы:** Препарат Тресибя® ФлексТач® представляет собой аналог инсулина сверхдлительного действия. Препарат вводится подкожно 1 раз в день в любое время суток, но предпочтительнее вводить препарат в одно и то же время каждый день. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа препарат Тресибя® ФлексТач® может применяться как в виде монотерапии, так и в комбинации с ГППГ, агонистами рецепторов ГПП-1 или с болусным инсулином. Пациентам с сахарным диабетом 1 типа назначают препарат Тресибя® ФлексТач® в сочетании с инсулином короткого/ультракороткого действия, для покрытия потребности в прандиальном инсулине. Доза препарата Тресибя® ФлексТач® должна определяться индивидуально в соответствии с потребностями пациента. Для оптимизации контроля гликемии рекомендуется проводить коррекцию дозы препарата на основании показателей глюкозы плазмы крови натощак. Как и при применении любых препаратов инсулина, коррекция дозы препарата Тресибя® ФлексТач® может быть также необходима при усилении физической активности пациента, изменении его обычной диеты или при сопутствующем заболевании. **Способ применения:** Препарат Тресибя® ФлексТач® предназначен только для подкожного введения. Препарат Тресибя® ФлексТач® нельзя вводить внутривенно, так как это может привести к развитию тяжелой гипогликемии. Препарат Тресибя® ФлексТач®

нельзя вводить внутримышечно, так как в этом случае всасывание препарата изменяется. Препарат Тресибя® ФлексТач® нельзя использовать в инсулиновых насосах. Препарат Тресибя® ФлексТач® вводится подкожно в область бедра, передней брюшной стенки или в область плеча. Следует постоянно менять места инъекций в пределах одной и той же анатомической области, чтобы уменьшить риск развития липодистрофии. Препарат Тресибя® ФлексТач® представляет собой предварительно заполненную шприц-ручку, разработанную для использования с одноразовыми инъекционными иглами НовоФайн® или НовоВист®. **Побочное действие:** Наиболее частым побочным эффектом, о котором сообщалось во время лечения инсулином деглудек, является гипогликемия. **Передозировка:** Гипогликемия может развиваться постепенно, если была введена слишком высокая по сравнению с потребностью пациента доза препарата. Легкую гипогликемию пациент может устранить сам, приняв внутрь глюкозу или сахаросодержащие продукты. В случае тяжелой гипогликемии, когда пациент находится без сознания, ему следует ввести глюкагон внутримышечно или подкожно, либо внутривенно раствор декстрозы. Также необходимо внутривенно вводить декстрозу в случае, если через 10–15 минут после введения глюкагона пациент не приходит в сознание. **Несовместимость:** Некоторые лекарственные вещества при добавлении к препарату Тресибя® ФлексТач® могут вызывать его разрушение. Препарат Тресибя® ФлексТач® нельзя добавлять в инфузионные растворы. Нельзя смешивать препарат Тресибя® ФлексТач® с другими лекарственными препаратами. **Одновременное применение препаратов группы тиазолидиндиона и препаратов инсулина.** Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазолидиндионами в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазолидиндионами и препаратом Тресибя® ФлексТач®. При назначении такой комбинированной терапии необходимо проводить медицинские обследования пациентов на предмет выявления у них признаков и симптомов хронической сердечной недостаточности, увеличения массы тела и наличия периферических отеков. В случае ухудшения у пациентов симптоматики сердечной недостаточности, лечение тиазолидиндионами необходимо прекратить. **Форма выпуска:** Раствор для подкожного введения 100 ЕД/мл в предварительно заполненных шприц-ручках ФлексТач® 5х3 мл в картонной упаковке. **Срок годности:** 30 месяцев. Не использовать по истечении срока годности. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту. **Производитель и владелец регистрационного удостоверения:** Ново Нордиск А/С, Ново Алле, DK-2880 Бэгсваерд, Дания. **Информация о производителе:** www.novonordisk.com. **Претензии потребителей направлять по адресу:** ООО «Ново Нордиск», 119330, Москва, Ломоносовский проспект, 38, офис 11, тел.: (495) 956-11-32, факс: (495) 956-50-13, www.novonordisk.ru

ООО «Ново Нордиск», Россия, 119330, Москва, Ломоносовский пр-т, д. 38, оф. 11
Тел.: +7 (495) 956-11-32, факс: +7 (495) 956-50-13; www.novonordisk.ru • www.novonordisk.com



жить,
побеждая
диабет™

Победа над диабетом — главная цель компании Ново Нордиск, определяющая всю ее деятельность: создание инновационных методов лечения, неуклонную приверженность принципам социальной ответственности и этики ведения бизнеса.



RU-TRE-20.11.2015
Реклама
Только для специалистов здравоохранения

НОВОЕ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Простой способ разумно сочетать базальный и болюсный инсулины

**Райзодег® – ПЕРВАЯ комбинация
базального инсулина
сверхдлительного действия (деглудек)
и ультракороткого инсулина (аспарт)
в одной инъекции¹⁻⁴**

**Простая терапия: меньше инъекций,
чем в базис-болюсной терапии⁴**

Успешное снижение HbA_{1c}¹

**Меньший риск ночных гипогликемий
и гипогликемий в целом в сравнении
с двухфазным инсулином аспарт 30^{1,2*}**

**...введение два раза в сутки во время
основных приемов пищи^{1,2}**

***В международных исследованиях**

Райзодег® ФлексСай® (Ryzodeg® FlexScal®). Регистрационный номер: ЛП-002315. Торговое название: Райзодег® ФлексСай®. Минус инсулин деглудек + инсулин аспарт. Лекарственная форма: раствор для подкожного введения. **Фармакотерапевтическая группа:** гипогликемическое средство, комбинация аналогов инсулина средней продолжительности или длительного и короткого действия. **Код АТХ:** A10AD06. Препарат Райзодег® ФлексСай® — комбинированный препарат, состоящий из растворимого аналога человеческого инсулина сверхдлительного действия (инсулина деглудек) и быстродействующего растворимого аналога человеческого инсулина (инсулина аспарт), производимых методом биотехнологии рекомбинантной ДНК с использованием штамма *Saccharomyces cerevisiae*.

Показания к применению: сахарный диабет у взрослых.

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к активным веществам или любому из вспомогательных компонентов препарата. Детский возраст до 18 лет, период беременности и грудного вскармливания (клинический опыт применения препарата у детей, женщин во время беременности и грудного вскармливания отсутствует). **Применение в период беременности и грудного вскармливания.** Беременность. Применение препарата Райзодег® ФлексСай® в период беременности противопоказано, так как клинический опыт его применения во время беременности отсутствует. Исследования репродуктивной функции у животных не выявили различий между инсулином деглудек и человеческим инсулином по показателям эмбриотоксичности и тератогенности. **Период грудного вскармливания.** Применение препарата Райзодег® ФлексСай® в период грудного вскармливания противопоказано, так как клинический опыт его применения у кормящих женщин отсутствует. Исследования на животных показали, что у крыс инсулин деглудек выделяется с грудным молоком, концентрация препарата в грудном молоке ниже, чем в плазме крови. Неизвестно, выделяется ли инсулин деглудек с грудным молоком женщины. **Фертильность.** В исследованиях на животных не обнаружено неблагоприятного влияния инсулина деглудек на фертильность.

Способ применения и дозы. Препарат Райзодег® ФлексСай® представляет собой комбинацию растворимых аналогов инсулина — базального инсулина сверхдлительного действия (инсулин деглудек) и быстродействующего прандиального инсулина (инсулин аспарт). Препарат вводится подкожно 1 или 2 раза в день перед основными приемами пищи. При необходимости пациенты имеют возможность самостоятельно изменять время введения препарата, но оно должно быть привязано к основному приему пищи. У пациентов с сахарным диабетом 2 типа препарат Райзодег® ФлексСай® может применяться как в виде монотерапии, так и в комбинации с ППТГ или с болюсным инсулином. Пациентам с сахарным диабетом 1 типа назначают препарат Райзодег® ФлексСай® в сочетании с инсулином короткого/ультракороткого действия перед остальными приемами пищи. Доза препарата Райзодег® ФлексСай® определяется индивидуально в соответствии с потребностями пациента. Для оптимизации контроля гликемии рекомендуется проводить коррекцию дозы препарата на основании показателей глюкозы плазмы натощак. Как и при применении любых препаратов инсулина, коррекция дозы препарата может потребоваться при условии физической активности пациента, изменении его обычной диеты или при сопутствующем заболевании.

Начальная доза препарата Райзодег® ФлексСай®. Пациенты с сахарным диабетом 2 типа. Рекомендуемая начальная ежедневная доза препарата Райзодег® ФлексСай® составляет 10 ЕД, с последующим подбором индивидуальной дозы препарата. Пациенты с сахарным диабетом 1 типа. Рекомендуемая начальная доза препарата Райзодег® ФлексСай® составляет 60–70% от общей дневной потребности в инсулине. Препарат Райзодег® ФлексСай® назначается один раз в сутки во время основного приема пищи в комбинации с инсулином быстрого/короткого действия, вводимым перед остальными приемами пищи, с последующим подбором индивидуальной дозы препарата.

Перевод с других препаратов инсулина. Рекомендуется тщательный контроль концентрации глюкозы крови во время перевода и в первые недели применения нового препарата. Возможно, потребуются коррекция сопутствующей гипогликемической терапии (дозы и времени введения препаратов инсулина короткого и ультракороткого действия или дозы ППТГ). Пациенты с сахарным диабетом 2 типа. При переводе пациентов, получающих базальный инсулинотерапию или терапию двухфазным инсулином один раз в день, дозу препарата Райзодег® ФлексСай® следует рассчитывать по принципу «единица на единицу» от общей дневной дозы инсулина, которую пациент получал до перевода на новый тип инсулина. При переводе пациентов, находящихся на базис-болюсном режиме инсулинотерапии, дозу препарата Райзодег® ФлексСай® следует рассчитывать на основании индивидуальной потребности пациента. Как правило, пациенты начинают с той же дозы базального инсулина. Пациенты с сахарным диабетом 1 типа. Рекомендуемая начальная доза препарата Райзодег® ФлексСай®, составляет 60–70% от общей дневной потребности в инсулине в комбинации с инсулином короткого/ультракороткого действия с остальными приемами пищи и последующим подбором индивидуальной дозы препарата. Точный режим дозирования. Время введения препарата Райзодег® ФлексСай® может изменяться, если меняется время главного приема пищи. Если доза препарата Райзодег® ФлексСай® пропущена, пациент может ввести следующую дозу в этот же день со следующего главным приемом пищи, а затем вернуться к своему привычному времени введения препарата. Не следует вводить дополнительную дозу для компенсации пропущенной дозы.

Особые группы пациентов. Пациенты пожилого возраста (старше 65 лет). Препарат Райзодег® ФлексСай® может применяться у пожилых пациентов. Пациенты с недостаточностью функции почек и печени. Препарат Райзодег® ФлексСай® может применяться у пациентов с недостаточностью функции почек и печени. Следует тщательно контролировать концентрацию глюкозы крови и корректировать дозу инсулина индивидуально.

Способ применения. Препарат Райзодег® ФлексСай® предназначен только для подкожного введения. Препарат Райзодег® ФлексСай® нельзя вводить внутривенно, так как это может привести к развитию тяжелой гипогликемии. Препарат Райзодег® ФлексСай® нельзя вводить внутримышечно, так как в этом случае всасывание препарата изменится. Препарат Райзодег® ФлексСай® нельзя использовать в инсулиновых насосах. Препарат Райзодег® ФлексСай® вводится подкожно в область бедра, переднюю боковую стенку или область плеча. Следует постоянно менять места инъекций в пределах одной и той же анатомической области, чтобы уменьшить риск развития липодистрофии. Шприц-ручка ФлексСай® разработана для использования с одноразовыми иглами НовоФайн® и НовоФайн® ФлексСай® позволяет вводить дозы от 1 до 30 ЕД (шаг 0,5 ЕД).

Побочное действие. Наиболее частым побочным эффектом, о котором сообщалось во время лечения, является гипогликемия. См. Описание отдельных побочных реакций.

Описание отдельных побочных реакций. Нарушения со стороны иммунной системы. При применении препаратов инсулина возможно развитие аллергических реакций. Аллергические реакции немедленного типа на инсулин или вспомогательные компоненты, входящие в состав препарата, могут потенциально угрожать жизни пациента. При применении препарата Райзодег® ФлексСай® реакции гиперчувствительности (в том числе отек языка или губ, диарея, тошнота, чувство усталости и кожный зуд) и крапивница были отмечены редко.

Гипогликемия может развиваться, если доза инсулина слишком высока по отношению к потребности пациента в нем. Тяжелая гипогликемия может приводить к потере сознания и/или судорогам, временно или необра-

тимому нарушению функции головного мозга вплоть до летального исхода. Симптомы гипогликемии, как правило, развиваются внезапно. Они включают холодный пот, бледность кожных покровов, повышенную утомляемость, дрожь, тремор, чувство тревоги, необычную усталость или слабость, нарушение ориентации, снижение внимания, сонливость, выраженное чувство голода, нарушение зрения, головную боль, тошноту, учащенное сердцебиение.

Липодистрофия (в том числе липогипертрофия, липодистрофия) может развиваться в месте инъекции. Соблюдение правил техники инъекции в пределах одной анатомической области помогает снизить риск развития данной побочной реакции.

Реакции в месте введения. У пациентов, получавших препарат Райзодег® ФлексСай®, отмечались реакции в месте введения препарата (гематома, боль, местное кровоизлияние, эритема, узелки соединительной ткани, припухлость, изменение окраски кожи, зуд, раздражение и уплотнение в месте инъекции). Большинство реакций в месте введения незначительны, носят временный характер и обычно исчезают при продолжении лечения.

Дети и подростки. Фармакокинетические свойства препарата Райзодег® ФлексСай®, изучались у детей и подростков до 18 лет. Исследования эффективности и безопасности у детей и подростков не проводились. Особые группы пациентов. В ходе клинических исследований никаких различий по частоте, типу или тяжести побочных реакций между пациентами пожилого возраста, пациентами с нарушением функции почек или печени и общей популяцией пациентов не выявлено.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Потребность в инсулине могут уменьшать: пероральные гипогликемические препараты, агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (ППП-1), ингибиторы моноаминоксидазы, нестероидные бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, салicyлатные производные, стероиды и сульфаниламиды. Потребность в инсулине могут увеличивать: пероральные гормональные контрацептивные средства, тиазидные диуретики, глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, симпатомиметики, соматотропин и даназол. Бета-адреноблокаторы могут маскировать симптомы гипогликемии. Окспрентил/ланторид может как повышать, так и снижать потребность организма в инсулине. Этанол может как усиливать, так и уменьшать гипогликемический эффект инсулина.

Несовместимость. Препарат Райзодег® ФлексСай® нельзя добавлять в инфузионные растворы. Нельзя смешивать этот препарат с другими лекарственными препаратами.

Одновременное применение препаратов группы тиазolidиindione и препаратов инсулина.

Сообщалось о случаях развития хронической сердечной недостаточности при лечении пациентов тиазolidиindione в комбинации с препаратами инсулина, особенно при наличии у таких пациентов факторов риска развития хронической сердечной недостаточности. Следует учитывать данный факт при назначении пациентам комбинированной терапии тиазolidиindione и препаратами Райзодег® ФлексСай®. При назначении такой комбинированной терапии необходимо проводить медицинские обследования пациентов на предмет выявления у них признаков и симптомов хронической сердечной недостаточности, увеличения массы тела и наличия периферических отеков. В случае ухудшения у пациентов симптоматики сердечной недостаточности лечение тиазolidиindione необходимо прекратить.

Форма выпуска. Раствор для подкожного введения 100 ЕД/мл в предварительно заполненные шприц-ручки ФлексСай® 5x3 мл.

Условия отпуска из аптек. По рецепту.
Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению.
Только для специалистов здравоохранения.

Ссылки: 1. Ryzodeg® [summary of product characteristics]. Bagsvaerd, Denmark: Novo Nordisk A/S; 2014. 2. Fulcher G, Christiansen JS, Bantwal G, et al, on behalf of the BOOST Intensity Premix Investigators. Comparison of insulin degludec/insulin aspart and biphasic insulin aspart 30 in uncontrolled, insulin-treated type 2 diabetes: a phase 3a, randomized, treat-to-target trial. *Diabetes Care* 2014;37(8):2084–2090. 3. De Ryck A, Mathieu C, Degludex — first of a new generation of insulins. *European Endocrinology*. 2017;1(2):84–87. 4. Инструкция по медицинскому применению препарата Райзодег® ФлексСай®



РАЙЗОДЕГ®
70% инсулина деглудек и 30% инсулина аспарт
(генно-инженерные) для подкожного введения

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

9	5 самых важных событий года
11	Экспозиция здоровья
12	Место встречи – Москва
14	Сергей Бойцов: «Терапевт за 15 минут должен привлечь пациента на свою сторону»
17	Профилактическое консультирование в вопросах и ответах
18	Приоритет – ранняя диагностика
20	Диспансеризация населения: сердечно-сосудистые заболевания и их профилактика
22	Диспансеризация как инструмент борьбы с онкологической патологией
24	Питайтесь рационально!
26	Артериальная гипертензия у детей: современное состояние проблемы
28	Болезнь цивилизации
30	Эндокринные заболевания: актуальные проблемы диагностики
32	Марина Шестакова: «Распространённость диабета в России в 2,5 раза выше по сравнению с официальными данными»
34	Преодоление гипогликемии
37	Ханс Кеннет Мортенсен: «Наша задача – удовлетворить спрос российских пациентов на современные инсулины»
39	Мобилизуя резервы на благо людей
42	Реабилитация на пике технологий
44	Центр экстренной медицины: 2015 год в цифрах и фактах
46	У ревматоидного артрита – женское лицо
47	Детское здравоохранение: профилактическая стратегия
50	ДРКБ МЗ РТ: высокие технологии профилактической работы
52	Рустем Хасанов: «Необходимо вернуть термину «здравоохранение» исконное значение – сохранение здоровья»
54	Направление развития – повышение качества
56	Эталонная клиника
58	Буйное цветение жизни
60	Медицина через объектив кинокамеры
63	Сан Саныч: врач, строитель и артист





САМАРСКАЯ ОБЛАСТЬ

Государственно-частное взаимодействие

Подведены итоги конкурса Минздрава России «Лучший проект государственно-частного взаимодействия в здравоохранении». Правительство Самарской области заняло первое место в номинации «Лучший субъект РФ по уровню развития ГЧП». В регионе созданы все условия для привлечения частных инвестиций в медицину. На сегодняшний день ведётся реализация 10 проектов ГЧП, на этапе рассмотрения и структурирования находятся ещё 20. Наиболее крупные инвестиционные проекты: Кардиохирургический центр (объём инвестиций - 3 млрд рублей), Многофункциональный госпиталь (3 млрд рублей), Центр позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (325 млн рублей).

Электронная очередь

С 2015 года в семи медицинских учреждениях Самарской области появилась электронная очередь. Программно-аппаратный комплекс используется для управления потоком посетителей в организациях массового обслуживания, в том числе лечебно-профилактических учреждениях. Система существенно повышает удобство для пациентов при записи и ожидании приёма врача, исключает конфликты граждан в очереди, грамотно распределяет нагрузку на сотрудников. В следующем году планируется оснастить электронной очередью три поликлиники области, а к 2020 году охватить все амбулаторно-поликлиническое звено.



РЕСПУБЛИКА ЧУВАШИЯ

«Прогулка с врачом» набирает обороты

В ставшей традиционной оздоровительно-просветительской акции, совмещающей физические нагрузки с консультациями по вопросам здоровья, приняли участие около восьми тысяч человек. Это работники предприятий и организаций, любители скандинавской ходьбы, медицинские работники. Вышли на Чебоксарский залив также глава республики Михаил Игнатьев и министр здравоохранения Алла Самойлова. «Молодое поколение нужно воспитывать в духе здорового образа жизни», - отметил Михаил Игнатьев.

«Во имя пациента»

Такой проект запустил региональный минздрав. Каждый месяц одна из медицинских организаций будет проходить масштабную комплексную проверку как со стороны профессионального медицинского сообщества, так и со стороны широкой общественности. Проект направлен на улучшение качества оказания медицинской помощи. Активное участие в нём принимает Молодёжное правительство Чувашской Республики, так называемый молодёжный минздрав. Первыми «экзамен» сдавали 1-я Чебоксарская городская больница и Центральная городская больница. Через год произойдёт контрольный «замер температуры», который покажет успешность устранения выявленных недостатков.



РЕСПУБЛИКА БАШКОРТОСТАН

Глубокая стимуляция мозга

В Республиканской клинической больнице внедрён уникальный вид операции по лечению болезни Паркинсона с использованием инновационной DBS-терапии (Deep Brain Stimulation - глубокая стимуляция мозга). Вживление в определённые структуры головного мозга электродов, на которые подаются высокочастотные импульсы, позволяет уменьшить выраженность двигательных нарушений и других неврологических расстройств, что способствует значительному уменьшению количества принимаемых медикаментов и улучшению качества жизни больных. В этом году планируется провести три таких высокотехнологичных вмешательства.

Криоабляция против аритмии

Аритмией страдают около 2 % жителей республики. Башкортостан наряду с Санкт-Петербургом одним из первых в стране внедрил современную технологию криоабляции - воздействия холодом на те участки миокарда, которые являются источниками возникновения аритмии. Газ температурой минус 90 градусов подаёт в катетер специальное оборудование - криогенератор. Новый метод предпочтителен в более сложных случаях. При радиочастотной абляции есть риск повреждения соседних структур сердца, с криоабляцией этот риск минимален. Эффективность после первой процедуры - более 80 %.



НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

Высокотехнологичный родильный дом

Открытие родильного дома № 7 в Автозаводском районе Нижнего Новгорода завершило формирование в области трёхуровневой системы родовспоможения. В учреждении развернуты 203 койки, будет работать дистанционный консультативный центр. Здесь, как и в Дзержинском перинатальном центре, станут оказывать высокотехнологичную помощь - принимать самые сложные роды с высокой степенью риска. 13 межрайонных перинатальных центров оказывают специализированную помощь в качестве учреждений второго уровня. Первичное звено представляют женские консультации и родильные отделения в районных больницах.

Памяти великого кардиохирурга

В Специализированной кардиохирургической клинической больнице открылся мемориальный кабинет-музей Бориса Королёва - кардиохирурга, академика РАМН, Героя Социалистического Труда, заслуженного деятеля науки РСФСР. Более 10 лет, с 1976 по 1986 год, он посвятил строительству Нижегородского кардиоцентра и 25 лет проработал в нём. Общее количество экспонатов превышает две тысячи. Особую ценность составляют рукописи академика, документы с его правами, инструменты, изобретённые им и изготовленные на Ворсменском медико-инструментальном заводе, письма пациентов.



МАММОПЛАСТИКА МЕЖДУНАРОДНОГО УРОВНЯ

В Казани состоялась III Международная школа маммопластики, в которой приняли участие ведущие эксперты России и Европы.

«Этот конгресс - ещё одно подтверждение авторитета казанской школы онкологии и пластической хирургии», - подчеркнул главный онколог ПФО, ректор КГМА Рустем Хасанов. - В этом году к нам приехали более 350 участников из городов России, Белоруссии, Казахстана, Латвии, Таджикистана, Узбекистана, Украины и других стран». Формат Третьей международной школы маммопластики предусматривал не только лекции, но и мастер-классы, трансляции показательных операций. Такой комплексный подход позволил участникам перенять лучшие мировые практики, ознакомиться с актуальными тенденциями. «Хороший результат обеспечит только сочетание маммологом навыков и знаний онколога, реконструктивного и эстетического хирурга», - отметил руководитель отдела пластической хирургии Национального института рака (Милан) Маурицио Нава.



ВО ИМЯ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Более 1000 детских врачей, организаторов здравоохранения приняли участие в XII Российской конференции «Педиатрия и детская хирургия в ПФО».

Лейла Намазова-Баранова, президент Европейской педиатрической ассоциации, заместитель председателя Союза педиатров России: «В результате модернизации изменилась оснащённость российских ЛПУ. Теперь главный вопрос - качество медицинской помощи. Современные проблемы педиатрии: появление «взрослых» заболеваний у детей; неожиданные сочетания нескольких болезней. Возникают ситуации, когда неправильно ставятся самые простые диагнозы и нерационально используются лекарства, в частности, при антибиотикотерапии». В программу форума вошли лекции, обсуждения сложных клинических случаев, мастер-классы от ведущих экспертов. Во время пленарного заседания прошло торжественное вручение Минздраву РТ сертификата на 66 клинических молокоотсосов в рамках программы Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины «Безопасное сцеживание» совместно с одним из лидеров среди производителей принадлежностей для грудного вскармливания.



ПРЕМИЯ ЛУЧШИМ ВРАЧАМ

Представители ДРКБ МЗ РТ и КГМУ получили Государственную премию Республики Татарстан в области науки и техники.

В конце года в Казанском Кремле Президент Татарстана Рустам Минниханов вручил Государственные премии РТ в области науки и техники известным учёным, медикам, преподавателям, специалистам и руководителям. Глава республики отметил успехи коллектива татарстанских учёных и врачей. «Данная сфера всегда актуальна, она требует финансовых вложений и интеллектуальных ресурсов», - подчеркнул Рустам Минниханов. Главную премию республики получили представители Детской республиканской клинической больницы и Казанского государственного медицинского университета за работу «Хирургическая помощь детям с патологией сердца и сосудов в РТ», выполненную под руководством заведующего кафедрой детской хирургии КГМУ Леонида Миролюбова.

«Уверен, это этапные победы, - сказал в заключительном слове президент Татарстана. - Вместе мы достигнем ещё больших успехов».



НЕОТЛОЖКА СТАЛА МОБИЛЬНЕЕ

В декабре состоялось торжественное вручение ключей от 50 автомобилей неотложной помощи руководителям медучреждений Татарстана.

«Мы не первый раз в этом году вручаем автомобили, - отметил глава Минздрава РТ. - В условиях непростой экономической ситуации мы продолжили модернизацию здравоохранения благодаря поддержке нашего президента. У нас достаточно большой автопарк, надеюсь, что эти автомобили помогут вам быть более оперативными, эффективными и конкурентными». Напомним, в июне прошлого года 21 автомобиль получили отделения неотложной помощи детских поликлиник Казани, Набережных Челнов, Альметьевска, Нижнекамска. Это позволило снизить нагрузку на участковых врачей, одновременно с этим повысилась доступность неотложной медицинской помощи, в том числе на дому. Также было отмечено снижение нагрузки на Станции скорой медицинской помощи за счёт передачи несвойственных им вызовов выездным бригадам поликлиник.



«РАСШИРЯ ГОРИЗОНТЫ»

Под таким слоганом прошла Международная научно-практическая конференция, посвящённая 40-летию фармацевтического факультета КГМУ.

Медицинский факультет при Императорском казанском университете был сформирован в 1814 году, и уже тогда здесь преподавали фармацевтику. В 1865-м факультет был разделён на два - собственно медицинский и фармацевтический. «Формально отсчёт можно вести с этой даты, говоря о 150-летию», - сказал в приветственном слове министр здравоохранения РТ. Ректор КГМУ Алексей Созинов отметил символичность празднования круглых дат проведением научно-практических конференций. В мероприятии приняли участие как российские учёные, так и специалисты из Великобритании, Германии, Италии, Израиля и Сербии. Конференция объединила наиболее актуальные направления современной фармацевтической и фундаментальной медицинской науки: создание и исследование новых потенциальных лекарственных средств, поиск перспективных мишеней для препаратов, разработка инновационных систем доставки для уже существующих соединений.



МЕДИЦИНА БЕЗ ГРАНИЦ

III Международная выставка «Медицина и лечение в России и за рубежом» прошла в столице Татарстана.

В выставке приняли участие более 30 клиник и оздоровительных учреждений из Германии, Израиля, Испании, Китая, Белоруссии и других стран. Российскую сторону представляли ведущие казанские медицинские центры и курортный отель Крыма. Посетители получили возможность ознакомиться с широким спектром направлений медицинского туризма, проконсультироваться со специалистами, получить информацию об актуальных предложениях по оздоровлению и санаторно-курортному отдыху за рубежом, что называется, из первых рук. В рамках выставки также был организован семинар «Развитие медицинского туризма в Республике Татарстан», в котором приняли участие представители Минздрава РТ, ведущих татарстанских и зарубежных клиник.



Дорогие коллеги!

От всей души поздравляю вас с Новым годом!

В числе первых пожеланий, которые каждый из нас слышит от родных, друзей, знакомых и коллег по случаю этого волшебного и всеми любимого праздника, – это пожелание здоровья. Так повелось с древнейших времён. Люди давно осознали, что здоровье – это то, без чего невозможно почувствовать себя по-настоящему счастливым.

Благодаря снижению смертности в 2015 году сохранилась тенденция к приросту населения, характерная для последних пяти лет (в рейтинге регионов Приволжского федерального округа по данному показателю мы занимаем первое место). Безусловно, в этом есть заслуга каждого медицинского работника нашей республики. Снижение смертности было бы невозможно и без внедрения современных медицинских технологий. В Республике Татарстан за последних пять лет в создание региональных высокотехнологичных медицинских центров вложено более 10 млрд рублей.

Мы системно занимаемся снижением смертности от сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний. Выявлять заболевания на ранних стадиях, а значит, получать дополнительные шансы на их излечение, позволяет диспансеризация населения, которая в 2015 году стала более эффективной, чем ранее. Организована активная информационная кампания, направленная на повышение активности населения в отношении своего здоровья.

Одним из знаковых событий уходящего года для нас стало проведение в Казани чемпионата мира по водным видам спорта. С гордостью могу сказать о том, что наши специалисты, занимавшиеся его медицинским обеспечением, выполнили свою миссию исключительно достойно.

В 2015 году продолжена работа по внедрению современных принципов менеджмента качества медицинской деятельности в работу учреждений здравоохранения. Мы постоянно уделяем внимание укреплению материально-технической базы медицинских учреждений. В 2014–2015 годах проведены работы по строительству, реконструкции и капитальному ремонту в 35 учреждениях здравоохранения, продолжилась работа по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе на селе.

Все мы понимаем, что экономическая ситуация в России в 2016 году будет весьма непростой. Уверен, что медицинское сообщество Татарстана приложит все усилия для того, чтобы не потерять позиций, завоёванных в области охраны здоровья, и продолжить движение вперёд. Мы уже почувствовали вкус к медицине высоких технологий, новым организационным формам, и пути назад для нас не существует. Пусть 2016 год принесёт вам больше добрых вестей, радостных событий и положительных эмоций! Пусть он окажется удачным для всех тех, кто вам дорог!

Счастья вам и благополучия!

Министр здравоохранения
Республики Татарстан
Адель Вафин

САМЫХ ВАЖНЫХ СОБЫТИЙ ГОДА

5

ПО ВЕРСИИ
ГЛАВЫ
МИНЗДРАВА РТ
АДЕЛЯ ВАФИНА

1

ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРИРОСТ

Приоритетная задача, которая была поставлена перед здравоохранением республики в 2015 году, – это исполнение майских указов президента России. Прежде всего, это достижение индикативных показателей, в частности, снижение смертности. Особенно для Татарстана это было непросто. У нас активно развивается высокотехнологичная медицинская помощь, мы добились определённых успехов, так, снижение



смертности от болезней системы кровообращения за последних пять лет составило почти 26 %. Общая смертность за последних 10 лет снизилась на 12,4 %. Для тех регионов, которые только внедряют высокие медицинские технологии, задача по снижению смертности более исполнима, поскольку этот ресурс ими ещё не исчерпан. Тем не менее в 2015 году нам удалось добиться успеха, по итогам 11 месяцев общий показатель снизился на 0,8 %, младенческая смертность – на 3,1 %, от сердечно-сосудистых заболеваний – на 2,8 %. Естественный прирост составил 2,6 на тысячу человек. По основным демографическим показателям Татарстан является лидером в ПФО.

2

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

Многие наши центральные районные, городские больницы, поликлиники и другие ЛПУ требуют обновления. Тот объём инвестиций, который сегодня есть в отрасли, позволяет успешно решать эту задачу. Затраты на здравоохранение республики в 2015 году выросли почти в полтора раза по сравнению с 2014-м! Только в материально-техническую базу было вложено 3,4 млрд рублей.

Основные приоритеты модернизации:

Сельское здравоохранение. В прошлом году нам удалось построить 76 новых модульных ФАПов, 5 участковых больниц, 7 врачебных амбулаторий, современный облик после ремонта приобрела Муслюмовская центральная больница. Для нас модернизация сельского здравоохранения – это и повышение доступности медицинской помощи, и создание условий для работы врачей.

Онкологическая служба. Злокачественные новообразования вносят существенный вклад в смертность населения. Уверен, что поддержка руководства республики по целому ряду направлений совершенствования специализированной помощи даст свой результат. 2015 год стал знаковым для онкологической службы. Казанскому диспансеру наконец-то удалось выехать со старой базы на Батурина на основную площадку РКОД МЗ РТ – в здание бывшей 15-й городской больницы. После её реновации здесь расположился современнейший высокотехнологичный медицинский центр. Объём средств, вложенных в его модернизацию, составил 1,5 млрд рублей.

Мы много внимания уделяем доступности. Критерий доступности – когда до ЛПУ надо ехать не более 1,5 часа. В этом свете очень важно, что онкологическая служба развивается и в районах республики. Так, благодаря компании «Татнефть» нам удалось расширить онкологическую поликлинику в Альметьевске. Здесь открылось современное отделение для химиотерапии, появились операционные для проведения малоинвазивных вмешательств, выездная паллиативная служба.

В рамках поручений президента РТ мы занимаемся проработкой вопроса модернизации онкологической службы Набережных Челнов.

Учреждения детства и родовспоможения. Нам удалось завершить капремонт блока «Г» Камского медицинского центра в Набережных Челнах, это почти 200 млн рублей инвестиций. Открыли отделение патологии новорождённых на 60 коек – это перинатальный центр второго уровня; новый консультативно-

диагностический центр. Почти 180 млн рублей было вложено в капитальный ремонт Зеленодольского родильного дома. Хороший подарок к юбилею получил Лениногорск – после реконструкции открылся детский стационар центральной районной больницы. Сегодня строится современный перинатальный центр РКБ МЗ РТ, который имеет и федеральное, и региональное финансирование. В будущем году мы введём его в эксплуатацию.

Консультативно-диагностические центры. В этом году мы открыли в Нижнекамске, пожалуй, одну из самых крупных поликлиник в России (на 720 посещений в смену), которая обслуживает 80 тысяч жителей. На очереди – столица Татарстана. Президентом республики принято решение о выделении средств, нам передают объект незавершённого строительства на улице Зорге, здесь будет открыта поликлиника для взрослого населения Приволжского района.



3

ГОД БОРЬБЫ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ресурсы снижения смертности от ССЗ находятся в разных областях. Республика добилась существенных успехов, внедрив и активно используя высокие медицинские технологии. Так, за 11 месяцев 2015 года в учреждениях здравоохранения было выполнено более 3300 стентирований коронарных сосудов, причём более 70 % из них в экстренных случаях. В расчёте на 1 млн населения эта цифра сопоставима с мировыми показателями. Не менее важна информационная кампания, направленная на повышение активности населения в отношении своего здоровья, которую мы активно проводили в 2015 году. Прошло более тысячи лекториев, массовых акций на промышленных предприятиях, в общественных местах, охват составил почти 40 тысяч человек. 63 % из них проверили артериальное давление, и, кстати, у четверти оно было повышенным. Роздано больше 28 тысяч дневников самоконтроля, брошюр, памяток. Активно используются все доступные инструменты социального маркетинга, начиная с наружной рекламы и заканчивая продвижением в социальных сетях.



4

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ВОДНОГО МУНДИАЛЯ

Главное событие 2015 года – это чемпионат мира по водным видам спорта, в котором приняли участие представители 190 стран, телевизионная аудитория соревнований составила почти 6,8 млрд человек. На медицинских работниках лежала огромная ответственность. Были задействованы более 650 медиков, 23 бригады скорой медицинской помощи, на спортивных объектах работало 26 медпунктов. Мы получили высочайшую оценку Правительства РФ, федерального Министерства здравоохранения, руководства Республики Татарстан. В период чемпионатов FINA и «Мастерс» было около 4500 обращений за медицинской помощью, 140 спортсменов и гостей направлены в лечебные учреждения. Медицинские работники Татарстана блестяще справились с поставленной перед ними задачей.



5

РАБОТА НАД КАЧЕСТВОМ

В республике продолжается работа по внедрению системы менеджмента качества. В 2015 году Больница скорой медицинской помощи Набережных Челнов получила американский сертификат качества JCI. Я с гордостью могу сказать, что она стала первой государственной клиникой в Российской Федерации, подтвердившей соответствие JCI. В 2015 году международный сертификат Европейского фонда качества менеджмента EFQM получил Камский детский медицинский центр, теперь им обладают четыре учреждения республики, девять ЛПУ имеют международный сертификат ISO 9001. Девять организаций здравоохранения стали дипломантами, шесть – лауреатами Премии Правительства Республики Татарстан за качество. Эта работа ведётся не для того, чтобы получить сертификат или диплом, а с целью повышения удовлетворённости населения медицинским обслуживанием. По оценке Татарстанстата, этот показатель сегодня находится на уровне 74,2 % (в 2013 году – 60,6 %). По удовлетворённости населения Татарстан находится в числе лидеров среди российских регионов.





Экспозиция здоровья



В выставочном центре «Казанская ярмарка» прошла юбилейная, 20-я по счету, специализированная выставка «Индустрия здоровья. Казань». Традиционно она становится местом встречи всех, кто связан со здравоохранением, – представителей бизнеса и медицинского сообщества, врачей и их пациентов.

«Последние два года в здравоохранении Татарстана прошли под слоганом «Модернизация продолжается», – сказал в своем приветственном слове Министр здравоохранения РТ Адель Вафин. – Благодаря поддержке руководства республики мы совершенствуем сельское здравоохранение, модернизируем учреждения детства и родовспоможения, онкологической службы, нам удалось создать прекрасные консультативно-диагностические центры, отремонтировать поликлиники. Эта работа будет продолжена. Сегодня перед нами стоят вполне определенные задачи – снижение смертности, увеличение продолжительности жизни населения. Одни из ключевых направлений,

которым Министерство здравоохранения РТ планирует уделить особое внимание, – это реабилитация и профилактика. Мы преуспели в тиражировании высокотехнологичных методов лечения, и сегодня для нас важно, чтобы они дали максимально возможный эффект. А это могут обеспечить только современные методы реабилитации. Также хотелось бы обратить особое внимание на то, что для нас импортозамещение – это не просто лозунг. Это реальная возможность повысить эффективность, конкурентоспособность отрасли. У нас есть много примеров внедрения в ЛПУ Татарстана медицинских технологий, созданных в Казани. В частности, это касается эндоскопического

оборудования, современных медицинских симуляторов. Мы всегда поддерживали и будем поддерживать отечественного производителя».

В работе экспозиции приняли участие 80 компаний из 15 регионов России и зарубежных стран. Также здесь были представлены ведущие медицинские учреждения Татарстана, российские и зарубежные организации, оказывающие медицинские и санаторно-курортные услуги. Посетители выставки получили возможность не только ознакомиться с современными достижениями медицины, но и получить бесплатную консультацию специалистов, пройти диагностику и экспресс-тестирование на стендах ведущих клиник республики.

Традиционно в рамках выставки «Индустрия здоровья. Казань» прошли научно-практические конференции: «Инновационные методы медицинской реабилитации», «Актуальные вопросы работы клиничко-диагностических лабораторий», «Организация инфекционного контроля и эпидемиологического надзора в медицинских организациях. Проблемы профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», «День гастроэнтеролога» и ряд других.



Место встречи – Москва

В российской столице прошёл Международный научно-практический форум «Российская неделя здравоохранения», объединивший несколько международных выставок и крупные конгрессы. На нём были обозначены актуальные тенденции развития мировой и отечественной медицины.



Организаторами самой масштабной экспозиции в сфере здравоохранения в России традиционно стали Государственная Дума, Министерство здравоохранения РФ и ЗАО «Экспоцентр» при поддержке Совета Федерации, Министерства промышленности и торговли РФ, правительства Москвы, Торгово-промышленной палаты РФ и Всемирной организации здравоохранения.

В рамках форума прошли две крупные международные выставки – «Здравоохранение-2015» и «Здоровый образ жизни – 2015». Вместе они создали масштабную экспозицию общей площадью 50 тысяч кв. м с участием 1000 компаний из 40 стран мира. Германия, Гонконг, КНР, Республика Корея, Тайвань и Чехия были представлены на государственном уровне. Свои передовые разработки практически во всех областях современ-

ной медицины показали ведущие отечественные производители.

В рамках форума прошло объединённое заседание III Российского конгресса по комплементарной медицине и I Конгресса по традиционной медицине стран ШОС, БРИКС и ЕАЭС, состоялись круглые столы, посвящённые вопросам борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни у детей и подростков, раннему выявлению заболеваний органов дыхания, телемедицине и другим темам.

Министерство промышленности и торговли России организовало выставку и конференцию «Фарм-МедПром-2015». На экспозиции, прошедшей под эгидой ведомства, около 50 компаний представили фармацевтическую продукцию, медицинские изделия,

реабилитационное оборудование – всего около 180 образцов. Также были представлены препараты, находящиеся на стадии клинических испытаний. Министр промышленности и торговли РФ Денис Мантуров отметил: «Достижения российской фармацевтической и медицинской промышленности направлены на благо наших граждан, обеспечение их эффективными, безопасными и доступными лекарственными средствами и медицинскими изделиями».

Центральным событием «Российской недели здравоохранения – 2015» стал VI Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь». На нём с докладом выступила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. Значимым мероприятием стал и XVII Ежегодный научный форум «Стоматология-2015».



ТЕМА НОМЕРА:

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

СЕРГЕЙ БОЙЦОВ:

«ТЕРАПЕВТ ЗА 15 МИНУТ ДОЛЖЕН ПРИВЛЕЧЬ ПАЦИЕНТА НА СВОЮ СТОРОНУ»



ИНТЕРВЬЮ ДИРЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ, ГЛАВНОГО СПЕЦИАЛИСТА ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ МИНЗДРАВА РОССИИ, ПРОФЕССОРА, Д. М. Н. СЕРГЕЯ БОЙЦОВА.

– Сергей Анатольевич, каковы результаты реализации программы диспансеризации в России? Какие тенденции вы могли бы отметить?

– Прежде всего, я хотел бы обозначить, для чего мы проводим диспансеризацию. Главная цель – выявление болезней, от которых чаще всего умирают люди: сердечно-сосудистых, онкологических, хронических бронхолегочных заболеваний, сахарного диабета. Думаю, большинство врачей уже знают, что эти четыре группы обуславливают 75 % смертности.

Мы выявляем не только заболевания на ранней стадии, но и факторы их развития. Большинство из них связаны с нездоровым образом жизни. Есть и биологические факторы – гипертония и повышенный уровень холестерина. Хотя они тоже так или иначе связаны с образом жизни. В связи с распространённостью неинфекционных заболеваний в нашей стране, факторов риска и высоким уровнем смертности, который они обуславливают, диспансеризация в России имеет масштабный, популяционный характер. В течение последних трёх

лет в этот процесс ежегодно вовлекаются 20–22 млн человек.

Первый этап диспансеризации представляет собой совокупность скринингов на сердечно-сосудистые заболевания, онкологию по поводу опухолей частых локализаций, сахарный диабет, хроническую болезнь лёгких. Объём исследований привязан к полу и возрасту пациента. Второй этап – углублённое исследование. На него уходят до 30 % граждан, например, если есть подозрение на заболевание, уточнение которого невозможно в рамках первого этапа. Он нужен в том числе для того, чтобы «не потерять» пациента, что, к сожалению, всё-таки происходит. При отсутствии достаточной настойчивости со стороны врачей люди часто выпадают из поля зрения медиков.

Важная составная часть диспансеризации – углублённое профилактическое консультирование. Его задача – помочь пациентам разобраться с факторами риска, научить их корректировать главным образом за счёт перехода на принципы здорового



образа жизни. Углублённое профилактическое консультирование проходят около 25 % граждан. Формат может быть разным: групповое или индивидуальное занятие.

В год в России выявляются примерно 1,5 млн больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, то есть примерно у каждого 12-го, порядка 30 тысяч человек с опухолями. Относительно онкологии, конечно, особенно важно, чтобы мы выявили рак на самых ранних стадиях. Татарстан в этом отношении является безусловным лидером с точки зрения использования диспансеризации как механизма скрининга, соединяющего первичное звено со специализированной помощью. Да, у нас есть первичные онкологические кабинеты, но, к сожалению, далеко не в каждой поликлинике, городе и даже регионе. Кроме того, речь идёт о централизации методов исследования. Они должны быть очень достоверными, чувствительными и специфичными, а трактовка результатов – высокопрофессиональной, с минимальной вариабельностью формы заключений. Не менее важно создать максимально короткую цепочку перемещения пациента по системе скрининга и дообследования. С моей точки зрения, для этого в Татарстане хорошо использованы имеющиеся возможности.

Мы имеем достаточно стабильную картину в отношении распределения населения по группам здоровья. Первая группа – примерно 33–34 % населения, вторая – около 20 %, все остальные имеют доказанные заболевания, требующие диспансерного наблюдения. Большая часть из третьей группы (около 80 %) – люди с хроническими неинфекционными заболеваниями, включая артериальную гипертензию. Эти данные очень близки к результатам эпидемиологических исследований, что говорит об их достоверности. Во вторую группу здоровья входят граждане, имеющие не только

высокий риск по шкале SCORE (применяется для оценки риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни), но и отдельные значимые факторы риска, например, ожирение, очень высокий уровень холестерина, или люди с высокой зависимостью от курения. Важно то, что это модифицируемые факторы риска, то есть их можно и нужно корректировать.

Исходя из полученных данных, мы определяем приоритеты программы, эта информация ложится в основу наших организационных решений. В этом году вышла уже третья редакция методических рекомендаций «Диспансеризация определённых групп взрослого населения» (доступно на www.gnicpm.ru – Прим. ред.). В них чётко прописаны технологии исполнения программы диспансеризации.

– В одном из своих интервью вы говорили, что, к сожалению, пациенты не так часто проходят углублённое обследование и консультирование, как требуется. Насколько эта проблема актуальна сегодня?

– Эта проблема по-прежнему актуальна. Во-первых, не всегда медицинские работники проявляют настойчивость. Участковый терапевт за очень короткое время контакта с пациентом должен подобрать к нему «ключик». Консультирование – это во многом психологическое воздействие, которое начинается с первых слов о факторах риска и необходимости их корректирования. По сути, мы вторгаемся в личную жизнь пациента, в область получения удовольствий. В какой-то мере мы предлагаем человеку их лишиться, но надо найти способ замены этих удовольствий. Вторая составная часть этой проблемы: далеко не все пациенты готовы соблюдать рекомендации врача. Формально они не против вести здоровый образ

жизни, но когда доходит до дела... Казалось бы, зачем? Вроде у человека всё хорошо, ничего не беспокоит. Зачем бросать свои привычки, курение, возможность вкусно и много поесть, полежать вечером на диване? Да ещё предлагают обсудить проблему алкоголя. А для многих наших граждан потребление спиртного – это и расслабление, и способ коммуникации. Даже в кино, на телевидении это так или иначе пропагандируется.

– На что в такой ситуации могут повлиять врачи?

– У врача, как у священника или учителя, наиболее короткий путь к сознанию человека. И речь идёт не о запугивании рисками, а о партнёрстве. Участковый терапевт за 15 минут должен донести до человека, что даже если болезни нет, её возникновение в ближайшем будущем – это объективная реальность. С женщинами обычно проще, от природы они наделены даром проецировать проблемы на себя и свою семью. Мужчины среднего возраста социально совершенно другие. Они просто не верят, что болезни существуют. Врачу необходимо привлечь их на свою сторону. При этом нужно подготовить человека к изменению способов получения удовольствий. Это не просто здоровый образ жизни, это иной взгляд на жизнь в принципе. Мы должны открыть

это 1–2 дополнительных посещения в смену. Конечно, когда речь идёт о перегрузке врача, совмещении, мы должны понимать, что трудно ожидать от него большего.

Изменить представления участкового терапевта о своих профессиональных задачах не менее сложно, чем склонить пациента к здоровому образу жизни. Во-первых, это вопрос образования, всё начинается ещё со студенческой скамьи, не менее важна последипломная подготовка. Многое зависит и от позиции заведующего терапевтическим отделением, руководящего звена медицинской организации. Материальное стимулирование – это вопрос правильной организации и эффективного использования возможностей контракта. Средства на диспансеризацию погружены в подушевое финансирование. В России только на первый этап в 2014 году было заложено 35 млрд рублей. Если руководитель медучреждения эффективно использует имеющиеся возможности, доктор увидит, что диспансеризация – это дополнительный заработок. Доплата за одного больного может составлять 100–200 рублей. В год через врача проходят минимум 400 человек – это до 80 тысяч рублей в год.

Возвращаясь к чисто медицинским проблемам, нужно отметить, что не всегда фиксируются выявленные факторы риска. Это вопрос невнимательности и плохой организации. Кроме того, бывают ситуации, когда болезнь выявляется, но пациент не ставится под диспансерное наблюдение. Врач иногда просто не хочет дополнительно себя нагружать, не понимая, что этот пациент всё равно к нему придёт – но уже в urgentном порядке!

Отдельно стоит остановиться на теме пагубного потребления алкоголя. С помощью анкетирования в год мы выявляем около 380 тысяч человек, которые признают, что у них есть такая проблема. А значит, они потенциально готовы работать с ней. В таких случаях должно проводиться углублённое профилактическое консультирование, необходимо подключать к этому кабинеты медицинской профилактики. Самый простой путь для врача – отправить пациента в наркологический диспансер, но он туда просто не поедет, и мы опять потеряем его. В этом году мы начали детально прорабатывать данный вопрос, подготовлены образовательные программы, методические рекомендации.

– Расскажите, пожалуйста, о положительном опыте, накопленном в регионах в процессе реализации программы диспансеризации.

– Хотелось бы привести пример Всеволожского района Ленинградской области. Сейчас там активно развивается практика дистанционного диспансерного наблюдения за больными с артериальной гипертензией. В манжету домашнего тонометра заводским способом устанавливается сим-карта, при каждом измерении полученные результаты отправляются и сохраняются на сервере. Через определённое время врач получает эти данные в динамике, на основании чего делает вывод о том, нужно ли приглашать пациента на приём. Подобные решения в этом году начали также реализовываться в Москве, Московской области. Сегодня идёт проработка финансово-организационных механизмов, чтобы увязать их с оплатой по тарифам ФОМС.



пациенту достойные альтернативы курению, потреблению алкоголя, низкой физической активности с учётом его социальной группы, уровня образования и культуры. Терапевт является хозяином на своём участке, и он должен не отбиваться от поступающих проблем, а предупреждать их. Важно подчеркнуть, что основную работу по консультированию пациентов проводит не терапевт, а сотрудники отделения профилактики поликлиники или Центра здоровья.

– Неизбежно возникает вопрос мотивации врача, особенно когда всё делается «на потоке».

– В данном случае я бы говорил о профессиональном отношении врача к своей работе и понимании сути поставленных перед ним задач. Для начала давайте разберёмся с интенсивностью потока. В среднем диспансеризация –

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ (ПК) ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ МЕТОДОВ. ЭТО ПРОЦЕСС ИНФОРМИРОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА К ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ И ФОРМИРОВАНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАВЫКОВ, СПОСОБСТВУЮЩИХ СНИЖЕНИЮ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ.

КАК СДЕЛАТЬ ТАК, ЧТОБЫ ПАЦИЕНТ ПОСЛЕДОВАЛ ВРАЧЕБНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ?

- Избегать информационной перегруженности, большого количества специфических медицинских терминов.
- Советы и рекомендации необходимо давать в конкретной, адресной форме.
- Спросить пациента, всё ли ему понятно (обратная связь).
- Проявить внимание к его проблемам.

КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ?

- Краткое профилактическое консультирование.
- Углублённое индивидуальное профилактическое консультирование.
- Углублённое групповое профилактическое консультирование (Школы здоровья).

В ЧЁМ ОСОБЕННОСТИ КРАТКОГО ПК?

- Проводится в ходе повседневного приёма пациентов врачом (фельдшером).
- Консультирование ограничено по времени (не более 10 минут).
- Все пациенты должны получить общие рекомендации по ЗОЖ в зависимости от имеющихся факторов риска.

В ЧЁМ ОСОБЕННОСТИ УГЛУБЛЁННОГО ПК?

- Проводится индивидуально в отделении (кабинете) медицинской профилактики специально обученным медицинским персоналом как по направлению участкового врача (специалиста), так и при самостоятельном обращении.
- Длительность по времени – до 45 минут.
- Возможно повторное индивидуальное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

ДЛЯ ЧЕГО ПРОВОДИТСЯ ГРУППОВОЕ ПК?

Школа пациента (здоровья) является организационной формой профилактического группового консультирования и проводится с целью:

- повышения информированности о заболевании и факторах риска их развития и осложнений;
- формирования ответственного, рационального и активного отношения к своему здоровью, мотивации к оздоровлению;
- формирования умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях, по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих факторов риска.

Эффективное профилактическое консультирование – ключевой фактор позитивных изменений в состоянии здоровья пациентов!

Информация подготовлена Республиканским центром медицинской профилактики на основе методических рекомендаций «Профилактика хронических неинфекционных заболеваний». ГНИЦ профилактической медицины, г. Москва, 2013 г.

ПРИОРИТЕТ – РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА



ИНТЕРВЬЮ НАЧАЛЬНИКА ОТДЕЛА ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОСТИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЕЛЕНА ХАФИЗОВОЙ.

– Елена Давидовна, каковы результаты диспансеризации в Татарстане?

– Диспансеризация определённых групп взрослого населения осуществляется с 2013 года. За предыдущих два года осмотрено около миллиона человек (945 371). Плановая численность в 2015-м составляет 606 661 человек. В проведении этой работы участвуют 87 медицинских организаций. За 11 месяцев осмотрено 477 869 человек, впервые выявлено более 65 тысяч заболеваний, практически у каждого седьмого. Лидируют болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (31 %), болезни системы кровообращения (20 %), в том числе более половины случаев – это заболевания, связанные с повышенным артериальным давлением, 11 % – с ишемической болезнью сердца.

Важно также то, что два года назад впервые была регламентирована и, соответственно, организована целевая диспансеризация детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью. В 2015 году эта работа была продолжена, в ней принимают участие все заинтересованные министерства и ведомства республики, задействована 61 медицинская организация.

В целом, по оперативным данным медицинских организаций, за 11 месяцев 2015 года осмотрены 5377 детей указанной категории (94,2 % от плана на год – 5707), а также 1442 ребёнка из числа пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (97,4 % от плана на год – 1481).

План по профилактическому медицинскому осмотру несовершеннолетних в 2015 году составил 364 394 человека, на начало декабря были уже осмотрены 354 124 ребёнка (97,2 % от годового плана). Задача данного вида медосмотра – своевременное выявление патологий, заболеваний и факторов риска в установленные возрастные периоды. В целях динамического наблюдения за состоянием здоровья детей проводится так называемый периодический медицинский осмотр. За январь – ноябрь обследование прошли 267 734 ребёнка (93,4 % от плана на год).

– Каковы особенности реализации программы в нашей республике?

– Фактически диспансеризацию взрослых мы начали ещё в 2006 году, тогда она проводилась только среди работающих граждан за счёт средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Сегодня эта работа ведётся в рамках программы госгарантий. Медучреждения получают госзадание, причём это касается массового обследования как взрослых, так и детей. Относительно взрослых – диспансеризация с периодичностью один раз в три года охватывает всё население России, начиная с 21 года, она строго дифференцирована по полу и возрасту.

С первого апреля 2015 года был внедрён новый порядок проведения диспансеризации с учётом полученных результатов реализации программы, обсуждений с руководителями здравоохранения, предложений от профессионального сообщества. Объём исследований в определённых возрастных группах был несколько сокращён. Наша республика отнеслась к этому с особым вниманием. У нас был накоплен положительный опыт, в частности, в организации онкологического скрининга: разработаны специальные методические рекомендации, организовано внедрение в медицинских учреждениях единых подходов. В итоге уже в 2014 году выявляемость онкопатологии возросла в два раза по сравнению с 2013-м. Мы не хотели терять эти позиции, и по сравнению с общероссийским порядком нам, в основном, удалось сохранить прежний объём исследований. Это была инициатива нашего региона, поддерживаемая Территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Данное решение мы вырабатывали коллегиально, проводили предварительные экономические расчёты и поняли, что это не только возможно, но и просто необходимо! Отправной точкой для нас стала выявляемость на основе анализа и знаний различных степеней риска отдельных патологий в определённых возрастных группах населения.

– Диспансеризация – это во многом и организационный вопрос.

– По сравнению с 2013 годом наша работа, конечно, стала более упорядоченной. Самое главное – среди врачей стало больше понимания важности массового обследования. Когда мы посещаем медицинские учреждения республики, мы всё чаще слышим от наших коллег положительные отзывы о диспансеризации. Есть определённые сложности, связанные с нехваткой кадров, особенно узких специалистов, недостаточностью технических ресурсов в некоторых медорганизациях. В этих направлениях мы тоже активно работаем.

Но понимания только медицинских работников – мало, это – обоюдный процесс, равноправным участником которого является и пациент. Наши специалисты могут давать обоснованные рекомендации, прописывать то или иное лечение, но в конечном итоге состояние здоровья

человека зависит, прежде всего, от него самого, от того, будет ли он добросовестно выполнять назначения своего врача, какой образ жизни будет вести, сможет ли отказаться от вредных привычек, как будет питаться, будет ли заниматься физкультурой или активным отдыхом.

Большую роль здесь играет профилактическое консультирование, на втором этапе оно проводится, как правило, в виде группового занятия. По сути это «школы» для пациентов с тем или иным заболеванием или факторами риска, и они дают хорошие результаты.

Врач всегда должен уметь объяснить пациенту свои действия в отношении него. Так, на второй этап диспансеризации направляют далеко не всех. Для этого обязательно должны быть медицинские показания. В этом случае врач имеет право направить своего пациента на дополнительные исследования, в том числе и не предусмотренные программой диспансеризации, но они проводятся в рамках госгарантий. Кто-то может сказать: «Почему моего знакомого отправили на такое-то

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В ВОПРОСАХ И ОТВЕТАХ:

– Как часто проводится обследование?

– Комплексное медицинское обследование проводится с периодичностью раз в три года. Первая диспансеризация – в 21 год, последующие – через каждые два года на протяжении всей жизни. Календарным считается год исполнения возраста, при достижении которого человек подлежит диспансеризации.

– Где проходят диспансеризацию?

– Граждане проходят диспансеризацию в медицинской организации, в которой прикреплен полис ОМС, и где они получают первичную медико-санитарную помощь, – в поликлинике, в центре (отделении) общей врачебной практики (семейной медицины), поликлиническом отделении больницы, во врачебной амбулатории, то есть строго по территориально-участковому принципу. При проведении диспансеризации в сельской местности возможно обеспечение доставки населения в медицинские организации, а также используются выездные формы работы специалистов, в том числе мобильными медицинскими бригадами.

– Из чего состоит диспансеризация?

– Первый этап диспансеризации направлен на раннее выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний. Второй этап заключается в дополнительном обследовании и уточнении диагноза, проведении углублённого или группового профилактического консультирования и осмотра медицинскими специалистами. Потребность в нём определяется участковым врачом с учётом возраста и результатов первого этапа.

обследование, а меня не стали?» В подобных ситуациях каждому врачу, участвующему в диспансеризации, необходимо корректно разъяснять своим пациентам, в чём причина, почему не назначен или выбран конкретный метод диагностики, а не какой-то другой, о чём говорят его результаты, и каковы возможные последствия в будущем, если ничего не предпринимать.

Ведь в конечном счёте именно работники первичного звена сегодня находятся «на переднем крае» здравоохранения, и от их усилий в значительной мере зависит успех решения глобальных задач, в том числе таких, как снижение смертности населения от управляемых причин.

Альберт ГАЛЯВИЧ,

главный кардиолог Минздрава РТ,
заведующий кафедрой кардиологии КГМУ,
член-корреспондент АН РТ, вице-президент
Российского кардиологического общества,
профессор, д. м. н.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ: СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА



ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, К КОТОРЫМ ОТНОСЯТСЯ БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ), ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВОООБРАЗОВАНИЯ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ЛЁГКИХ, ВНОСЯТ ОСНОВНОЙ ВКЛАД В ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ – 75 %.



целью выявления хронических неинфекционных заболеваний в 2013 году было принято решение о проведении диспансеризации населения Российской Федерации. Порядок диспансеризации определённых групп взрослого населения был утверждён приказом № 1006н

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012.

Кроме выявления хронических неинфекционных заболеваний, диспансеризация направлена на выявление и коррекцию основных факторов риска, к которым относятся:

- повышенный уровень артериального давления;
- повышенный уровень холестерина в крови;
- повышенный уровень глюкозы в крови;
- курение табака;
- избыточное потребление алкоголя;
- нерациональное питание;

- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела/ожирение.

Порядок проведения профилактического медицинского осмотра был утверждён приказом № 1011н Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012.

Диспансеризация населения Республики Татарстан в 2015 году показала, что сердечно-сосудистые заболевания (болезни системы кровообращения – БСК) по-прежнему являются одними из наиболее распространённых.

Среди впервые выявленных БСК за 10 месяцев этого года на них приходится 20,1 % (11 205 случаев):

- 51,3 % среди них – это заболевания, связанные с повышенным артериальным давлением;
- 10,8 % – ишемическая болезнь сердца (ИБС).

В абсолютных числах это:

- 2192 случая цереброваскулярной патологии;

- 384 – хроническая ИБС;
- 300 – стенокардия;
- 160 – перенесённый инфаркт миокарда;
- 146 – нестабильная стенокардия.

Высокий суммарный сердечно-сосудистый риск был выявлен у каждого шестого обследуемого. Нарушение липидного обмена, которое является одним из основных факторов развития ИБС, выявлено у каждого девятого обследуемого. Избыточная масса тела установлена у 10 % обследованных.

В связи с этими фактами сохраняют свою актуальность меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

К целевым уровням факторов риска для пациентов без сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний атеросклеротического генеза относятся следующие:

- уровень артериального давления не выше 140/90 мм рт. ст.;
- не курить и избегать пребывания в помещениях с табачным дымом (пассивное курение);
- уровень холестерина не выше 5 ммоль/л;
- ограничение потребления алкоголя (не превышать опасные дозы: для мужчин – 30 мл, для женщин – 20 мл в пересчёте на чистый этанол);
- не иметь избыточной массы тела (оптимальный индекс массы тела – 25 кг/м^2), особенно абдоминального ожирения (оптимальная окружность талии для женщин – не более 80 см, для мужчин – не более 94 см);
- не иметь сахарного диабета или повышения содержания глюкозы в крови;
- регулярно проходить диспансерные осмотры и выполнять врачебные рекомендации.

Результаты диспансеризации населения 2015 года ещё раз подтвердили, что самым распространённым заболеванием сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертония (гипертоническая болезнь). В этом отношении важным является информирование лиц с высоким артериальным давлением о том, как себя вести.

Таким пациентам рекомендуется:

- проводить самоконтроль артериального давления в домашних условиях;
- регулярно принимать лекарства от повышенного артериального давления;
- знать меры самопомощи при резких подъёмах артериального давления (кризах),
- знать основные проявления сердечного приступа (инфаркта миокарда) и кровоизлияния в мозг (мозгового инсульта) для своевременного вызова скорой медицинской помощи;
- соблюдать принципы рационального питания;
- иметь достаточную физическую активность;
- проводить регулярный самоконтроль массы тела;
- регулярно проходить профилактические медицинские осмотры, диспансерное наблюдение у врача.



Результаты диспансеризации населения 2015 года ещё раз подтвердили, что самым распространённым заболеванием сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертония (гипертоническая болезнь).

К мерам, которые способствуют снижению артериального давления и сердечно-сосудистого риска, относятся:

- прекращение курения;
- снижение избыточной массы тела/ожирения (желательно, чтобы индекс массы тела был не более 25 кг/м^2);
- ограничение потребления соли (до 5 г/сутки – 1 чайная ложка без верха);
- ограничение потребления алкоголя (при артериальной гипертонии рекомендуется полное исключение алкогольных напитков);
- увеличение потребления фруктов и овощей (не менее 400–500 грамм овощей или фруктов в день, за исключением картофеля);
- снижение общего потребления жиров и насыщенных жиров. Рацион должен содержать достаточное количество растительных масел (20–30 г/сутки), обеспечивающих организм полиненасыщенными жирными кислотами;
- оптимизация физической активности при отсутствии противопоказаний – 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день (следует помнить, что интенсивные изометрические нагрузки и подъём тяжестей могут вызывать повышение артериального давления, поэтому их следует избегать);
- снижение психоэмоционального напряжения (стресса).

Анализ данных прошедших 30 лет говорит о том, что в периоды экономического кризиса ухудшаются показатели здоровья населения, в первую очередь, за счёт увеличения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Пока в 2015 году смертность от них снизилась на 0,5 %, вероятно, за счёт усилий всех уровней системы здравоохранения Татарстана – от первичного звена до высокоспециализированных клиник. Однако без активного участия самих граждан в сохранении собственного здоровья, контроле артериального давления и других факторов риска проблему снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний решить будет невозможно.



Камиль ШАКИРОВ,
заместитель главного врача по
организационно-методической работе
Республиканского клинического
онкологического диспансера, к. м. н.



Буллат МАЗИТОВ,
заведующий диспансерно-профилактическим
отделением

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ БОРЬБЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ШЕСТЬ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ – МОЛОЧНАЯ, ПРЕДСТАТЕЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗЫ, ШЕЙКА МАТКИ, ТОЛСТАЯ КИШКА, КОЖА, РОТОГЛОТКА – ДАЮТ БОЛЕЕ 50 % СЛУЧАЕВ РАКА. ОТНОСИТЕЛЬНО НИХ ЕСТЬ ДОКАЗАННЫЙ ЭФФЕКТ СКРИНИНГОВЫХ ПРОГРАММ, И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ В ЭТОМ КОНТЕКСТЕ МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ БОРЬБЫ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

За

три года проведения диспансеризации в Татарстане был накоплен большой опыт выявления онкологических заболеваний на ранней стадии. В 2014 году в республике среди впервые установленных случаев доля ранних раков составила около 74 %.

Согласно мировой статистике это высокий

показатель, но потенциал программы реализован ещё не в полной мере. Так, в 2011–2012 гг. нами был реализован пилотный проект по онкологическому скринингу населения Казани. В нём приняли участие около 3000 человек. Результаты, которые были тогда получены, и показатели диспансеризации 2014 г. существенно отличаются, разрыв по некоторым локализациям достигает десятков раз (см. Табл. 1). Соответственно, наша задача как одних из проектировщиков программы – сделать так, чтобы эти цифры стали схожими.

Табл. 1. Результаты пилотного проекта и диспансеризации

Вид исследования (локализация)	%, выявление в 2011–2012 гг. (пилотный проект)	%, выявление в 2014 г. (диспансеризация)
Маммография (молочная железа)	0,28	0,13
Цитология (шейка матки)	0,035	0,008
Жидкостная цитология (шейка матки)		0,15 (данные за 3 мес. 2015 г.)
Кал на скрытую кровь (толстая кишка)	0,21	0,037
ПСА (предстательная железа)	0,55	0,47

Как этого добиться? Прежде всего, необходимо совершенствовать трёхуровневую систему онкологической помощи, включающую в себя первичное звено, межмуниципальные центры и специализированные медучреждения. Диспансеризацию проводят участковые врачи, а не онкологи – они включаются в процесс, когда есть подозрение, необходимо провести диффдиагностику и/или лечение



выявленного рака. Служба не может заменить собою всю систему здравоохранения, поэтому очень важно обеспечить преемственность.

Говоря о задачах амбулаторно-поликлинической сети, нужно отметить важность внедрения передовых технологий диагностики. Благодаря усилиям Минздрава РТ совместно с ФОМС по РТ удалось поднять тарифы на диагностику в рамках диспансеризации, что позволило использовать более эффективные методы, в частности, маммографию, современные тесты на скрытую кровь, определение простатического специфического антигена. Одними из первых в России мы начали внедрять жидкостный цитологический скрининг на рак шейки матки. В прошлом году было проведено почти 300 тысяч исследований с использованием теста Папаниколау, выявлен 21 случай рака. С 1 июня 2015 года мы обследовали с помощью жидкостного метода около 12 тысяч человек и уже выявили 25 женщин с патологией! То есть эффективность метода выше в несколько раз! К тому же эта локализация, по которой возможны не просто снижение запущенности и смертности, но и спад онкологической заболеваемости за счёт лечения предраковых состояний.

Важна также строгая стандартизация диагностики. Показательна в этом плане ситуация по раку предстательной железы: результаты диспансеризации практически соответствуют проектным. Положительный пример Набережных Челнов – все исследования по ПСА выполняются централизованно в одной лаборатории, которая придерживается мировых стандартов. Это привело к резкому скачку выявляемости. Многие ЛПУ стали присылать биоматериалы в РКОД МЗ РТ – у нас мощная лабораторная база, здесь же при необходимости выполняются дообследование и лечение.

Если говорить о проблемах первичного звена, нужно упомянуть, что, к сожалению, бывают случаи, когда руководство ЛПУ при более высоком тарифе использует старые дешёвые методы. Так, для определения скрытой крови в кале (диагностика колоректального рака) раньше применяли гваяковую пробу. Она требует тщательной подготовки пациента, он должен три дня не употреблять мясо, твёрдые овощи и фрукты, не чистить зубы. При массовых исследованиях добиться строгого соблюдения всех этих требований просто не реально, и человек может уйти от врача с нераспознанным раком. Этих недостатков лишён иммуногемолуминисцентный метод, который входит в стандарт первого этапа диспансеризации.

К сожалению, при выявлении отклонения врачи не всегда понимают, куда дальше направить пациента. Сегодня на базе Зеленодольской, Арской, Буинской, Чистопольской ЦРБ функционируют онкологические отделения, к ним должны быть прикреплены ближайшие районы. Поток пациентов на дообследование необходимо перенаправить в эти отделения. Межмуниципальные центры должны взять на себя координацию работы в рамках первого этапа.

Выявляемость онкопатологии в 2014 году по сравнению с 2013-м выросла в 2,2 раза. Этот скачок был обусловлен работой, в основном, по двум локализациям: предстательной и молочной железам. По маммологии большой объём скрининга мы осуществляем силами диспансера. У нас есть мобильные комплексы, которые работают по всей республике, наши специалисты проводят маммографию там, где нет подобного оборудования. Сегодня есть потребность в стационарных и передвижных маммографах в онкологических отделениях межмуниципальных центров, чтобы они могли самостоятельно выполнять эти исследования в прикреплённых районах. Единственное, что мы должны делать централизованно – это чтение снимков. В РКОД МЗ РТ функционирует референс-центр по скринингу рака молочной железы, в котором работают высококвалифицированные рентгенологи. Чтобы специалист мог распознать интервальный рак, внутрипротоковые опухоли, он должен просматривать не менее 5000 снимков в год. На таких условиях с диспансером работают несколько ЛПУ. Разделение на техническую часть исследования и профессиональную интерпретацию – распространённая мировая практика. Так, в США маммографию проводят в местных медицинских центрах, а цифровые снимки отправляют в Индию, получая от рентгенологов уже готовые результаты. Такой вот медицинский аутсорсинг. По схожей схеме нужно выстраивать работу и по цитологическому скринингу. На нашей базе функционирует современная лаборатория, в перспективе такие же должны появиться в Набережных Челнах, Альметьевске. Они будут закрывать потребности всей республики. Исследования проводятся на автоматизированном оборудовании, что исключает «человеческий фактор». Техника сама отсеивает мазки с отклонениями от нормы, что снижает объём рутинной работы врача. В случаях, когда имеют место средние и тяжёлые дисплазии (атипичное изменение эпителия), больным не требуется проведение специального лечения, достаточно провести конизацию (удаление поражённого участка шейки матки). Это операция одного дня, после которой женщина может спокойно идти домой. Параллельно проводится гистологическое исследование, и если мы обнаруживаем злокачественную опухоль, такого пациента забираем к себе.

Важной задачей диспансеризации с точки зрения онкологов является создание регистра с информацией о состоянии здоровья каждого пациента. По нему можно будет отслеживать изменения состояния в динамике. Например, у человека был повышенный уровень ПСА, проведено углублённое обследование. Что дальше с ним происходило? Какое лечение он получил? Регистр позволит нам не «потерять» пациента. Сегодня назрела необходимость в смене идеологии здравоохранения с «ремонтной» на профилактическую. Результаты скрининга позволяют нам планировать дальнейшие шаги по совершенствованию медицинской помощи, максимально эффективно используя имеющиеся возможности.

Табл. 2. Выявление злокачественных новообразований во время диспансеризации в Татарстане в 2013–2015 гг.

Локализация	2013	2014	2015 (6 месяцев)
Молочная железа	101	214	102
Шейка матки	12	21	12
Толстая кишка	24	93	27
Предстательная железа	222	399	82
Рот и глотка	15	20	10
Кожа	40	107	64
Всего по данным локализациям:	414	854	297

Оксана ФРОЛОВА,
профессор кафедры общей гигиены КГМА,
член Национальной ассоциации диетологов и
нутрициологов, д. м. н.

ПИТАЙТЕСЬ РАЦИОНАЛЬНО!

СОВРЕМЕННАЯ НАУКА ОБ ОСНОВАХ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ



В XIX ВЕКЕ СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЛА 40 ЛЕТ, И ТРАДИЦИОННОЕ ПИТАНИЕ ЕЁ ВПОЛНЕ ОБЕСПЕЧИВАЛО. СЕГОДНЯ МЫ ЖИВЁМ ГОРАЗДО ДОЛЬШЕ, И ПЕРЕД ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ СТАВИТСЯ ЗАДАЧА ДАЛЬНЕЙШЕГО УВЕЛИЧЕНИЯ КАК ДЛИТЕЛЬНОСТИ, ТАК И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ. ПОЭТОМУ К ПИТАНИЮ ВЫДВИГАЮТСЯ НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ.



Согласно данным НИИ питания РАН 30–50 % всех заболеваний россиян связаны с нарушениями питания. По некоторым социальным группам указывается даже доля в 80 %. Неправильное питание является фактором риска развития алиментарно-зависимых патологий:

ожирения, атеросклероза, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета, онкологических заболеваний, болезней крови и кроветворных органов, пищеварительной и костно-мышечной систем.

ЭКОНОМИЯ НА БЛАГО ЗДОРОВЬЯ

В идеале каждый был бы, наверно, рад питаться правильно и только здоровой пищей, но многие думают, что это отнимает много времени и сил, не понравится членам семьи и будет очень дорого. Однако это лишь повод, чтобы ничего не менять в своей жизни. Здоровое питание не только не увеличит расходы семейного бюджета, но и поможет сэкономить.

Во-первых, полезные продукты не всегда стоят дороже. Местные овощи – свёкла, редька, морковь, капуста – и полезней, и дешевле импортных ананасов и киви. Во-вторых, не придётся тратить на лечение, придерживаясь рекомендаций в еде, человек может избежать многих заболеваний. В-третьих, здоровое питание – это не утомительная диета, а сбалансированный, разнообразный рацион, который понравится многим. Совсем без ограничений, конечно, не обойтись.

ПРИНЦИПЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ

Чтобы сохранить здоровье и красоту, необходимо учитывать объективные законы науки и придерживаться общих правил здорового питания, рекомендованных Институтом питания РАН.

Употребляйте разнообразную пищу как животного, так и растительного происхождения.

В день необходимо съедать не менее 400–500 граммов овощей и фруктов (не считая картофеля), предпочтительно в свежем виде. Хорошо бы поставить



на стол вазу со свежими фруктами, чтобы они были всегда доступны, и использовать их для перекусов между основными приёмами пищи.

Согласно нашим исследованиям рацион питания населения Республики Татарстан характеризуется крайне низким потреблением овощей и фруктов – не более 250 грамм в день. Национальные традиции в питании основаны на блюдах из мяса и птицы, нет ни одного исконно татарского блюда из овощей или фруктов. Преимущественное потребление рафинированных продуктов резко снижает поступление в организм пищевых волокон, совокупное содержание которых составило около семи грамм в день (норма потребления – 20 г).

Требуется соблюдать соответствие калорийности диеты энергетическим потребностям организма с учётом возраста, пола, степени физической активности. Превышение калорийности рациона над затратами энергии всего на 500 ккал ежедневно приведёт за год к пяти килограммам дополнительной массы тела.

Нужно контролировать массу тела не реже двух-трёх раз в месяц и поддерживать вес в рекомендуемых пределах за счёт ежедневных физических нагрузок и правильного питания. К этому необходимо приучать с детства.

Индекс массы тела (ИМТ = масса тела в килограммах / (рост в метрах)²) в нормальном диапазоне (20,0–24,9) среди женщин и мужчин нашего региона встречается примерно с одинаковой частотой (44,3 и 44,7 %, соответственно). Избыточная масса тела чаще встречается среди мужской части населения – 38 % случаев при 24 % у женщин. Ожирением страдают 7 % мужчин и 4 % женщин. Число лиц, имеющих ИМТ в нормальном диапазоне, с возрастом снижается с 45 (до 30 лет) до 31 % (после 50 лет).

При избыточном весе следует ограничить или исключить из рациона хлеб, сахар, блюда из круп, макаронных изделий и картофеля. По согласованию с врачом применяются различные контрастные (разгрузочные) дни (мясной или рыбный, творожный, яблочный, овощной и др.).

Необходимо контролировать потребление жиров и заменить большую часть насыщенных животных жиров (твёрдых) ненасыщенными растительными маслами или мягкими маргаринами. Нужно отказаться от жирного мяса и мясных продуктов в пользу фасоли, бобов, чечевицы, рыбы, птицы или нежирного мяса. Уменьшить количество потребляемых жиров помогают приготовление пищи на пару, выпечка, варка или обработка в микроволновой печи. Не нужно забывать про обеспечение организма незаменимыми полиненасыщенными жирными кислотами семейства омега-6 и омега-3 (содержащимися в растительных маслах и жире глубоководных морских рыб), фосфолипидами (нерафинированные растительные масла), растительными стеринами.

По нашим данным, в республике удельный вес рационов с превышением нормы потребления жира составляет 56 %. При

этом потребление насыщенных жирных кислот превышает нормы физиологических потребностей во всех возрастных группах и группах физической активности более чем в два раза. В среднем за счёт жиров обеспечиваются от 34 до 50 % калорийности рациона жителей республики (при норме не более 30 %).

Потребление соли следует ограничить до пяти грамм в сутки. При артериальной гипертензии пища готовится без неё либо по согласованию с врачом ежедневно можно добавлять не более трёх грамм.

В пище должны в достаточном количестве содержаться витамины и микроэлементы. Их дефицит прослеживается в 86 % исследованных нами случаев.

СОВЕТЫ НА КАЖДЫЙ ДЕНЬ

Общее количество потребляемой за день жидкости (включая первые блюда) должно достигать 1,5 литра. Вторые блюда готовятся преимущественно в отварном или запечённом виде или слегка обжариваются после отваривания. Отказавшись от жареных блюд в пользу отварных, вы уже начнёте худеть до трёх килограмм в месяц. Также лучше исключить консервированные продукты и острые специи.

Для улучшения вкусовых качеств несолёной пищи можно употреблять клюкву, лимон, чернослив, варенье, мёд, уксус, петрушку, укроп, корицу, лимонную кислоту, цукаты, овощные и фруктово-ягодные соки. В бессолевое тесто можно добавлять простоквашу, тмин, анис.

Уменьшение потребления пищи при снижении энергозатрат необходимо, но может приводить к полигиповитаминозу, что диктует необходимость дополнительной витаминизации рационов. Нами установлено, что с целью коррекции пищевого рациона каждый день употребляют специальные витаминно-минеральные комплексы или БАДы только 13 % респондентов, не употребляют вообще – 48 % опрошенных, остальные используют нерегулярно. К сожалению, качественные характеристики препаратов респондентами учитываются в меньшей степени, выбор зависит от ассортимента аптеки, стоимости препаратов, рекламной кампании и рекомендаций непрофессионалов. Обогащённые продукты питания, способствующие хорошей усвояемости витаминов и минеральных элементов, вызывающие минимум побочных эффектов, в результате недостаточной информированности населения широко не используются (только в 3 % случаев).

Сочетание витаминного дефицита с малоподвижным образом жизни, передаванием, избыточной массой тела создаёт неблагоприятный метаболический фон, который отрицательным образом сказывается на здоровье и работоспособности. Сегодня мы хотим не просто увеличить продолжительность жизни, но и улучшить её качество, до конца дней сохраняя здоровье и активность. Этого можно добиться, изменив образ жизни и оптимизировав питание.

Динара САДЫКОВА,
заведующая кафедрой педиатрии с курсом
поликлинической педиатрии КГМА, д. м. н.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (АГ) ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ И ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ. НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ СУЩЕСТВУЕТ ОБОСНОВАННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ВЗРОСЛОГО КОНТИНГЕНТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ФОРМИРУЕТСЯ ИЗ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ (АД).



аспространённость АГ в детском и подростковом возрасте составляет от 2,4 до 18 %. Установлено, что у 44 % детей, имеющих АД выше нормы, в последующие годы уровень давления остаётся стабильно повышенным, а в 12–26 % случаев отмечается прогрессирование АГ.

ФАКТОРЫ РИСКА

В настоящее время АГ принято рассматривать как полиэтиологическое заболевание. Отягощённая наследственность – один из значимых факторов риска её развития. На это указывают наблюдаемая агрегация больных гипертонической болезнью в семьях, высокая вероятность повышенного АД и развития АГ у одного из монозиготных (однойяйцевых) близнецов при условии, что они наблюдаются у другого. В последнее десятилетие проведены многочисленные исследования, посвящённые изучению роли различных молекулярно-генетических маркеров развития АГ. Однако генетические факторы

не всегда приводят к развитию гипертонической болезни. Влияние генов на уровень АД в значительной мере усиливается экзогенными факторами. Именно эти факторы являются модифицируемыми, то есть на них можно влиять, и их устранение служит целью превентивного вмешательства.

Избыточная масса тела является одним из ведущих факторов риска повышения АД. Лишний вес, который можно определять с использованием массо-ростовых индексов Кетле, по толщине кожной складки на плече, животе, приводит к увеличению риска развития АГ в 2–6 раз. Также следует иметь в виду характер жировых отложений, так как с систолическим и диастолическим АД коррелирует мужской тип ожирения. Этот эффект объясняют меньшей плотностью рецепторов к инсулину на поверхности клеток жировой ткани брыжейки и сальника.

Начало полового созревания значительно влияет на показатели физического развития и уровень АД, в регуляцию которого вовлекаются гормоны гипофиза



30 мая в ТЦ «Мега Казань» прошла масштабная акция, направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний у детей. В её рамках проводилось измерение давления, индекса массы тела и других важных параметров, а также консультации специалистов.



и половых желёз. Повышение АД в это время рассматривается как физиологическая реакция, направленная на поддержание кровоснабжения на оптимальном уровне при быстром увеличении роста и массы тела. Это определяет особенности возрастной динамики АД у подростков и лиц молодого возраста. Возрастные эволюционные процессы, специфика нейрогуморальной регуляции обуславливают широкие физиологические колебания сосудистого тонуса, что создаёт определённые трудности в оценке отклонений АД у подростков и лиц молодого возраста.

Малоподвижный образ жизни (нагрузка менее трёх часов в неделю) также относят к факторам риска, при воздействии на которые отмечается снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Детей следует приучать к физической активности с раннего возраста, тогда это станет привычкой, а затем и потребностью. Она является одним из наиболее эффективных средств борьбы с избыточной массой тела и АГ.

Курение, как известно, относится к факторам риска, при воздействии на которые доказано снижение риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что у курильщиков риск развития сердечной патологии выше в 2–3 раза. Механизмы атерогенного влияния курения

изучены. Среди них – нарушения эндотелийзависимой дилатации коронарных сосудов, повышение уровня липопротеидов низкой плотности, снижение уровня липопротеидов высокой плотности, активация тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, возникновение спазма коронарных сосудов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Клиническое обследование проводится для выявления АГ и поражения органов-мишеней, а также для исключения вторичной АГ. Рутинные лабораторные тесты помогают выявить патологические изменения в органах-мишенях и наличие некоторых факторов риска. Рекомендуемый перечень диагностических процедур у пациентов с АГ: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (калий, натрий, мочевины, креатинин, глюкоза), липидный профиль, определение уровня катехоламинов, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, оценка состояния вегетативной нервной системы, ЭКГ, ЭхоКГ, реоэнцефалография, УЗИ почек, проба с дозированной физической нагрузкой, суточное мониторирование АД, осмотр глазного дна.

ЛЕЧЕНИЕ

Проблема подбора адекватного антигипертензивного лечения до сих пор остаётся актуальной. Лечение АГ складывается из двух направлений – немедикаментозного и медикаментозного. Немедикаментозное лечение включает в себя следующие компоненты: снижение избыточной массы тела, оптимизация физической нагрузки, отказ от курения и алкоголя, рационализация питания. При его неэффективности показано назначение базисной терапии. В настоящее время для лечения детей и подростков с АГ могут использоваться пять основных групп гипотензивных средств. Так, для терапии в течение длительного времени используются диуретики. Тиазидные диуретики в качестве антигипертензивных препаратов применяются в низких дозах – высокие не назначают из-за возможности развития осложнений и побочных эффектов. Ранее считалось, что β -адреноблокаторы наряду с тиазидными диуретиками являются основными препаратами для лечения АГ у детей и подростков. В настоящее время в связи с уточнением побочных эффектов этих лекарств их применение у детей и подростков ограничено. Ингибиторы АПФ являются высокоэффективными, безопасными препаратами с кардиопротективным действием и положительным влиянием на функцию почек. В настоящее время при лечении АГ у детей и подростков могут использоваться пролонгированные блокаторы кальциевых каналов, производные дигидропиридина. Имеются данные об их эффективности, в основном, у детей ≥ 6 лет. Блокаторы рецепторов ангиотензина II представляют собой новый класс антигипертензивных препаратов с доказанным гипотензивным эффектом и органопротективными свойствами.

Артериальная гипертензия у детей и подростков, безусловно, является важной педиатрической проблемой. Она повсеместно распространена, является полиэтиологическим заболеванием, имеет полигенный характер наследования, сложные, не до конца изученные механизмы патогенеза, что доказывает необходимость дальнейшего изучения болезни, совершенствования методов диагностики и лечения. Необходимо оптимизировать систему взаимосвязи между педиатрами, кардиологами и терапевтами с целью преемственной передачи подростков с повышенным АД под диспансерное наблюдение.

Энгель ХАСАНОВ,

главный эндокринолог Минздрава РТ, к. м. н.

БОЛЕЗНЬ ЦИВИЛИЗАЦИИ



ВОЗ ОПИСЫВАЕТ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА КАК НЕИНФЕКЦИОННУЮ ЭПИДЕМИЮ XXI ВЕКА. В ТАТАРСТАНЕ В 2010 ГОДУ БЫЛО 86 ТЫСЯЧ БОЛЬНЫХ, В ПРОШЛОМ ГОДУ – УЖЕ 105 ТЫСЯЧ. РОСТ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ СОСТАВИЛ 23 %, ЧТО, КОНЕЧНО, ЯВЛЯЕТСЯ ПОВОДОМ ДЛЯ БЕСПОКОЙСТВА, Т.К. СОХРАНЯЕТСЯ НЕУКЛОННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИАБЕТОМ.



едуг, к сожалению, неизлечим. Больные вынуждены пожизненно принимать инсулин и другие лекарства. Лечение диабета для пациентов бесплатно, но государство только на льготные лекарства в год тратит до 62,5 тысячи рублей на человека.

ГРУППА РИСКА

В группу риска, прежде всего, попадают те, кто имеет родственников, страдающих сахарным диабетом. При этом нельзя сказать, что вероятность передачи из поколения в поколение чрезвычайно высока; по данным наблюдений, если заболевает один из монозиготных близнецов, для второго риск заболевания составляет примерно 50 %. В то же время такая вероятность наследования диабета достаточно серьезна.

Но чтобы генетическая предрасположенность проявилась в форме болезни, человек должен сам создать для этого условия своим образом жизни. Среди

факторов риска развития болезни – избыточная масса тела, переедание, гиподинамия.

Отсутствие движения – бич нашего общества. Человек создан природой так, что должен постоянно двигаться: маленькие дети ни минуты не сидят на месте – и это правильно. А в наше время люди работают за компьютером, сидят в офисе, передвигаются только на машинах или общественном транспорте, пешком практически не ходят. Двигательная активность современного населения резко упала в отличие от наших предков, которые много занимались физическим трудом. Тогда только единицы болели сахарным диабетом, имели повышенное артериальное давление, инсульты и инфаркты были достаточно редким явлением.

Питание людей в современном обществе также абсолютно противостественное. Как правило, у нас скудный завтрак, на работе мы часто попросту перекусываем калорийной пищей, а придя вечером

домой, уставшие и голодные, сами того не желая, начинаем переедать, после этого – телевизор, компьютер, диван. И так изо дня в день, круглый год. Подобный режим питания способствует развитию ожирения.

Ожирение считается на сегодняшний день маркером сахарного диабета 2 типа, особенно абдоминальный тип, когда жир сосредоточен, в основном, в области живота. Жировая ткань обладает достаточно высокой метаболической активностью, поэтому чувствительность тканей организма к инсулину снижается на 40 % при превышении идеальной массы тела на 35–40 %. Бета-клетки поджелудочной железы на фоне ожирения отвечают повышенной секрецией инсулина, что в конце концов приводит к их истощению и нарушению выработки гормона, а в итоге – к диабету. Ожирение тянет за собой не только развитие диабета, но и целый ряд других заболеваний: гипертонию, атеросклероз, ишемическую болезнь сердца и многие другие. Эта проблема в настоящее время коснулась даже детей. Поэтому сейчас профилактика ожирения среди населения стала одним из актуальных и важных вопросов, одновременно это и профилактика сахарного диабета.

ВСПОМНИТЬ О СВОЕЙ ПРИРОДЕ

В 80 % случаев сахарный диабет второго типа можно предотвратить. Снизить риск возникновения диабета помогает всё то, что входит в понятие здорового образа жизни. Это отказ от курения, алкоголя, правильное питание, движение при любой возможности, посещение спортивных залов и бассейнов.

Обратная сторона цивилизация – это отрыв человека от природы. Мы одной своей половиной принадлежим социуму, а другой – животному миру. И баланс этот нельзя нарушать. В течение дня нужно больше двигаться. Это может быть простая ходьба, велосипедные прогулки, зимой – лыжи, коньки, летом – прогулки, плавание, подвижные игры. Даже если вы не будете регулярно заниматься спортом, а только периодически гонять в футбол, играть в волейбол, теннис или бадминтон, это поможет избавиться от факторов риска сахарного диабета.

Врачи всех специальностей дают одни и те же рекомендации по питанию на протяжении многих лет. На завтрак употреблять белковые продукты: обезжиренный творог, сыр или яйца, овощные салаты или фрукты. На обед необходимы полноценные калорийные блюда, так как днём организму нужна энергия для деятельности. На ужин лучше употреблять овощные салаты без майонеза, фрукты, обезжиренные кефир или творог.

Человеку, который находится в группе риска, хотя бы раз в год надо посещать эндокринолога и сдавать анализ крови, чтобы знать уровень сахара в крови. Необходимо усиление роли представителей первичного звена (врачей общей практики, участковых терапевтов, семейных врачей) для своевременной диагностики заболевания, внедрение системы обязательного определения уровня сахара в крови у всех лиц старше 40 лет. Многие в этом направлении делается в Центрах здоровья, при проведении диспансеризации и профосмотров. Возвращение профосмотров после 2005 года привело к снижению смертности от СД на 8,2 %. Периодически проводятся акции в торговых центрах или на массовых мероприятиях, где каждый может измерить своё артериальное давление и уровень сахара в крови.

УПРАВЛЕНИЕ ДИАБЕТОМ

Врачи должны научиться управлять диабетом и контролировать процесс лечения. Причём в этом процессе требуется участие и самого пациента. Больным с сахарным диабетом нужно периодически проходить обследование у офтальмолога, поскольку имеется большая угроза потери зрения; у нефролога, так как почки очень ранимы, и если они выйдут из строя, то больной сможет жить дальше только при помощи гемодиализа. Подвержены поражению при диабете и нижние конечности, есть вероятность образования язв и даже ампутации из-за



развития гангрены. У больных диабетом чаще возникают инфаркт миокарда, инсульт, артериальная гипертония.

Очень важно, чтобы врачи научились мотивировать своих пациентов контролировать течение болезни, а не только вовремя принимать препарат. Очень важной и трудной задачей является обучение больных, потому что таких людей необходимо учить по специально разработанной программе. Пациенты должны знать, как правильно питаться, как подобрать нужное количество калорий, а также научиться самостоятельно менять дозировку инсулина. Мировая практика показала, что обучение приносит очень хорошие результаты. У нас в республике применяются не только все современные методы лечения, но и проводится обучение больных в школах диабета. Качественное лечение и самоконтроль снизят экономические и социальные затраты как для государства, так и для пациента.

Современный человек должен заботиться о своём здоровье и быть за него в ответе. Необходимо направить наши усилия на информирование людей о правильном питании, здоровом образе жизни, начиная с детского возраста, школьников, молодёжи, потому что в этом возрасте легче что-то изменить. При большом желании и взрослый человек вполне может пересмотреть свой подход к жизни и изменить её к лучшему.

Гульнар ВАГАПОВА,
заведующая кафедрой эндокринологии
Казанской государственной медицинской
академии, член-корреспондент АН РТ,
профессор, д. м. н.



ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

ИТОГИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2013 И 2014 ГГ. ПОКАЗАЛИ, ЧТО ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАНИМАЮТ ТРЕТЬЕ МЕСТО ПО ЧАСТОТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОСЛЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. И ЭТОТ ПОКАЗАТЕЛЬ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В ДИНАМИКЕ С 47,8 ДО 50,8 ЧЕЛОВЕКА НА 1000 ОБСЛЕДОВАННЫХ. В ОСНОВНОМ ЭТО САХАРНЫЙ ДИАБЕТ (ВЫЯВЛЯЛСЯ У КАЖДОГО 300-ГО ОБСЛЕДОВАННОГО), ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕ (ОПРЕДЕЛЯЛИСЬ У КАЖДОГО ТРЕТЬЕГО ОБСЛЕДОВАННОГО).



Т акая структура эндокринной патологии, диагностированной во время диспансеризации, обусловлена лабораторными (определение сахара крови, гликолизированного гемоглобина), антропометрическими (пальпация щитовидной железы, определение индекса массы тела) и инструментальными (УЗИ) исследованиями, которые проводятся на разных этапах диспансеризации.

Диспансеризация показала, что даже несмотря на существование чётких алгоритмов диагностики сахарного диабета, основанных на определении сахара крови, в действительности на одного больного приходится 3–4 случая скрытого недиагностированного диабета 2 типа. Если по данным Государственного регистра больных

сахарным диабетом, на 01.01.2013 г. число больных с диагностированным диабетом в РФ составляет 3,7 миллиона человек, то неучтённых больных в несколько раз больше. В этом смысле роль диспансеризации невозможно переоценить, поскольку абсолютно доказано, что компенсация сахарного диабета у таких пациентов может более чем на 10 % снизить риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Диагностика других эндокринных заболеваний (в том числе ожирения и патологии щитовидной железы) более сложная, так как в подавляющем большинстве случаев нет таких чётких критериев, как определение сахара при диабете. Это существенно утяжеляет диагностический процесс, требуя проведения целого комплекса лабораторно-инструментальных исследований.

Распространённость узлового зоба в разных регионах Российской Федерации составляет до 50 % населения. В подавляющем большинстве узловые образования щитовидной железы являются доброкачественными, не имеют клинического значения и требуют наблюдательной тактики. Но в то же время каждый год в России в среднем выявляются около 8 тысяч новых случаев рака щитовидной железы. Проблема заключается в том, что в настоящее время ни один из существующих методов (включая пункционную биопсию) не позволяет чётко дифференцировать доброкачественные и злокачественные узлы щитовидной железы. Самым точным методом диагностики остаётся гистологическое исследование удалённого узла, что приводит к большому количеству необоснованных оперативных вмешательств на щитовидной железе. Это, помимо развития послеоперационной гипопаратиреоза (гипотиреоза), может сопровождаться целым рядом осложнений, включая парез голосовых связок, нарушение кальциевого обмена с развитием судорог вследствие гипопаратиреоза (удаления или повреждения паращитовидных желёз). Другая проблема заключается в том, что даже если пациент прооперирован по поводу поздней стадии рака щитовидной железы, в отсутствие соответствующей международным стандартам терапии это не приводит к снижению смертности. То есть в данном случае необходимо совершенствование методов послеоперационного лечения. Что касается доброкачественных узловых образований щитовидной железы, которые в большинстве случаев являются следствием йодного дефицита, было бы логично вкладывать средства не столько в диагностику, сколько в профилактику (использование только йодированной соли в пищевой промышленности и др.).

Третье по распространённости эндокринное заболевание после патологии щитовидной железы и сахарного диабета – первичный гиперпаратиреоз (опухоли паращитовидных желёз) – выявляется почти у 10 % населения старше 50 лет. Значительная часть пациентов, находящихся на учёте у урологов по поводу мочекаменной болезни, у ортопедов-травматологов по поводу переломов, у гастроэнтерологов по поводу язвенной болезни и желчекаменной болезни, а также пожилых людей с тяжёлым остеопорозом на самом деле страдают первичным гиперпаратиреозом, требующим хирургического лечения (удаление аденомы паращитовидных желёз).

Дополнительные диагностические проблемы могут быть связаны с тем, что на начальной стадии тяжёлые эндокринологические заболевания могут протекать скрытно, без симптомов, а нередко – под маской других болезней, например, сахарного диабета, ожирения или артериальной гипертензии. Например, гормонально активные опухоли надпочечников – альдостерома, кортикостерома, феохромоцитома – могут быть причиной 35 % случаев симптоматической артериальной гипертензии. В половине случаев они проявляются развитием артериальной гипертензии в возрасте до 35 лет. Ещё один пример: среди больных моложе 40 лет с плохо контролируемой артериальной гипертензией в 4–9 % случаев может выявиться тяжёлое нейроэндокринное заболевание – болезнь Иценко – Кушинга (повышенная продукция кортизола вследствие АКТГ-продуцирующей аденомы гипофиза). При активном скрининге амбулаторных пациентов с плохо контролируемым сахарным диабетом 2 типа болезнь Иценко –



Кушинга может обнаружиться в 2–5 %, среди пациентов с остеопорозом неясной этиологии – в 4,8 % случаев. И в этой ситуации судьба человека будет зависеть от профессионализма врачей, проводящих диспансеризацию. Иными словами, чтобы заподозрить это заболевание у пациента и назначить очень специфические исследования (малая проба с дексаметазоном, определение суточного ритма секреции АКТГ и кортизола, определение суточной секреции кортизола в моче, МРТ головного мозга, РКТ надпочечников и др.), врач должен об этом знать. Если нет, то будет поставлен ошибочный диагноз и без патогенетического лечения (удаление аденомы гипофиза, назначение специфических препаратов, в тяжёлых случаях – двухстороннее удаление надпочечников) больной не выздоровеет.

Таким образом, чтобы не дискредитировать идею диспансеризации (снизить вероятность как гипо-, так и гипердиагностики), определённые усилия должны быть направлены на обучение врачей с целью расширения их профессионального кругозора.

Важным условием для получения возможности оценивать результаты диспансеризации, прогнозировать затраты здравоохранения, изучать влияние социальных, климатических, этнических и других факторов на развитие болезней является создание регистров заболеваний. Также необходимым направлением является формирование паспорта рисков развития заболеваний (на индивидуальном, семейном и этническом уровнях) с последующим созданием персонализированной системы профилактики.



Марина Шестакова:

«Распространённость диабета в России в 2,5 раза выше по сравнению с официальными данными»

Интервью директора Института диабета ФГБУ «Эндокринологический научный центр МЗ РФ», заведующей кафедрой эндокринологии и диабетологии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессора, д. м. н. Марины ШЕСТАКОВОЙ.



- Марина Владимировна, какова заболеваемость диабетом в России? Каковы тенденции последних лет?

- В России в последние годы отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом, и это общемировая тенденция. Итоги 2015 года пока не подведены, в 2014-м в нашей стране, по данным Государственного регистра сахарного диабета (ГРСД), было 4 млн 94 тысячи больных. Доля сахарного диабета первого типа - 8 %, второго типа - 92 %, это более 3,7 млн россиян. К сожалению, сахарный диабет второго типа молодеет, эта эпидемия неразрывно связана с эпидемией ожирения, которая затронула и наших детей. Сегодня заболевание встречается у маленьких

пациентов в возрасте от 10 лет. Таких детей в России около 500. Казалось бы, не так много в масштабах страны, но если учесть, что 10 - 15 лет назад мы вообще не сталкивались с такими случаями, становится очевидным, что проблема стала актуальной.

Хорошим инструментом для отслеживания подобных тенденций стал регистр больных сахарным диабетом. Мы ведём его с 1996 года, но с 2013-го стали делать это в онлайн-режиме. В любой точке нашей страны, где есть компьютер и интернет, врач может внести данные о больном, а мы имеем возможность вести динамическое наблюдение в течение всей его жизни. Раньше у нас была просто база данных, мы получали из регионов статистические отчёты, в которых

не было информации о конкретных пациентах. Теперь мы можем проследить судьбу каждого больного: оценить, насколько эффективно его лечение, какие сахароснижающие препараты он получает, развиваются ли у него сосудистые осложнения, какими средствами необходимо обеспечить этого больного.

- Насколько официальные показатели по заболеваемости сахарным диабетом соответствуют реальным?

- В нашей стране неоднократно предпринимались попытки выявить не распознанный ранее диабет и другие заболевания. Это диспансеризация, специально организованные обследования среди отдельных групп, например, работников социальной сферы -

медиков, педагогов. Кстати, среди них диабет был выявлен в 7 % случаев. При этом официально распространённость сахарного диабета второго типа в нашей стране находится на уровне 2,5 %.

Показательны также результаты всероссийского исследования NATION, направленного на активное выявление распространённости скрытого сахарного диабета. Оно проводилось с 2013 по 2015 год. Специально обученные волонтеры подходили к людям на улицах, в магазинах, на площадях и в других местах скопления народа и приглашали пройти исследование на уровень гликозилированного гемоглобина (сахарный диабет диагностировался при уровне гликозилированного гемоглобина > 6,5 %). Всего анализы сдали более 26 тысяч человек по всей России, от Дальнего Востока до западных регионов. Результаты скрининга показали наличие диабета второго типа у 5,4 % населения. При этом у 19 % был выявлен предиабет, есть высокий риск развития заболевания. Всем им были даны рекомендации, как этого избежать.

Кроме того, с 2007 года мы проводим скрининг сахарного диабета с помощью мобильных лабораторий-диамобилей, оборудованных всем необходимым. Полученные данные также подтверждают, что распространённость диабета в 2 - 2,5, а у некоторых возрастных категорий (от 50 до 60 лет) в три раза выше, чем официально зарегистрированная.

- Какова ситуация по заболеваемости по сравнению с другими странами?

- Если вы заглянете в диабетический атлас (7-е издание от 2015 года), который каждые два года обновляет



Благодаря возможностям современной медицины больные диабетом второго типа живут полноценной и долгой жизнью. Своевременная профилактика позволяет избежать осложнений не только этого, но и других заболеваний.

International Diabetic Federation (Международная федерация диабета), то увидите, что в России указано наличие 12,1 млн больных диабетом, что соответствует пятому месту в мире после Китая, Индии, США и Бразилии. Однако это не вполне верная информация, поскольку проведённое нами вышеуказанное эпидемиологическое исследование NATION позволяет предположить, что в России в настоящее время численность больных диабетом составляет 8 - 9 млн человек.

- Какие методы диагностики и лечения сахарного диабета сегодня наиболее перспективны? Что нового появилось в арсенале врачей?

- В 2011 году в нашей стране официально утвердили такой метод диагностики диабета, как определение гликированного (гликозилированного) гемоглобина в крови. При этом прежние исследования также активно применяются: определение гликемии натощак и тест толерантности к глюкозе. Теперь они дополнены простым, удобным и быстрым методом, который менее требователен в плане подготовки. Анализ можно сдавать в любое время дня и не обязательно натощак. Результат готов уже через 7 - 8 минут, его можно чётко интерпретировать: норма, повышенный риск или диабет. Минус: это исследование более дорогостоящее по сравнению с традиционными методами.

Много новшеств появляется в лечении диабета. Практически каждые 2 - 3 года фармпроизводители выводят на рынок новые препараты. К счастью, Минздрав РФ всегда идёт нам навстречу, и они достаточно быстро регистрируются в России. Препараты оперативно появляются в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарств, становясь доступными для инвалидов, льготников. Среди новых лекарств для лечения диабета - препараты инкретинового ряда. Годы 2 - 3 назад в России появился новый класс препаратов - так называемые глифлозины, которые выводят глюкозу с мочой, тем самым снижая уровень сахара в крови. Плюс: в арсенал врачей вошли новые аналоги инсулина человека. Они делятся на две группы: ультракороткие и базальные. Первые позволяют обеспечить быструю утилизацию глюкозы спустя буквально 5 - 7 минут после приёма пищи. Вторая группа, напротив, обладает замедленным действием. Эти препараты нужны для того, чтобы воспроизвести так называемое базальное действие инсулина в промежутках между приёмами пищи. Их задача - беспиковое, длительное поддержание необходимого уровня гормона в крови. Сегодня в арсенале врачей имеются три ультракоротких (прандиальных) инсулина, два беспиковых базальных препарата суточного действия и один новый базальный инсулин ультрадлинного действия, который

работает до полутора суток. Преимуществом этого нового инсулина является в два раза меньший риск развития низкого сахара (гипогликемии) и сохранение эффективного контроля сахара в крови даже при случайном пропуске одной инъекции.

Благодаря возможностям современной медицины больные диабетом второго типа живут полноценной и долгой жизнью. По данным Российского государственного регистра сахарного диабета, длительность их жизни даже немного выше, чем в среднем по России. Вероятно, это связано с тем, что они чаще посещают врачей, находятся под наблюдением, при этом контролируются и сахар, и давление, и другие важные показатели. Своевременная профилактика позволяет избежать не только осложнений диабета, но и других заболеваний.

- Что бы вы могли порекомендовать нашим врачам, и, прежде всего, представителям первичного звена?

- Уважаемые врачи, пожалуйста, будьте бдительны! Если к вам пришёл человек с избыточной массой тела, гипертонией, высоким холестерином, то знайте, что у него высок риск развития диабета. Если этим заболеванием страдают его родственники, то риск развития у него диабета возрастает ещё больше. Те же выводы вы должны сделать, когда к вам, например, приходит женщина и хвастается: «Вот у какого богатыря родила - больше 4 кг!» Вы должны предложить этим людям обязательно проверить сахар в крови. Такой анализ раз в три года должен сдавать каждый ваш пациент старше 40 лет, даже если у него нет факторов риска. Если есть хотя бы один фактор риска, нужно также провести тест на толерантность к глюкозе. Эти рекомендации должны знать все терапевты.



Преодоление гипогликемии

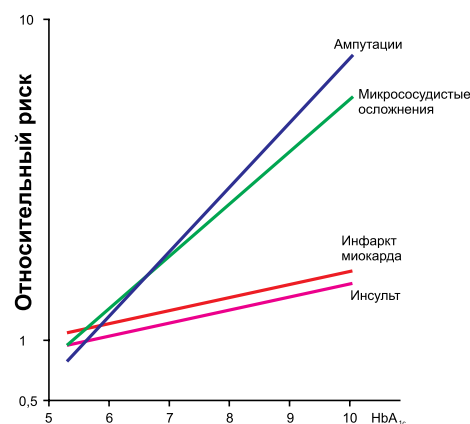
Роль новых аналогов инсулинов Тресиба® и Райзодег® в терапии сахарного диабета второго типа

Сахарный диабет (СД) – одно из самых распространённых заболеваний в мире, которое в течение последних лет приобрело характер неинфекционной эпидемии. По данным ВОЗ, ещё 20 лет назад количество людей с СД во всём мире не превышало 30 млн. Сегодня их число достигло 347 млн, а к 2035 году составит более полумиллиарда человек [1].

Согласно опубликованным данным IDF (Международная диабетическая федерация) и ВОЗ, Россия входит в пятёрку стран-лидеров по темпам роста распространённости СД. По данным государственного регистра, в России в 2014 году было зарегистрировано 4 млн человек с СД, однако фактическое число больных диабетом в стране в 3-4 раза больше официально зарегистрированного, то есть достигает 10-12 млн [2]. Большинство из них (до 80-90 %) страдают СД 2 типа. Причём основное число как диагностированных, так и недиагностированных случаев приходится на наиболее трудоспособный возраст (30-50 лет). И к моменту выявления заболевания около 10-30 % больных уже имеют специфические осложнения, приводящие к временной утрате трудоспособности, инвалидизации или даже к преждевременной смерти: офтальмопатию (20-30 %), нефропатию (10-20 %), артериальную гипертензию (30-40 %), гиперлипидемию (50-80 %), ангиопатию (80-100 %) [3].

Контролируемые клинические исследования при СД 2, такие как UKPDS, ACCORD и VADT, подтвердили, что риск развития осложнений при СД определяется уровнем компенсации углеводного обмена, а также было показано, что интенсивный контроль гликемии приводит к значимому снижению частоты развития микро- и отчасти макрососудистых осложнений диабета (рисунок 1) [4-6].

РИСУНОК 1. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСЛОЖНЕНИЙ СД 2 С КОНТРОЛЕМ ГЛИКЕМИИ (HbA_{1c}) (ДАННЫЕ UKPDS, I.M. STRATTON И СОАВТ., 2000)



Однако наличие тяжёлых осложнений сахарного диабета накладывает определённые ограничения на постановку и достижение целей гликемического контроля. Так, исследования ACCORD и VADT показали, что у больных с длительным течением диабета при наличии сердечно-сосудистых осложнений достижение нормогликемии опасно развитием гипогликемических состояний, в том числе с неблагоприятным исходом. По данным исследования VADT, перенесённая тяжёлая гипогликемия в четыре раза повышает риск сердечно-сосудистой смертности и по значимости превосходит другие факторы

риска, такие как возраст, наличие дислипидемии и сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития тяжёлой гипогликемии резко ограничивает возможность достижения строгого гликемического контроля гликемии.

Поэтому, несмотря на стремительное развитие диабетологии, разработку и появление новых сахароснижающих средств, поиск новых препаратов с высоким сахароснижающим потенциалом, но не увеличивающих риск гипогликемии, сохраняет свою актуальность.

уникальной химической структурой вещества, способствующей формированию в подкожной клетчатке стабильных мультитексмеров, которые затем медленно распадаются до всасывающихся в кровоток и оказывающих метаболические эффекты мономеров инсулина. При достижении равновесного состояния (на 2-3 сутки после начала применения) деглудек обладает стабильным, ровным профилем действия с суточной вариабельностью в 4 раза меньше, чем у инсулина гларгин. Даже при увеличении

Тресиба® был в среднем на 49 % ниже, чем на инсулине гларгин [11].

Инсулин Тресиба® имеет хороший профиль безопасности и переносимости, а его молекулярная безопасность такая же, как у человеческого инсулина – сродство к рецептору инсулиноподобного фактора роста значительно ниже, чем у человеческого инсулина (всего 2 %), а скорость диссоциации с инсулиновым рецептором такая же, как у человеческого инсулина [12].

Принимая во внимание все перечисленные преимущества, в январе 2015 года инсулин Тресиба® был включён в перечень препаратов ОНЛС (обеспечение необходимыми лекарственными средствами) и ЖНВЛП (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты).

БЕЗОПАСНАЯ ИНТЕНСИФИКАЦИЯ - УЖЕ РЕАЛЬНОСТЬ

Базальный инсулин – наиболее частый вариант для инсулинотерапии при СД 2 типа. Но из-за естественного прогрессирования заболевания уже через 5-6 лет большинство больных нуждаются в интенсификации терапии. Традиционными вариантами здесь являются добавление прандиального инсулина или назначение двухфазного инсулина. Однако, как правило, любая интенсивная сахароснижающая терапия ассоциируется с повышением риска гипогликемий, увеличением веса, а также увеличением количества инъекций и усложнением схемы лечения.

Прекрасной альтернативой базис-болюсному режиму и двухфазным инсулинам может быть Райзодег® (инсулин деглудек/инсулин аспарт, компания «Ново Нордиск», Дания) – первый растворимый комбинированный препарат, содержащий 70 % базального аналога инсулина сверхдлительного действия деглудек и 30 % аналога инсулина ультракороткого действия аспарт.

Появление этого совершенно нового, не имеющего аналогов, препарата неразрывно связано с разработкой инсулина деглудек, уникальная молекулярная структура которого впервые позволила комбинировать базальный инсулин с прандиальным. Кроме того, растворимая форма нового препарата не требует ресуспендирования, позволяет избежать неполного смешивания и облегчает введение препарата.

В растворе при нейтральном pH деглудек и аспарт не взаимодействуют друг с другом, а их комбинация не оказывает нежелательного влияния на фармакокинетический и фармакодинамический профили обоих компонентов. При подкожном введении инсулина Райзодег® деглудек образует депо медленно диссоциирующих мультитексмеров и обеспечивает стабильный базальный уровень в течение суток, а аспарт быстро распадается на мономеры и обеспечивает физиологические эффекты прандиального инсулина.

Данные программы клинических исследований BOOST продемонстрировали, что у пациентов с СД 2 типа Райзодег® обеспечивает достижение успешного контроля гликемии ($HbA_{1c} < 7,0 \%$) и лучшего контроля глюкозы плазмы натощак при



В ПОИСКАХ ИДЕАЛЬНОГО БАЗАЛЬНОГО ИНСУЛИНА

Базальный инсулин часто является первым шагом инсулинотерапии при СД 2 типа. В целом требования к нему как врачей, так и пациентов очень похожи: беспиковый и стабильный профиль действия, максимально имитирующий базальный профиль эндогенного инсулина в норме, высокая безопасность и хорошая переносимость.

Разработка и внедрение базальных аналогов инсулина – гларгина и детемира – позволило преодолеть многие проблемы на пути достижения успешного контроля гликемии. Но использование этих «традиционных» аналогов, ассоциирующихся с существенным снижением риска гипогликемий по сравнению с инсулином НПХ, полностью не решило проблему гипогликемий. Кроме того, не всем больным СД на базальном режиме инсулинотерапии для поддержания необходимого уровня инсулина в крови в течение суток достаточно одной инъекции в день. Инсулин сверхдлительного действия Тресиба® (деглудек, компания «Ново Нордиск», Дания) разработан с учётом этих потребностей.

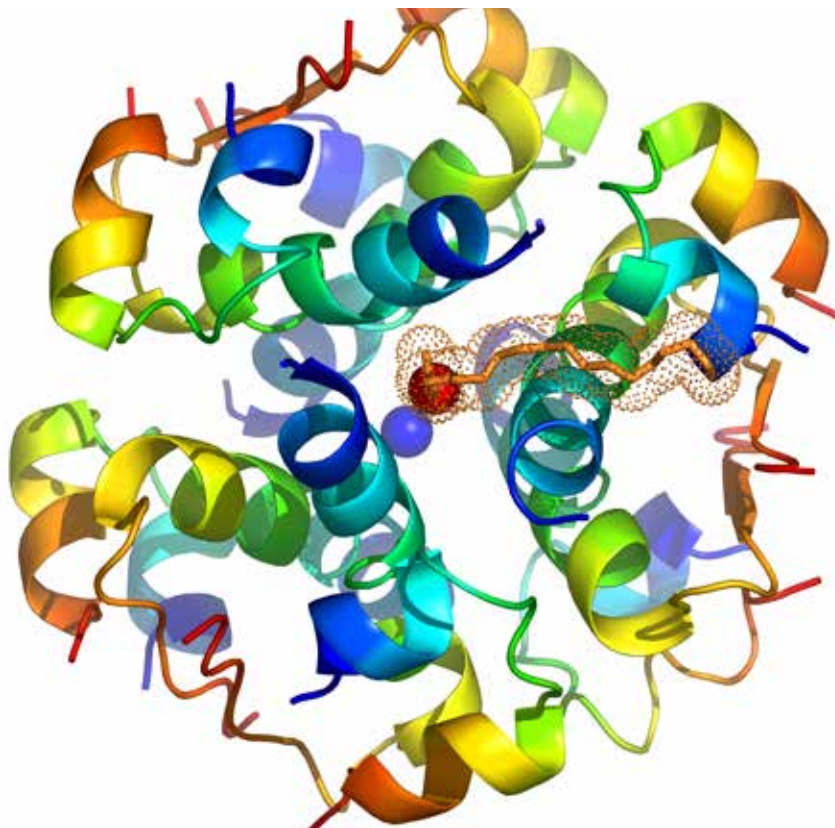
В отличие от предшествующих базальных аналогов период полувыведения деглудека из подкожно-жирового депо в кровоток увеличен в два раза и достигает 24 часов, а длительность действия превышает 48 часов, что позволяет сократить количество инъекций базального инсулина до одного раза в сутки у всех пациентов независимо от типа диабета [7]. Это связано с

интервала между очередными инъекциями Тресиба® обеспечивает стабильный профиль сахароснижающего эффекта в течение суток.

Ровный, беспиковый профиль действия инсулина деглудек создаёт предпосылки к минимизации риска гипогликемий как при СД 1 типа, так и СД 2 типа. Так, в клинических исследованиях третьей фазы (программа BEGIN) с концепцией «лечение до достижения целевой гликемии» у лиц с СД 2 типа Тресиба® позволил достигать необходимого уровня гликемического контроля с меньшим риском подтверждённых гипогликемий (на 17-25 % ниже), в том числе в ночное время (на 32-38 % ниже), при использовании меньших (на 10-12 %) доз инсулина [8]. А риск тяжёлых гипогликемий при лечении препаратом Тресиба® (в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами или без них) у ранее не лечившихся инсулином пациентов с СД 2 типа был на 86 % меньше, чем при использовании инсулина гларгин [8].

Исследования с гибким дозированием инсулина Тресиба® убедительно подтвердили возможность изменения времени его введения (с интервалом между очередными инъекциями от 8 до 40 часов) без ущерба для гликемического контроля и риска гипогликемий [9, 10].

Известно, что с течением времени потребность в инсулине и чувствительность к нему может изменяться. Поэтому важно, что Тресиба® сохраняет свои преимущества при длительном применении: в двухлетних исследованиях при СД 2 типа после завершения подбора дозы риск подтверждённых ночных гипогликемий на



использовании меньших доз инсулина (во всей популяции исследования – на 16 % меньше, а у достигших целевого уровня $HbA_{1c} < 7,0$ % пациентов – на 23 % меньше). Важным преимуществом препарата является значительное снижение риска гипогликемий, особенно ночных, по сравнению с традиционным базис-болюсным режимом или двухфазными аналогами инсулина [13, 14]. Так, при старте терапии инсулином Райзодег® общая частота подтвержденных гипогликемий была на 54 %, а ночных подтвержденных гипогликемий – на 75 % ниже, чем на фоне НовоМикс® 30. Интенсификация инсулином Райзодег® также ассоциировалась с более низким риском подтвержденных и ночных подтвержденных гипогликемий (после завершения подбора дозы риск гипогликемий был на 31 % и 62 % ниже, соответственно), а также значимо меньшим негативным влиянием на вес, чем НовоМикс® 30 [15].

Райзодег® ознаменовал начало эры более удобной, комфортной интенсивной инсулинотерапии, так как позволяет снизить общее количество инъекций инсулина с традиционных 4-5 до 1-3 инъекций в сутки без ущерба для эффективности и безопасности лечения. Всё это послужило обоснованием для вынесения положительного решения комиссии Минздрава России о включении инсулина Райзодег® в перечень препаратов ОНЛС и ЖНВЛП.

Поиски идеального базального инсулина продолжают. Но уже сейчас можно с уверенностью предположить, что деглудек обладает большим потенциалом, который позволяет вывести базальную инсулинотерапию на новый

уровень. Внедрение в клиническую практику препаратов на его основе – Тресиба® и Райзодег® – расширяет возможности безопасного достижения у большинства больных СД, независимо от типа, длительности заболевания и ранее используемой терапии, более строгого, стабильного контроля гликемии при более низком риске гипогликемий, особенно ночных. По мнению ведущих международных и национальных экспертов, терапия на основе инсулина деглудек может улучшить не только краткосрочный, но и долгосрочный прогноз у лиц с диабетом, особенно при наличии высокого риска гипогликемий. А возможность достижения успешного контроля при использовании более низких доз инсулина может стать предпосылкой к снижению затрат на лечение диабета как за счёт уменьшения стоимости самой терапии, так и на проведение самоконтроля, являющегося неотъемлемой частью интенсивной инсулинотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. IDF diabetes atlas – 6th edition. 2013. www.idf.org/diabetesatlas.
2. Дедов И. И., Шестакова М. В., Викулова О. К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2014 г. и перспективы развития. Сахарный диабет. 2015; 18(3): 5–23.
3. Доскина Е. В. Причины неудач в компенсации пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Роль постпрандиальной гликемии. // Сахарный диабет. 2010; № 1: 129–13.

4. Stratton I. M., Adler A. I., Neil H. A. et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study // BMJ. 2000; 321(7258): 405–12.
5. Patel A., MacMahon S., Chalmers J. et al. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes // N Engl J Med. 2008; 358: 2560–72.
6. Skyler J. S., Bergenstal R., Bonow R. O. et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials // Diabetes Care. 2009; 32: 187–192.
7. Haahr H., Heise T. A review of the pharmacological properties of insulin degludec and their clinical relevance. Clin Pharmacokinet 2014; 53: 787–800.
8. Ratner RE, Gough SC, Mathieu C, Del Prato S, Bode B, Mersebach H et al. Hypoglycaemia risk with insulin degludec compared with insulin glargine in Type 2 and Type 1 diabetes: a pre-planned metaanalysis of phase 3 trials. Diabetes Obes Metab 2013; 15: 175–184.
9. Meneghini L, Atkin SL, Gough SCL, Raz I, Blonde L, Shestakova M, Bain S, Johansen T, Begtrup K, Birkeland KI. The efficacy and safety of insulin degludec given in variable once-daily dosing intervals compared with insulin glargine and insulin degludec dosed at the same time daily. A 26-week, randomized, open-label, parallel-group, treat-to-target trial in individuals with Type 2 diabetes. Diabetes Care 2013; 36(4): 858–864.
10. Mathieu C, Hollander P, Miranda-Palma B, Cooper J, Franek E, Russell-Jones D, Larsen J, Can Tamer S, Bain SC. Efficacy and safety of insulin degludec in a flexible dosing regimen vs insulin glargine in patients with Type 1 diabetes (BEGIN®: Flex T1): A 26-week randomized, treat-to-target trial with a 26-week extension. J Clin Endocrinol Metab 2013; 98(3): 1154–1162.
11. Hollander P., King A. B., Del Prato S., et al. Insulin degludec improves long-term glycaemic control similarly to insulin glargine but with fewer hypoglycaemic episodes in patients with advanced type 2 diabetes on basal-bolus insulin therapy. Diabetes, Obesity and Metabolism 2014; date of final acceptance 6 November 2014.
12. Nishimura E, Sorensen AR, Hansen BF, Stidsen C, Olsen GS, Schaffer L, Bonnesen C, Hegelund A, Lundby A, Jonassen I. Insulin degludec: a new ultra-long, basal insulin designed to maintain full metabolic effect while minimising mitogenic potential. Diabetologia 2010; 53(Suppl. 1): S388–389.
13. Niskanen L, Leiter LA, Franek E, et al. Comparison of a soluble co-formulation of insulin degludec/insulin aspart vs biphasic insulin aspart 30 in type 2 diabetes: a randomised trial. Eur J Endocrinol. 2012; 167(2): 287–94.
14. Heise T, Tack CJ, Cuddihy R, et al. A new-generation ultra-long acting basal insulin with a bolus boost compared with insulin glargine in insulin-naïve people with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. Diabetes Care. 2011; 34(3): 669–74.
15. Fulcher GR, Christiansen JS, Bantwal G, Polaszewska-Muszynska M, et al. on behalf of the BOOST: Intensify Premix I investigators. Comparison of insulin degludec/insulin aspart and biphasic insulin aspart 30 in uncontrolled, insulin-treated type 2 diabetes: a phase 3a, randomized, treat-to-target trial. Diabetes Care 2014; DOI: 10.2337/dc13-2908. *



Ханс Кеннет Мортенсен:

«Наша задача – удовлетворить спрос российских пациентов на современные инсулины»

В апреле 2015 года в Калужской области состоялось открытие завода датской компании «Ново Нордиск» – первого и единственного в России производства по выпуску полного портфеля современных инсулинов. Значимость этого события трудно переоценить – сахарный диабет является социально значимым заболеванием, и теперь инновационные препараты одного из ведущих мировых производителей станут ещё доступнее. О первых результатах работы Healthy Nation рассказал директор завода Ханс Кеннет Мортенсен.

– Уважаемый Кеннет, открытие завода – это, безусловно, значимое событие для российского здравоохранения. Чем обусловлен выбор нашей страны для открытия нового производства «Ново Нордиск»?

– Наша первоочередная задача – удовлетворить спрос российских пациентов на современные препараты. Благодаря участию в программе «Фарма-2020» мы смогли получить статус местного производителя.

В Москве функционирует российское представительство компании. Когда мы подбирали площадку для размещения нового производства, свой выбор остановили на технопарке «Грабцево» в Калужской области, который находится достаточно близко к столице. Здесь развитая инфраструктура, создана благоприятная обстановка для ведения бизнеса западных компаний.

– Вы говорите об удовлетворении спроса российских пациентов. Расскажите, пожалуйста, об этом подробнее.



– На заводе «Ново Нордиск» производятся три продукта – инновационные инсулины «НовоРapid»®, «НовоМикс» 30®, «Левемир»®. Здесь проводится приготовление растворов, наполнение и вторичная упаковка картриджей (Пенфилл®) и шприц-ручек (ФлексПен®) с использованием оригинальной субстанции. Мощности завода способны полностью закрыть потребности российских пациентов в одноразовых и многоразовых системах введения инсулинов как минимум на ближайшие 10 лет.

– Каковы проектные мощности завода, и каких показателей удалось добиться на сегодняшний момент?

– Мощность завода – 20 млн Пенфиллов® и 10 млн ФлексПенов® в год. На данный момент мы придерживаемся запланированных показателей. Но можем производить и больше, если возникнет такая необходимость.

– На открытии завода вы говорили, что производство в Калуге – одно из самых передовых. В чём это выражается?

– Наша компания имеет ряд стратегически важных заводов, расположенных в Дании, Франции, Бразилии, Китае, Америке, а теперь и в России. На всех заводах производятся продукты по единым стандартам качества, в частности, GMP (Good Manufacturing Practice в переводе означает «надлежащая производственная практика»). – Прим. ред.). Так как это последнее на данный момент производство компании, то и стандарты мы используем самые последние, самые новые.

– Каковы планы компании относительно развития бизнеса в России?

– Мы следим за развитием рынка. Если будет расти спрос, будет расширяться и производство. В обозримом будущем, вероятно, в ближайших два-три года завод будет наращивать мощности.

– Каковы ваши впечатления от работы в России?

– Я живу в Калуге уже третий год, и мне нравятся условия, созданные как для работы, так и для жизни в целом. У нас сложились хорошие отношения с местными органами власти – как и у нашего московского офиса, который работает на федеральном уровне.*

СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ

BTL CARDIOPPOINT



**Высокое
качество сигнала
Интуитивно
понятный
интерфейс
пользователя**



BTL-08 Holter - первая 24-битная система холтеровского мониторинга с качеством, сопоставимым с сигналом электрокардиографа, возможностью вести запись с 3, 7 или 12 каналов длительностью до 7 дней. Настройки адаптируются к потребностям врача, начиная от модификации интерфейса пользователя, заканчивая способом создания новой записи.

КОМФОРТ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ

- ♦ 3/7/12-канальная запись ЭКГ
- ♦ До семи дней регистрации
- ♦ Высокое качество сигнала сопоставимо с качеством записи на электрокардиографе
- ♦ 24-битная запись
- ♦ Соединение с компьютером посредством USB, SD-карты и Wi-Fi
- ♦ Функция обнаружения 100 мкс/40 кГц импульсов электрокардиостимулятора
- ♦ Встроенный микрофон для голосовой записи
- ♦ ЖК-экран для проверки качества сигнала

РАСШИРЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ

- ♦ Многоуровневые шаблоны
- ♦ Расширенный анализ ритма
- ♦ Анализ ST, PQ и BCP
- ♦ Анализ работы электрокардиостимулятора
- ♦ Мониторинг активности пациента
- ♦ Возможность отмены функции
- ♦ Relief и Waterfall инструменты для быстрого выявления изменений ритма и морфологии ЭКГ-комплексов

BTL-08 HOLTER
**3/7/12-КАНАЛЬНОЕ ХОЛТЕРОВСКОЕ
МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ**

ОАО «Казанский завод Медтехника»
420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 116.
Тел./факс: (843) 272-93-63, 8-960-037-07-23.
E-mail: kzmmt@yandex.ru
www.kzmmt.ru



Рустем ГАЙФУЛЛИН, главный врач ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ»

Мобилизуя резервы на благо людей

Прошедший год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями для ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ» стал наиболее богатым на достижения.

Опираясь на внутренние резервы, клиника не только значительно улучшила собственные показатели, но и поделилась полученным опытом с другими лечебными учреждениям Татарстана и России.



В Министерстве здравоохранения Татарстана отмечают, что наиболее важный момент 2015 года – позитивная динамика демографических показателей и увеличение объёмов выполнения высокотехнологичной медицинской помощи. Естественный прирост населения в Татарстане по итогам 11 месяцев 2015 года составил 2,6 на каждую 1000 человек, при значительном, на 26 %, снижении смертности. Такие показатели были бы невозможны без внедрения современных медицинских технологий и обеспечения всё большей доступности для всех слоёв населения. Ещё несколько лет назад практически 100 % всех видов высокотехнологичной медицинской помощи, которые выполняются в республике, были доступны только в федеральных или даже зарубежных клиниках. Показательно, что за 11 месяцев 2015 года ВМП в медицинских организациях Татарстана получили 17 462 человека. Большая работа в этом направлении была проведена в Республиканской клинической больнице МЗ РТ, где коллектив мобилизовал собственные внутренние ресурсы, перестроил работу клиники таким образом, чтобы добиться оптимизации лечебно-диагностических процессов и обеспечить максимальную эффективность использования имеющихся ресурсов.

В 2015 году в ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» была окончательно внедрена лабораторная информационная система, с помощью которой в электронную плоскость перевели все лабораторные и инструментальные исследования и назначения. В результате сформированного шаблона пациент получает однотипную выписку: распечатанный документ, в котором предельно ясно разъяснены выводы и назначения врачей, данные лабораторных анализов, снимки КТ, данные УЗИ, электрокардиограммы, холтеровские исследования и прочие данные. В результате он или участковый терапевт не только получают исчерпывающую информацию, но могут в любое время созвониться с клиникой и получить консультацию лечащего врача. За счёт внедрения электронного документооборота повысилась и оперативность оказания врачебной помощи.



Перинатальный центр будет обладать широкими диагностическими возможностями, здесь будет реализован мультидисциплинарный подход к лечению, созданы комфортабельные условия пребывания. Он сконцентрирует на себе патологические случаи беременности со всей республики.

Вот лишь некоторые факты, характеризующие работу ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» в 2015 году:

1. В феврале 2015 года на базе больницы успешно прошла видеоторакоскопическая операция с применением однопортового доступа, направленная на удаление части лёгкого (лобэктомия) по поводу бронхоэктатического заболевания, при самостоятельном дыхании пациента.
2. В том же месяце в гинекологической операционной РКБ МЗ РТ состоялся мастер-класс «Гистероскопия в диагностике и лечении внутриматочной патологии».
3. Весной в клинике прошли показательные операции в рамках IV Российско-Европейского образовательного симпозиума по торакальной хирургии имени академика М.И. Перельмана.
4. В начале лета в отделении ортопедии успешно проведены два артроскопических вмешательства по реконструкции передней крестообразной связки коленного сустава с фиксацией трансплантата связки новым продуктом американской компании MITEK (фиксатор Rigid-Loop-Adjustable).
5. В июне в нейрохирургическом отделении провели одну из сложнейших операций по удалению опухоли спинного мозга.
6. Летом врачи РКБ МЗ РТ перелили кровь ещё не рождённому ребёнку. Хирурги клиники под контролем УЗИ провели редчайшую операцию по внутриутробной трансфузии и спасли жизнь плоду.
7. Осенью в отделении челюстно-лицевой хирургии прошла одна из сложнейших операций по удалению доброкачественного образования челюстных костей и проведению артропластики височного нижнечелюстного сустава.

8. В октябре в больнице прошла первая в Татарстане операция по замене межпозвонкового диска на искусственный.

9. В ноябре бригадой хирургов клиники была выполнена лапароскопическая спленэктомия больному с диагнозом «киста селезёнки», которая считается «золотым стандартом» хирургического лечения доброкачественной патологии системы кровотока, новообразований.

10. В конце ноября в РКБ МЗ РТ внедрена новая технология нейрофизиологического мониторинга, которая служит помощником для врачей-нейрохирургов при проведении сложнейших операций на спинном или головном мозге. Применение такого оборудования способствует уменьшению неврологического дефицита и сокращает восстановительный период после операции.

11. В начале декабря сотрудниками отделения рентгенохирургических методов лечения проведён мастер-класс по внедрению нового метода «Трансъюлярного внутрипечёчного стентирования», так называемого TIPS.

Стоит заметить, что сложнейшие операции, сделанные в клинике впервые, не остаются в истории больницы, а становятся стандартом выполнения, тиражируются и ставятся на поток. Такие возможности были получены в процессе выполнения программы госгарантий, ВМП, задач, которые были поставлены руководством республики и Министерством здравоохранения РТ. Современные вызовы потребовали и соответствующих ресурсов. В этом году оборудование клиники было использовано на 100 %.

ДЕТАЛИ

Основные показатели 2015 года:

37 906 человек пролечены в стационарах;

193 125 пациентам оказана амбулаторная помощь;

26 511 оперативных вмешательств;

23 136 обращений в приёмно-диагностические отделения;

6 врачам присвоено звание «Заслуженный врач РТ»;

5 сотрудников получили благодарность Кабмина РТ;

2 - почётную грамоту Минздрава РФ;

26 - почётную грамоту Минздрава РТ;

3 сотрудника стали кандидатами медицинских наук (всего среди врачей клиники **90** к. м. н., **23** д. м. н.);

27 мастер-классов,

13 конференций.



Все эти достижения были бы невозможны без научно-исследовательской деятельности, которая целенаправленно ведётся врачами клиники в соответствии с планом на 2015-2019 годы. Согласно данным научно-исследовательского отдела клиники за первое полугодие 2015 года сотрудниками больницы было опубликовано 62 статьи, из них 7 - в журналах, входящих в базу Scopus, 28 тезисов докладов. Получено 10 патентов на изобретения, 12 положительных решений по заявкам. Подготовлено и отправлено 9 заявок на предполагаемые изобретения. Сделано 19 устных и 5 стендовых докладов на конференциях различного уровня.

Кроме того, заключены соглашения о намерениях с Северо-Эстонской региональной больницей Таллина, Министерством здравоохранения Республики Узбекистан и Самаркандским государственным медицинским университетом; проводится совместная работа с Институтом фундаментальной медицины и биологии КФУ («Проект Норма»); на стадии заключения - соглашение

с институтом «Рикен» (Япония) по исследованию рака крови.

В 2015 году Республиканская клиническая больница продолжила расширение своих площадей. В соответствии с решением Правительства Российской Федерации, при софинансировании местного бюджета и поддержке президента и Правительства Татарстана, строится новый перинатальный центр на 100 коек с общим объёмом вложений 1,1 млрд рублей. Он будет обладать самыми широкими диагностическими возможностями, здесь будет реализован мультидисциплинарный подход к лечению, созданы комфортабельные условия пребывания. Новый перинатальный центр сконцентрирует на себе патологические случаи беременности со всей республики.

Заканчивается оснащение уникального объекта здравоохранения - нового медицинского центра Иннополиса, запуск которого запланирован на начало 2016 года. Это современное четырёхэтажное здание площадью шесть тысяч квадратных метров, на которых разместится инновационное

реабилитационно-диагностическое учреждение с высокими потребительскими характеристиками и блоком неотложной помощи мирового уровня.

Главными приоритетами Республиканской клинической больницы на 2016 год станут обеспечение качества, безопасности и максимальной доступности медицинской помощи. В клинике планируется внедрить рентгенохирургические операции на предстательной железе, МРТ-диагностику молочной железы, микс-технологию РКТ - коронарографию с использованием инновационного диагностического комплекса для неинвазивного исследования сердца, новый высокоэффективный маркер сепсиса для пациентов с нарушением микроциркуляции крови в верхних и нижних конечностях. Знаковым событием станет реализация проекта по трансплантации костного мозга совместно с Институтом фундаментальной медицины и биологии КФУ, благотворительным фондом «РусьФонд» и Министерством здравоохранения Республики Татарстан, при поддержке ведущих специалистов из Японии.





Реабилитация на пике технологий

Весной медицинский центр Иннополиса – структурное подразделение Республиканской клинической больницы МЗ РТ – примет своих первых пациентов. О том, каким будет центр амбулаторной реабилитации в городе инноваций и роботостроения, рассказывает главный специалист по медицинской реабилитации МЗ РТ, заведующая кафедрой реабилитологии и спортивной медицины КГМА, к. м. н., доцент Резеда БОДРОВА.



Место для создания нового амбулаторного реабилитационного центра было выбрано не случайно. Именно в Иннополисе планируется осуществить сплав современных инженерных и IT-технологий с медициной. Здесь специалисты будут создавать инновационные методы и методики восстановления нарушенных высших психических и двигательных функций человеческого организма.

Центр амбулаторной реабилитации станет единственным учреждением ПФО с инновационными медицинскими технологиями для пациентов с патологией периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата, соматическими заболеваниями, в том числе кардиологическими,

нуждающихся в интенсивной реабилитации с целью раннего восстановления нарушенных функций (верхних и нижних конечностей, позвоночника, суставов, периферической и центральной нервной системы, внутренних органов), возвращения трудоспособности и повышения качества жизни.

Согласно Приказу Минздрава РТ на медицинскую реабилитацию пациенты будут направляться с определёнными показаниями, при наличии у них способности к самостоятельному передвижению, возможно, и с дополнительными средствами опоры (оценка по индексу мобильности Ривермид – более 7 баллов), способных к самообслуживанию. Это могут быть пациенты с двигательным дефицитом лёгкой тяжести

в раннем и позднем восстановительных периодах, причём, как работающие, так и неработающие граждане, студенты и учащиеся школ. На современные технологии амбулаторной реабилитации Иннополиса рекомендовано направлять пациентов после артропластики, эндопротезирования, с ревматоидным артритом (функциональной недостаточностью I-II степени), после купирования острых воспалительных проявлений, с серонегативными спондилоартритами, остеоартрозами (моно-, олиго-, полиостеоартроз суставов конечностей, спондилоартроз), с метаболическими заболеваниями суставов (микрокристаллические артриты: подагра, псевдоподагра), при последствиях травм костно-мышечной системы (растяжения, переломы верхних и нижних конечностей), после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате (артроскопия, эндопротезирование и др.).

Комплексная реабилитация пациентов будет проводиться в рамках ОМС (обязательного медицинского страхования), а желающие получить кроме назначенных процедур, например, косметологическую коррекцию лица и фигуры, смогут реализовать программу на платной основе. Специальный транспорт (автобус) позволит пациентам быстро и комфортно доехать от Республиканской клинической больницы до Инно-



Именно в Иннополисе планируется осуществить сплав современных инженерных и IT-технологий с медициной. Здесь специалисты будут создавать инновационные методы и методики восстановления нарушенных высших психических и двигательных функций человеческого организма.

Товары сертифицированы



полиса и обратно. Стационарное лечение с коечным фондом для пациентов травматолого-ортопедического и неврологического профилей пока не планируем, но, возможно, это направление будет развиваться в дальнейшем.

Что же принципиально нового будет в самом центре? Большинство систем - это инновационные реабилитационные комплексы, которые нам поставило ЗАО «Компания Киль-Казань», являющееся официальным представителем большинства ведущих фирм-производителей медицинского оборудования мирового класса. Именно поэтому в реабилитационном центре Иннополиса будет стоять лучшее, и в том числе не имеющее аналогов в ПФО, оборудование.

Перечислю лишь несколько позиций.

СЕНСОРНАЯ КОМНАТА для коррекции высших психических функций с биологической обратной связью NIRVANA - первая в мире безмаркерная система, обеспечивающая полное сенсорное погружение (акустическое и визуальное) в виртуальную реальность без внешних устройств, которые могут ограничить движения пациента или повлиять на характер взаимодействия с системой. В сенсорной комнате с помощью оптико-электронной инфракрасной системы проецируются изображения. Естественное взаимодействие паци-



ента с виртуальной средой эффективно используется в реабилитации двигательных и когнитивных нарушений, вызванных различными заболеваниями центральной и периферической нервной системы (ЦНС и ПНС), опорно-двигательного аппарата (ОДА).

Не имеющая аналогов **АНТИГРАВИТАЦИОННАЯ БЕГОВАЯ ДОРОЖКА**, использующая технологию предсказуемо направленного давления воздуха, что обеспечивает точную, безопасную и комфортную разгрузочную терапию при соблюдении правильного паттерна и биомеханики ходьбы и бега. Её использование позволяет увеличить эффективность работы сердечно-сосудистой системы по сравнению с обычными тренировками у пациентов с различными заболеваниями, в т.ч. с последствиями заболеваний и травм ЦНС и ПНС, ОДА.

РОБОТИЗИРОВАННЫЙ МУЛЬТИСУСТАВНОЙ КОМПЛЕКС для диагностики и восстановления всех крупных суставов System 4 Pro позволяет проводить их мобилизацию в направлениях - сгибание/разгибание, отведение/приведение и ротация, что необходимо для полноценного восстановления утраченной двигательной функции. Комплекс обеспечивает быструю и точную диагностику, лечение и документирование нарушений, являющихся причиной функциональных расстройств суставов и мышц.

ИННОВАЦИОННАЯ СИСТЕМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ СПИНЫ PEGASUS позволяет проводить точные и объективные измерения во всех трёх плоскостях, направленные на оценку гибкости и мышечной силы. Затем на основании данных, полученных в ходе измерений, назначается необходимая программа тренировки. Она проходит в режиме биологической обратной связи, что значительно повышает уровень мотивации пациента и ведёт к общему повышению эффективности курса реабилитации, особенно при последствиях заболеваний и травм ОДА.

РОБОТИЗИРОВАННЫЙ ТРЕНАЖЁР ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ AMADEO - современный реабилитационный комплекс, который призван помочь пациентам с нарушениями мелкой моторики дистальных отделов верхних конечностей. Это единственное механизированное устройство для восстановления активных движений в пальцах, включая большой. Аппарат позволяет производить объективную оценку изометрической силы, объёма движений, наличия спазмов, настраивается с учётом индивидуальных особенностей, позволяет оценивать прогресс проводимого лечения.

Помимо перечисленных, в Центре будет использоваться множество инновационных систем: реабилитационный тренажёр для СРМ-терапии (роботизированная механотерапия) лучезапястного сустава, кистей и пальцев рук, тренажёры для разработки суставов верхних и нижних конечностей, комплекс для вспомогательного кровообращения методом усиленной наружной контрпульсации, слинг-терапия, HUR-тренажёры, кардиотренажёры, оборудование для локальной и общей криотерапии, ударно-волновой терапии и др.

Сейчас в медицинском центре Иннополиса идёт установка, настройка и тестирование реабилитационного и диагностического оборудования и технологий. Это интересный, наукоёмкий труд, и мы надеемся, что уже этой весной здесь примут первых пациентов.*



Будни Центра экстренной медицины - это постоянная готовность принять любых пациентов, в том числе самых тяжёлых. 24 часа в сутки 7 дней в неделю врачи здесь борются за жизни людей и их здоровье. Помимо экстренных случаев, Городская клиническая больница № 7 Казани оказывает высокотехнологичную неотложную, плановую, а также амбулаторную помощь. Динамичное развитие одного из ведущих медучреждений Татарстана характеризуют достижения 2015 года - Healthy Nation рассказывает о наиболее значимых из них.

Центр экстренной медицины:

2015 год в цифрах и фактах



Марат САДИКОВ,

главный врач Городской клинической больницы № 7 г. Казани, заслуженный врач Республики Татарстан, к. м. н.:

«2015 год стал для нас временем новых побед и достижений. За сухими цифрами статистики - самоотверженный труд наших врачей, которые в круглосуточном режиме стоят на страже здоровья граждан. Центр экстренной медицины был открыт в преддверии Универсиады в 2013 году, а в 2015-м наши специалисты смогли ещё раз показать свой профессионализм во время другого международного праздника спорта - чемпионата мира по водным видам спорта. Сегодня мы уверенно смотрим в будущее и готовы к новым вызовам времени, решению актуальных задач здравоохранения».



ЦЕНТР ЭНДОУРОЛОГИИ

Признаки аденомы предстательной железы обнаруживаются у 60 % мужчин старше 50 лет. В связи с актуальностью этой проблемы в больнице был открыт Центр эндоурологии на 20 коек. Здесь оказывается широкий спектр оперативных вмешательств по поводу заболеваний мочеполовой системы, в том числе с применением малоинвазивных эндоскопических методов, которые отличаются малой травматичностью.



Показатели 2015 года

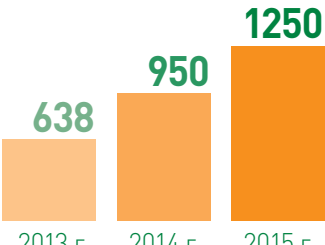
 **102 555** обращений в ПДО

 **64 678** госпитализаций

 **17 300** операций

 **8466** детей родились в родильных домах клиники

В сутки проводятся:  **2892** исследования (инструментальная диагностика)
5332 лабораторных исследования
70 операций


2013 г. 638 2014 г. 950 2015 г. 1250
 пациентам оказана высокотехнологичная помощь

 **1 055 692** исследования (инструментальная диагностика)
1 946 073 лабораторных исследования

 **4138** пациентов с острым коронарным синдромом
1290 коронарографий
654 стентирования

 **1037** литров - объем трансфузии компонентов крови в год

Медицинское обслуживание чемпионата FINA



75 обращений в больницу отмечено во время чемпионата мира по водным видам спорта и чемпионата «Мастерс»

- 13** спортсменов основного водного мундиаля
- 5** атлетов «Мастерс»
- 18** госпитализаций
- 3** операции выполнены по поводу острого аппендицита, несколько вмешательств гинекологического профиля, одно в связи с деструктивным холециститом

ОБНОВЛЁННЫЙ РОДДОМ

Родильный дом № 1 Городской клинической больницы № 7 после внутренней реконструкции и переоснащения был открыт в феврале 2013 года, но модернизация учреждения на этом не закончилась. К сентябрю 2015 года роддом вновь был обновлён - на этот раз он получил современный фасад, была благоустроена прилегающая территория.

КЛИНИЧЕСКАЯ БАЗА

На базе клиники функционируют 22 кафедры Казанского государственного медицинского университета и Казанской государственной медицинской академии.

РАБОТА НАД КАЧЕСТВОМ

В ГКБ № 7 постоянно ведётся работа по совершенствованию системы управления качеством. В частности,

в 2015 году руководство клиники совместно с кафедрой общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением Казанской государственной медицинской академии инициировало проведение на базе больницы цикла тематического усовершенствования «Управление качеством и экспертиза временной нетрудоспособности». В занятиях приняли участие 30 заведующих отделениями. Напомним, что в 2014 году было проведено 8 тренингов по командообразованию, которыми были охвачены 150 сотрудников различных уровней.



У ревматоидного артрита – женское лицо

Почти 12 тысяч жителей столицы Татарстана страдают от ревматоидного артрита (РА), 72 % из них – женщины.

Актуальные вопросы, касающиеся методов снижения социально-экономического и психологического бремени заболевания, стали предметом обсуждения круглого стола, прошедшего в Городской клинической больнице № 7 г. Казани.

«Женщины с РА ежедневно чувствуют хроническую распространённую боль, большинство из них получают обезболивающие препараты, – отметила Равия Мухина, руководитель Центра ревматологии и остеопороза ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани. – Болезнь – это физические страдания, эмоциональная неустойчивость и социальные проблемы. У ревматоидного артрита – определён женское лицо, при этом мы должны понимать, что женщина с таким заболеванием – это чья-то мать, жена, дочь... Наша общая задача – сохранение её социального статуса в современном обществе».

«Наряду со значительным количественным преобладанием женщин в общей популяции пациентов с РА, что можно назвать ревматоидным феминизмом, наблюдается также более высокая объективная – клиническая, лабораторно-инструментальная – тяжесть

заболевания именно в этой группе пациентов. Женщины заболевают раньше и имеют не только более продолжительный, но и исходно более тяжёлый РА», – подчеркнул Андрей Гордеев, заведующий отделением нефрологии и ревматологии ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, профессор, д. м. н.

При РА продолжительность жизни снижается на 10–15 лет, пациентам требуется пожизненная систематическая базисная терапия. Лечение сосредотачивается, в основном, на поддержании качества жизни, облегчении боли и замедлении развития осложнений.

Заболевание оказывает серьёзное влияние как на физическое здоровье представительниц прекрасного пола, так и на психологическое состояние и социальный статус. Согласно данным эпидемиологического исследования 2009 года, 98 % больных женщин ис-

пытывают чувства отчуждённости и изолированности от общества, 71 % – отметили снижение продуктивности, 23 % – сообщили о том, что были вынуждены полностью оставить работу.

Ревматические заболевания являются одной из главных причин временной нетрудоспособности, занимая третье место среди неинфекционных заболеваний после сердечно-сосудистых и онкологической патологии.

Доказано, что ранняя диагностика и начало терапии могут значительно снизить вред, который наносится суставам и тканям. Согласно международным стандартам в целях снижения инвалидизации лечение рекомендуется начинать с трёх месяцев после выявления первых симптомов. Равия Мухина: «Мировой опыт показывает, что в этом случае можно достичь снижения средней продолжительности нетрудоспособности при ревматоидном артрите почти в два раза».

По данным исследования, проведённого НИУ «Высшая школа экономики» в 2011 году, в России социально-экономическое бремя РА превышает 8 млрд рублей. Открытие в нашей стране клиник раннего выявления и лечения РА может привести к сокращению производственных потерь на 4,4 млрд рублей. Кроме того, инвестиции в эту сферу позволили бы добиться и существенной внутрисистемной экономии средств, например, за счёт снижения потребности в хирургическом лечении.



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

Детское здоровоохранение: профилактическая стратегия

Профилактика и охрана здоровья детей являются одними из приоритетов российского здравоохранения. Доказано, что подавляющее большинство хронических неинфекционных заболеваний берут своё начало в детском и особенно подростковом возрасте. Поэтому без преувеличения можно сказать, что профилактика в педиатрии является незыблемой основой всей отечественной медицины.

Все выдающиеся детские врачи России, начиная с основоположника русской педиатрии С.Ф. Хотовицкого, на первый план выдвигали не лечебные, а социальные и профилактические меры по снижению уровня детской и младенческой смертности, а также по защите детей от травм, инфекций и прочих болезней.

К счастью, нам удалось сохранить традиционную профилактическую направленность отечественной педиатрии, как и сам институт детского врача. Однако сложившаяся в отрасли напряжённая ситуация ограниченности ресурсов, и, в первую очередь, дефицит квалифицированных кадров, существенно повлияли на систему здравоохранения. У детских врачей и меди-

цинских сестёр стало оставаться всё меньше времени на проведение превентивных мероприятий, снизилась их заинтересованность в профилактической деятельности. С другой стороны, следует отметить существенное изменение поведения родителей по отношению к медицинским работникам. Для многих из них педиатр перестал быть носителем уникальных знаний о здоровье их ребёнка. Они нашли себе других «экспертов» из числа участников различных групп в социальных сетях, на интернет-форумах.

В сложившейся ситуации следует предпринять кардинально новые меры по поддержке и дальнейшему развитию профилактической педиатрии как

на отраслевом уровне, так и в каждой конкретной медицинской организации. На базе действующей региональной системы детского здравоохранения нам предстоит создать модель нового образца, которая позволит управлять здоровьем детского населения на каждом уровне: индивидуальном, групповом и популяционном. Таким образом, главной нашей стратегической целью в области профилактики является построение региональной многоуровневой системы охраны здоровья детей и подростков, обеспечивающей оптимальное развитие каждого ребёнка и его защиту от инфекционных и неинфекционных заболеваний.

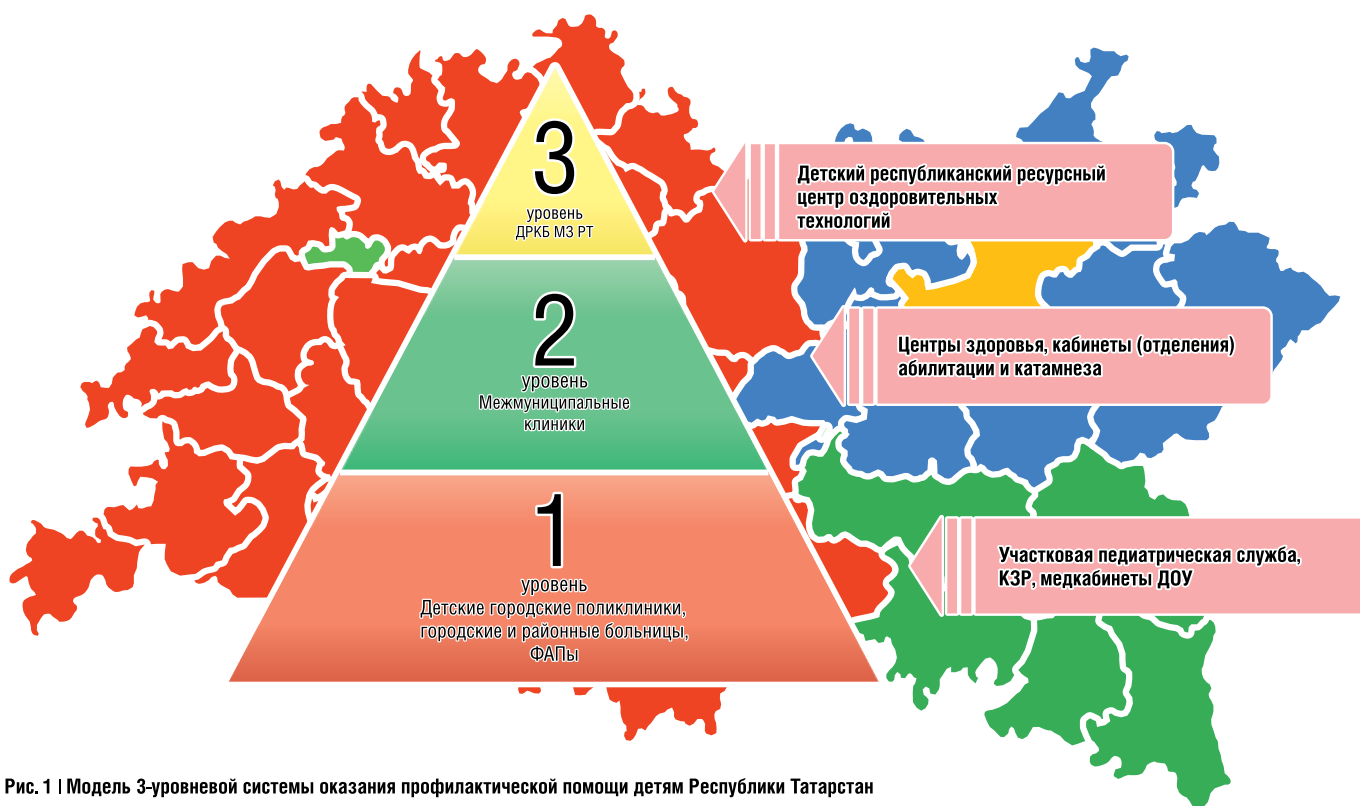


Рис. 1 | Модель 3-уровневой системы оказания профилактической помощи детям Республики Татарстан

Прежде всего, профилактические мероприятия со всеми группами детского населения должны проводиться участковым врачом-педиатром и его медицинской сестрой. Эти две ключевые фигуры, обладающие всеми анамнестическими данными ребёнка, знающие его биологические особенности и имеющие доступ к его семье, должны стать главными разработчиками индивидуальных маршрутов профилактики. Однако при их нынешней загруженности традиционным рутинными способами это сделать весьма затруднительно. Решить данную проблему позволит внедрение

денция. КЗР является большим помощником для участковой педиатрической службы, беря на себя значительный объём образовательной деятельности. Без организации эффективного функционирования этого кабинета обеспечить полноценную профилактическую работу на первичном уровне не представляется возможным.

Основной объём профилактических мероприятий с детьми, посещающими образовательные учреждения, возложен на работников медицинских кабинетов детских садов и школ. Кроме традиционных технологий профилактики инфекционных

Второй уровень системы профилактики представлен межмуниципальными структурными подразделениями, среди которых ведущая роль принадлежит детским центрам здоровья. Функционируя с 2010 года, они продемонстрировали свою состоятельность. В основном, в их задачу входит индивидуальная работа с детьми первой и второй групп здоровья с целью выявления факторов риска и формирования программ здорового образа жизни. Однако до настоящего времени не обеспечено информационное взаимодействие между центрами здоровья и территориальными поликлиниками, что является основной причиной незавершённости процесса обследования и своевременного начала лечения выявленных заболеваний. Эту проблему предстоит решить путём интеграции локальных информационных систем центров здоровья в ЕГИС ЭЗ РТ с введением системы мониторинга и управления маршрутизацией обследованных детей. Также мы надеемся, что центры здоровья станут настоящими ресурсными центрами по вопросам профилактики и пропаганды ЗОЖ. Это позволит более успешно распространять современные методики и внедрять передовой опыт в области профилактической педиатрии по всей республике.

С конца 2013 года в Татарстане реализуется пилотный проект по созданию региональной системы медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации (ТЖС) и социально опасном положении (СОП). Такая региональная система профилактики факторов медико-социального риска создана впервые в России.

На первом её уровне в детских поликлиниках и районных больницах организуется работа кабинетов медико-социальной помощи. Это новые субъекты профилактики, одной из главных задач которых является пропаганда ЗОЖ в семьях, относящихся к категориям ТЖС и СОП. На сегодня такие кабинеты функционируют уже в 38 государственных учреждениях республики. В девяти клиниках развернуты межмуниципальные отделения второго уровня, в которых работают мультидисциплинарные команды специалистов, состоящие из педиатра, психолога, юриста и специалиста по социальной работе. Кроме традиционных индивидуальных и групповых видов помощи, специалистами этих отделений проводится большая работа по массовой пропаганде ЗОЖ. Передовыми коллективами в этой области являются отделения медико-социальной помощи Нижнекамской детской городской больницы с перинатальным центром и Чистопольской детской городской поликлиники.

С переходом в 2012 году на новые критерии живорождения перед детским здравоохранением усугубились риски формирования детской инвалидности на ранних сроках. Появилась необходимость создания новых профилактических структур раннего вмешательства (абилитации) и катамнеза. Сегодня в республике развернуты подобные кабинеты, однако их количество явно недостаточно. Ситуация усугубляется тем, что эти службы не имеют чёткого юридического статуса из-за отсутствия федеральных нормативных документов. Поэтому в условиях ограниченности ресурсов необходимо, в первую очередь, разработать и внедрить систему своевременного выявления детей с задержками психомоторного развития, их отбора и направления в кабинеты реабилитации и катамнеза, при



С переходом в 2012 году на новые критерии живорождения перед детским здравоохранением усугубились риски формирования детской инвалидности на ранних сроках. Появилась необходимость создания новых профилактических структур раннего вмешательства (абилитации) и катамнеза.

информационных технологий кодирования пациентов и формирование индивидуальных маршрутов в Единой государственной информационной системе электронного здравоохранения (ЕГИС ЭЗ РТ).

Важная роль в обеспечении профилактической работы с детьми первого года жизни и неорганизованными детьми раннего возраста принадлежит кабинетам здорового ребёнка (КЗР). В обязанности медсестры КЗР входит обучение будущих и состоявшихся родителей методам рационального питания, режима, закаливания, стимуляции психомоторного развития, профилактики фоновых заболеваний, а также проведение различных скрининговых исследований, участие в организации диспансерного наблюдения и подготовке ребёнка к началу посещения образовательного учреж-

болезней, травм и хронических неинфекционных заболеваний, здесь повышается значимость пропаганды здорового образа жизни, а среди подростков - ещё и профилактика асоциального поведения. В последние годы в Татарстане реализуется пилотный проект по внедрению в медицинских кабинетах школ скрининговых диагностических комплексов.

Данная технология позволяет выявлять на ранних этапах наиболее распространённые заболевания школьного возраста. Перед нами стоит задача обеспечить эффективное использование инновационного оборудования, наладив информационное взаимодействие между медкабинетами школ и районными поликлиниками с целью обеспечения своевременного и качественного дообследования каждого ребёнка.



этом продолжить формирование трёхуровневой системы раннего вмешательства и реабилитации.

Детская республиканская клиническая больница является головным учреждением в системе детского здравоохранения Татарстана. В состав ДРКБ МЗ РТ входит центр здоровья консультативной поликлиники № 2, который выполняет функции республиканского центра. В структуре организационно-методической службы больницы создан кабинет медицинской профилактики. В рамках региональной системы медико-социальной помощи детям функционирует республиканский центр «Ышаныч». Каждое из этих подразделений выполняет свои организационно-методические и координационные обязанности в области профилактики. Однако мы пришли к выводу, что для большей эффективности работы нам необходимо создать на функциональной основе Республиканский ресурсный центр управленческих и оздоровительных технологий системы детского здравоохранения Татарстана, который станет главным координирующим подразделением третьего уровня всей региональной системы профилактической педиатрии. Мы рассчитываем, что такой центр будет создан и начнёт свою работу уже в первом квартале 2016 года.

Говоря об информационном взаимодействии, следует признать, что на данном этапе ещё не реализованы все потенциальные возможности ЕГИС ЭЗ РТ в вопросах обеспечения оптимальной маршрутизации и предупреждения рисков некачественного и несвоевременного оказания медицинской помощи. Не внедрены инструменты формирования индивидуальных программ оздоровления в зависимости от состояния здоровья ребёнка и наличия немедицинских, прежде всего, социальных факторов риска, непосредственно влияющих на уровень заболеваемости детского населения. В основу такого инструмента мы предлагаем заложить принцип индивидуального кодирования каждого ребёнка по наличию:

- 1) хронических заболеваний (Код МКБ);
- 2) уровня компенсации хронических заболеваний (Код очередности);
- 3) медико-социальных факторов риска (Код повышенного внимания).

Из трёх перечисленных кодов будет формироваться индивидуальный код пациента (ИКП), который прикрепляется к его электронной карте и, соответственно, становится доступным для любого медицинского работника, работающего в ЕГИС ЭЗ РТ.

Присвоение ИКП каждому ребёнку, проживающему на территории республики, позволит сформировать в ЕГИС уникальный механизм, обеспечивающий:

- 1) формирование индивидуальной программы оздоровления с распределением обязанностей государственных клиник на каждом уровне оказания медицинской помощи, т.е. формирование его оптимальной маршрутизации;
- 2) своевременное оказание медицинской помощи детям, которые нуждаются в её первоочередном оказании;
- 3) уменьшение рисков нерационального расходования ресурсов отрасли в связи с формированием оптимальных маршрутов медицинской помощи;
- 4) формирование индивидуального подхода к ребёнку и семье при оказании медицинской помощи в зависимости от факторов социального риска, как следствие – своевременное оказание медико-социальной помощи (психологической, юридической, социальной и пр.).

Важной задачей для медицинского сообщества в целом и для отдельно взятой клиники на современном этапе является формирование приверженности детей, подростков и их семей к здоровому образу жизни. Для этого необходимо применять технологии социального контент-маркетинга (СКМ), который

сегодня считается самым современным инструментом управления социальным поведением граждан. СКМ медицинской организации – это комплекс маркетинговых мероприятий на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, направленных на распространение идеологии здоровьесбережения и формирование у населения благоприятного отношения к деятельности медицинских работников в целом и медицинской организации в частности. К технологиям социального маркетинга относятся:

- массовая популяризация ЗОЖ через СМИ, на сайтах в сети интернет, в ходе проведения различных публичных акций;
- позиционирование медицинской организации в социальных сетях интернета;
- работа с целевыми группами в Школах и Университетах здоровья в ходе проведения групповых акций с использованием локальных информационных носителей и печатной продукции;
- индивидуальная работа с пациентами высокого риска для здоровья.

На самом деле такая работа с населением медицинскими работниками проводилась всегда. Новизна СКМ-технологий заключается в активном использовании современных информационных каналов, что позволяет охватить большее количество аудитории при относительно небольших затратах.

В заключение хочется отметить, что сегодня у системы детского здравоохранения Татарстана есть все шансы приблизиться к модели здравоохранения XXI века, где станет возможным управлять рисками для здоровья ребёнка как на индивидуальном, так и на отраслевом уровне. В основу такого управления мы и предлагаем внедрить представленные в данной статье технологии, основанные на принципах отечественной профилактической и социальной педиатрии.

Рафаэль ШАВАЛИЕВ,
главный врач ГАУЗ «Детская
республиканская клиническая
больница МЗ РТ», к. м. н.;

Ильнар ВИЛЬДАНОВ,
заместитель главного врача по
поликлинической работе;

Гузель ЯРУЛЛИНА,
заведующая Центром здоровья
для детей

ДРКБ МЗ РТ: высокие технологии профилактической работы



В рамках государственной программы «Здоровая Россия» с 1 декабря 2010 года во всех российских субъектах были организованы Центры здоровья для детей. Минувшие пять лет с момента открытия такого центра на базе Детской республиканской клинической больницы. Опыт нашей работы в полной мере продемонстрировал состоятельность и необходимость такого подразделения на базе многопрофильного детского лечебного учреждения.

Деятельность Центров здоровья для детей, в первую очередь, направлена на выявление рисков развития заболеваний, профилактику социально значимых заболеваний и активное продвижение принципов здорового образа жизни. В четырёх городах республики организовано шесть центров,

за счёт средств регионального бюджета оснащён ещё один – мобильный. Их работа построена по межмуниципальному принципу, что делает центры доступными всему детскому населению как в малочисленных населённых пунктах, так и в мегаполисах.

В структуре Центра здоровья ДРКБ МЗ РТ функционируют все необходимые кабинеты: педиатра, стоматологического гигиениста, тестирования, инструментального и лабораторного обследования, здорового ребёнка и санитарного просвещения, зал лечебной физкультуры, и игровая комната. Современное диагностическое оборудование позволяет проводить скрининговую оценку уровня психофизиологического, соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма: измерение параметров физического развития, мышечной силы, функции внешнего дыхания, состава тела (биоимпедансометрия), экспресс-анализ глюкозы, осмотр полости рта. На аппаратно-программном комплексе проводится регистрация ЭКГ с физической и дыхательной нагрузкой, определяются функциональные и адаптивные резервы организма, факторы риска. Ребёнка консультирует педиатр с последующей

разработкой индивидуальных программ оздоровления. За детьми с выявленными факторами риска осуществляется динамическое наблюдение с повторным приглашением на обследование в течение шести месяцев. Для проведения занятий лечебной гимнастикой в зале ЛФК формируются группы часто болеющих детей, с нарушением осанки, избыточной массой тела.

За пять лет работы Центра здоровья ДРКБ МЗ РТ обследованы более 25 тысяч детей, организовано 400 выездов мобильного центра. Ежегодно более чем у 68 % обследованных выявляются факторы риска, среди них лидируют ожирение, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, кариеса. Часто они бывают в сочетании, при этом учитывается, что многие факторы взаимосвязаны и при одновременном действии

вскармливания, ухода и закаливания, профилактики гипогалактии. Ежедневно по четвергам в кабинете санитарного просвещения проводятся Школы здоровья, беседы с родителями и подростками по основам здорового образа жизни и профилактике заболеваний костно-мышечной системы, органов дыхания и бронхиальной астмы, артериальной гипертензии.

Врачи Центра регулярно выступают в образовательных учреждениях с лекциями по ЗОЖ. Функционирование регионального Центра здоровья на базе многопрофильного детского лечебного учреждения явилось положительным моментом в дальнейшем совершенствовании работы с детьми, имеющими факторы риска. Достаточно частое выявление ожирения в сочетании с увеличением распространённости заболеваний эндокринной системы среди детского населения

аспекты снижения веса. По окончании занятий детям вручают дипломы, сувениры. Мы считаем, что именно такое обучение – небольшими группами по 3-4 человека, младший возраст и отдельно подростки – является наиболее эффективным. Дети чувствуют себя более раскрепощёнными, задают интересные вопросы.

Из года в год увеличиваются количество выездов Мобильного центра и число охваченных территорий. Так, в 2014 году осмотрены 1534 ребёнка в сельских районах – в два раза больше, чем в 2012-м.

Свое дальнейшее развитие Центры здоровья для детей получили в связи с началом реализации пилотного проекта, направленного на проведение доврачебной скрининговой диагностики в общеобразовательных учреждениях Татарстана с использованием аппаратно-программного комплекса. Комплексное обследование помогает выявлять дополнительные факторы риска. Нами был проведён скрининг более 2000 учащихся, выявлены факторы риска по развитию миопии (72,2 %), нарушению слуха (5,6 %), функциональным нарушениям ЦНС (5,1 %).

С ноября 2013 года введён в эксплуатацию Мобильный центр – поликлиника на колесах. Она оснащена современным УЗИ-аппаратом, электрокардиографом, лабораторным оборудованием, рабочим местом офтальмолога, ЛОР.

В 2014-2015 гг. комплексное обследование прошли 642 ребёнка – воспитанники приютов, детских домов, школ-интернатов и Суворовского училища – в рамках программы диспансеризации сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, силами специалистов Центра и профильных врачей с выездом на место. По итогам проведённых осмотров сформирована группа детей, направленных на второй этап диспансеризации (12,1 % из числа осматриваемых). Дети были обследованы в условиях дневного и круглосуточного стационаров ДРКБ с последующим лечением и оздоровлением. Критериями эффективности оздоровления явились: отсутствие рецидивов хронических заболеваний в течение всего времени диспансерного наблюдения, снижение показателя степени реализации риска.

Организация центра здоровья на базе многопрофильного лечебного учреждения даёт широкие перспективы для оптимальной маршрутизации пациентов с целью обеспечения необходимого объёма медицинской помощи, совершенствования профилактической работы. Вместе с тем дальнейшее развитие Центров здоровья для детей невозможно без внедрения системных организационных решений. Для этого на базе ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» планируется создать Республиканский ресурсный центр управленческих и оздоровительных технологий детского здравоохранения Татарстана в тесной интеграции с региональным Центром здоровья. Он будет осуществлять организационно-методическую поддержку по вопросам внедрения современных управленческих и информационных технологий, укрепления детского здоровья, пропаганды ЗОЖ, внедрения инновационных оздоровительных и профилактических технологий.



Свое дальнейшее развитие Центры здоровья для детей получили в связи с началом реализации пилотного проекта, направленного на проведение доврачебной скрининговой диагностики в общеобразовательных учреждениях Татарстана с использованием аппаратно-программного комплекса.

усиливают влияние друг друга. Так, избыточная масса тела повышает риск развития хронических неинфекционных заболеваний и является серьёзным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, инсулиннезависимого сахарного диабета, различных форм рака.

В Центре здоровья обследуются преимущественно школьники. Вместе с тем удельный вес детей раннего возраста тоже достаточно высок. В первую очередь, это связано с возросшими потребностями молодых родителей. В кабинете здорового ребёнка они проходят обучение основам правильного

республики (42,6 на 1000) стало основанием для организации не только Школ здоровья, но и Школы контроля веса. Она была открыта в июне 2015 года, прошло 9 занятий, обучены 24 ребёнка. Мы собираем небольшие группы детей после обследования в центре здоровья, проводим биоимпедансметрию. Занятия ведёт педиатр, в игровой форме даются разъяснения по принципам здорового питания. Во время занятий с родителями, которые проводит эндокринолог, рассказываем, какие могут быть осложнения ожирения, рассматриваем психологические

Рустем ХАСАНОВ,
и. о. ректора
Казанской
государственной
медицинской академии,
главный онколог
ПФО и РТ, заслуженный
врач РФ и РТ,
профессор, д. м. н.



янее увидеть своё место в развитии и становлении здравоохранения. ГИДУВ был создан в 1920 году. Ещё полыхала гражданская война, госпитали были забиты ранеными, население осталось практически без медицинской помощи, ресурсов катастрофически не хватало. В этих условиях было необходимо создать систему охраны здоровья, обеспечить её кадрами, дать эффективные методы борьбы с болезнями. И задача была выполнена. В СССР создали лучшую в мире систему здравоохранения, что в 70-х годах XX века было признано Всемирной организацией здравоохранения. Эффективным управлением компенсировали недостаток ресурсов. Советская система здравоохранения оказалась настолько прочной, что мы до сих пор пользуемся её наследием. Например, возвращаемся к той же диспансеризации.

- Чрезвычайна важна роль академии в подготовке кадров.

- Да, её трудно переоценить. За 95 лет обучение здесь прошли более полумиллиона врачей. Сегодня у нас огромный потенциал: 39 кафедр, только за 2015 год защищено 29 кандидатских диссертаций. Вокруг наших кафедр в клиниках фактически складывается практическое здравоохранение, во многом они выполняют отраслеобразующую функцию, создают точки роста и направления развития. Но, как это ни парадоксально прозвучит, сегодня мы стоим перед той же задачей, что и наши предшественники в 20-е годы прошлого века, - создание эффективных методов охраны здоровья населения.

- Но ведь за последние годы отрасль разительно изменилась, появились высокие медицинские технологии.

- При всех успехах высокотехнологичной медицины всё яснее становится главная проблема: повышение эффективности. К врачам обращается человек заболевший. И вся система выстроена по принципу «врач - больной». Медикам платят за больных, а не за здоровых. Когда рак поражает кишечник, печень, поджелудочную железу - это называется «интересный случай». Используется дорогостоящее оборудование, хирурги смогут показать своё мастерство, о них напишут в газетах, миллионы рублей уйдут на лекарства. А какая польза для общества в целом? Трансплантологи пересадили печень или сердце - это огромный труд большой

Рустем Хасанов: «Необходимо вернуть термину «здравоохранение» исконное значение – сохранение здоровья»

Казанская государственная медицинская академия, история которой неразрывно связана со знаменитой казанской медицинской школой, в этом году отметила своё 95-летие. Само существование академии на протяжении стольких десятилетий, её постоянно растущая востребованность говорят о важности и многогранности работы, которая ведётся в стенах КГМА. О том, как ответить на вызовы времени, сохраняя при этом высокую степень академичности, в интервью Healthy Nation рассказал руководитель КГМА Рустем ХАСАНОВ.

- Рустем Шамильевич, как вы оцениваете роль и место Казанской государственной медицинской академии в системе образования и практического здравоохранения?

- Для этого необходимо подвести итоги 95-летней истории учреждения. 2015 год стал для академии юбилейным, и мы уделили много внимания осознанию того пути, который пройден, выдающимся личностям, пионерам медицины, стоявшим у истоков создания ГИДУВа. Плеяда ярких учёных работала в академии в разное время, этими именами гордится страна: Лепский, Зимницкий, Вишневский и многие другие. Мы выпустили книги «История КГМА», «Ректоры КГМА» и книгу, посвящённую 95-летию академии. Обращение к истории - не просто дань уважения, а возможность





В СССР создали лучшую в мире систему здравоохранения, что в 70-х годах XX века было признано Всемирной организацией здравоохранения. Эффективным управлением компенсировали недостаток ресурсов.

команды специалистов. И это высокие достижения, которыми мы гордимся. Но если быть до конца объективным, то как единичный случай скажется на таком показателе, как средняя продолжительность жизни в регионе? А это один из важнейших показателей работы всей системы здравоохранения.

Рядом с тем, совсем не героическая, но вовремя проведённая беседа о здоровом образе жизни поможет человеку никогда не попасть на операционный стол, отказаться от вредных привычек и пройти диспансеризацию. Выявленное на раннем сроке заболевание требует гораздо меньше средств на лечение, а шансы на выздоровление разительно выше. Вот на что надо направлять внимание и медиков, и СМИ. Медицина должна стать не ремонтной, а предупредительной. И надо отдать должное руководству

здравоохранения республики – пропаганда здорового образа жизни в последние годы стала очень действенной и эффективной.

– Ещё Николай Семашко утверждал, что медицина должна быть профилактической, но через 100 лет мы снова столкнулись с теми же проблемами. Какие пути их решения вы видите?

– Учреждения последиplomного образования – это ключ к изменению всей системы. Чему мы научим практикующих врачей и организаторов здравоохранения, какую идеологию им предложим – так они и будут действовать каждый на своём месте. Сегодня мы переходим на модульную систему компоновки программ переподготовки кадров. Если определённый объём знаний нужен разным специалистам, мы формируем для них образовательный модуль.

В том числе готовим модули, связанные с диспансеризацией населения, проведением скринингов. Они будут присутствовать в курсах для всех базовых специальностей: терапевтов, хирургов, врачей общей практики. Это позволит и диспансеризацию проводить более грамотно, эффективно и повысит настороженность врачей в их повседневной деятельности к различным серьёзным заболеваниям, прежде всего, онкологии. Почему я делаю акцент именно на этом? Опыт наших исследований в РКОД МЗ РТ показывает, что рак на ранних стадиях обнаружить труднее всего. При этом при поиске онкологической патологии выявляются многие другие заболевания: ищешь рак шейки матки – находишь воспаление, ищешь колоректальный рак – находишь дивертикулёз и т.д.

– Какие ещё направления вы считаете наиболее актуальными?

– До недавних пор мало внимания уделялось паллиативной медицине. Не было понимания, что есть, к сожалению, неизлечимые больные – онкологические, ортопедические, неврологические. Они просто оказывались вне сферы деятельности медицины, а сейчас это целое направление, призванное облегчить состояние неизлечимых людей, снять боль, улучшить психический настрой. Этому мы тоже начинаем учить. Значительно больше внимания будем уделять реабилитации. Кафедра КГМА будет базироваться в медицинском центре Иннополиса. Там планируется создать одну из лучших в России по своей оснащённости площадку для реабилитации спортсменов. Академия среди представителей других 13 российских регионов участвует в пилотном проекте по реабилитации. Наши направления: травматология и ортопедия, а также неврология. Но вопросы реабилитации остро стоят во многих специальностях. И современные подходы предлагают начинать её ещё до радикального лечения.

Мы делаем акцент на участии наших кафедр в образовательных программах, популяризации среди населения основ здорового образа жизни. Нужно не только освещать вопросы лечения, но и давать рекомендации по сохранению здоровья.

– Академия склонна следовать за актуальными потребностями практического здравоохранения или должна уделять больше внимания долгосрочной перспективе?

– На мой взгляд, необходимо, не отрываясь от насущных задач здравоохранения, готовиться к будущему, формировать его. Мы должны выявлять тенденции, определять наиболее эффективные для общества подходы и доносить их до врачей, организаторов здравоохранения. Что дало наибольший эффект в решении такой стратегической задачи, как увеличение продолжительности жизни жителей Татарстана? Создание сосудистых центров, освоение методик стентирования и аортокоронарного шунтирования. Следующий шаг требует смены парадигмы, возвращения исконного значения термину «здоровоохранение» – сохранение здоровья. Теперь акцент смещается на раннюю диагностику, совершенствование системы скринингов, диспансеризацию населения, пропаганду здорового образа жизни, изменение мировоззрения врачей и общества в целом. *



Направление развития – ПОВЫШЕНИЕ качества

Судебно-медицинская служба Республики Татарстан заняла и на протяжении последних десятилетий уверенно удерживает лидирующие позиции в России. Опираясь на опыт ведущих мировых экспертных организаций, в бюро поэтапно решают задачи по оптимизации работы экспертов, улучшая условия труда и повышая качество выполняемой работы.

Судебная медицина – это наука, объединяющая знания в области медицины, естествознания, физики, химии, криминалистики и юриспруденции. Работа судмедэксперта особенно важна для правоохранительных органов. Практически в 90 % уголовных дел, связанных с преступлениями против личности, экспертная оценка становится основным, а часто и единственным доказательством по делу. Для обеспечения максимального качества экспертиз руководством бюро было принято решение кардинально улучшить условия труда сотрудников и обеспечить комфортность пребывания посетителей, особенно пострадавших.

«Направлением нашего развития стало создание наиболее комфортных условий для сотрудников бюро, причём не только в Казани, но и в

районных отделениях, – рассказывает начальник ГАУЗ «РБСМЭ МЗ РТ» Марат Тимерзянов, – так, чтобы эксперты работали в максимально удобной и оснащённой лаборатории. Безопасность труда сотрудников стоит у нас на первом месте, поэтому мы подходим к решению этой задачи комплексно».

По словам начальника бюро, посетители тоже должны чувствовать заботу. Сейчас в здании судмедэкспертизы реконструирована входная группа, стала удобнее регистратура, расширен холл для посетителей, оборудована зона отдыха для пострадавших. Для людей с ограниченными возможностями устроен пандус, оснащён санузел. Разработана логистика передвижений лиц, обратившихся в бюро для прохождения судебно-медицинской экспертизы.



Масштаб работ по ремонту и реконструкции, непрерывно ведущихся в бюро с начала 2014 года, поражает. На сегодняшний день полностью модернизирована молекулярно-генетическая лаборатория. В ней, разделённые между собой шлюзами, препятствующими контаминации, выделены зоны для проведения отдельных этапов генетического анализа. Установлен особый режим, исключающий доступ лиц без генетического паспорта, проработана логистика экспертиз.

Созданию комфортных условий труда для сотрудников отдела экспертизы трупов уделяется особое внимание. Не секрет, что работа у секционного стола сопряжена с высоким риском заболеваемости различными инфекционными заболеваниями, в том числе СПИДом и туберкулёзом, поэтому так важно обеспечение инфекционной безопасности. В связи с этим была проведена полная реконструкция секционной для особо опасных инфекций: переоборудован зал, установлены стеновые магнетизированные панели, смонтирована



Не секрет, что работа у секционного стола сопряжена с высоким риском заболеваемости инфекционными заболеваниями, в том числе СПИДом и туберкулёзом, поэтому так важно обеспечение инфекционной безопасности.

уникальная система обеззараживания воздуха «Поток» с десятикратной очисткой воздуха, которая уничтожает все патогенные микроорганизмы и гарантирует годы бесперебойной работы. Произведённая НПФ «Поток Интер», поставленная и смонтированная официальным дистрибьютором «АСЛ групп», система абсолютно безвредна для окружающей среды и человека, не даёт каких-либо «наводок», потребляет минимум электроэнергии, не использует расходные материалы.

Это решение позволило обеспечить гарантированную инактивацию патогенной микрофлоры с эффективностью не менее 99 %. Перед входом организован санпропускник: отдельные санитарные комнаты для мужчин и женщин. Каждая раздевалка оснащена душевой кабиной, санузлом, шкафчиками для чистой и использованной одежды.

«Туберкулёз – это острая проблема для всех судебно-медицинских экспертов, – отмечает Марат Тимерзянов. – В этом году по последним требованиям безопасности оснастили секционные, по максимуму оградив эксперта от инфекции:



десятикратный воздухообмен, почти стопроцентное обеззараживание воздуха, постоянная уборка со спецсредствами. Следствием этих мероприятий стало отсутствие запаха. И это большое достижение, можно сказать, что мы поменяли представление о морге, в том числе и среди наших сотрудников. И теперь делимся полученным опытом с коллегами из других регионов.

Изменилась и работа судмедэкспертов на выезде, тоже часто сопряжённая с трудностями. Это и неблагоприятные погодные условия, и труднодоступные места, и повышенный риск заболеваемости. В 2014 – 2015 годах для экспертов, входящих в состав следственно-оперативной группы и выезжающих на места происшествий, была приобретена спецодежда. Зимний и осенний вариант формы – индивидуальный для каждого сотрудника, включает в себя утеплённый полукombineзон, жилетку и куртку со светоотражающей надписью «судебно-медицинская экспертиза».

В последних два года коренным образом изменилось также и материально-техническое состояние районных отделений, расположенных практически во всех крупных населённых пунктах РТ. Для выезда на места происшествий для Набережночелнинского филиала, Альметьевского, Бугульминского и Нижнекамского районных отделений, а также для Казани приобретён автотранспорт с символикой службы.

По поручению президента Татарстана Рустама Минниханова в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование первичной медико-социальной помощи населению, в девяти районах РТ построены модульные здания ПАО, которые эксплуатируются совместно судебно-медицинской и патологоанатомической службами. В них созданы все необходимые условия для эффективной работы: размещены секционная, административно-хозяйственная, инфекционная, ритуальная и частично лабораторная зоны. В 2016 году планируется сдать в эксплуатацию модульные ПАО ещё в 10 районах республики.

По словам начальника бюро, в I квартале 2016 года планируется реализация сразу трёх важнейших проектов. Уже начат монтаж новой холодильной камеры, разработан проект защищённой корпоративной сети VirNet, в ближайшее время начнётся установка компьютерного томографа, уже составлена спецификация отдельного помещения для его установки. Кстати, все идеи оптимизации рабочего процесса предложены сотрудниками бюро, которые с целью обмена опытом и знакомства при поддержке МЗ РТ регулярно выезжают на зарубежные стажировки в экспертные учреждения Швеции, Германии, Израиля.

«Мы оптимизируем существующие площади, вся клиентоориентированная часть бюро, вплоть до канцелярии, переносится на первый этаж здания, а второй и третий будут отданы исключительно под рабочую зону, – отмечает руководитель бюро. – Я думаю, что в Казани эти задумки мы реализуем до конца 2016 года. А с 2017-го по той же стандартной схеме начнём перестройку работы и в наших районных отделениях».

Такая плотная совместная работа объединяет коллектив в единую сильную команду. «И я благодарен этой команде, людям, которые преданы своему делу, – говорит Марат Тимерзянов. – Несомненно, именно эти качества позволили ГАУЗ «РБСМЭ МЗ РТ» стать передовым экспертным учреждением и войти в рейтинг лучших российских региональных бюро судебно-медицинской экспертизы».*

Эталонная клиника



Именно так охарактеризовал Клинику Мэйо глава Минздрава Татарстана. Уникальный шанс встретиться с экспертами легендарного американского медучреждения и задать им интересующие вопросы получили руководители здравоохранения и специалисты со всей России на прошедшей в Казани II Международной конференции «Мировой стандарт качества: от идеи до воплощения. Опыт Клиники Мэйо».

На конференцию, организованную Министерством здравоохранения Республики Татарстан и Образовательным центром высоких медицинских технологий, приехали более 600 администраторов здравоохранения из 27 регионов России и пяти стран ближнего зарубежья. Интерес к этой теме не случаен. «Активная модернизация, технологическое перевооружение отрасли ставят на первый план задачу повышения качества медицинской помощи, – отметил Министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин. – Это работа не отдельных специалистов, а команды, в которую входят абсолютно все сотрудники ЛПУ. Этим, наверно, и отличаются ведущие зарубежные клиники от наших. Как сказал эксперт Клиники Мэйо на пресс-конференции, у них нет специалистов, которые могут

ответить на все вопросы, но есть команда, способная это сделать. Когда-то у нас тоже было хорошо развито наставничество. В последние годы мы стали более технологичными, и теперь нам предстоит вернуть эти позиции».

На вопрос Healthy Nation о трёх составляющих успеха современного медучреждения эксперт Клиники Мэйо ответил так:

1. Основополагающий принцип:

«Нужды пациента превыше всего». Мы считаем это лучшим подходом в обслуживании.

2. Команда – это то, что мы ставим выше всего.

3. Непрерывное совершенствование.

Все медицинские учреждения к этому стремятся. И Клиника Мэйо не является исключением.

Программа конференции включала в себя лекции, круглые столы, тренинги от ведущих специалистов американской клиники, но, пожалуй, главной фишкой мероприятия стала секция вопросов-ответов. Вот наиболее интересные из них.

– Каким образом можно мотивировать сотрудников на хорошую работу?

– Вы задали вопрос, который задают всегда, на любой встрече. И на него нет простого ответа. Это совокупный эффект очень многих процессов. Во-первых, люди действительно гордятся тем, что работают в нашей клинике. У неё есть своя история, есть целые поколения врачей, трудящихся здесь. У нас много волонтеров, сотрудники, уйдя на пенсию, продолжают работать уже на бесплатной основе. У нас достойная





В клинике есть возможность обучать администраторов навыкам управления. Им предлагаются различные коучинги с другими руководителями. У нас очень много врачей-лидеров. Эта подготовка начинается с первых дней, как мы нанимаем человека на работу.

зарплата, но это не космические деньги и даже не самые высокие в отрасли. Можно уйти в другое место и получать больше. Люди ценят философию клиники, образ жизни её сотрудников.

Очень важна взаимная поддержка. Необходимо создать атмосферу сотрудничества на всех уровнях. Ещё один аспект командной работы относится к понятиям справедливости и ответственности. Мы признаём, что врачи и медсёстры – тоже люди, и они могут совершать ошибки. Но это может быть человеческая ошибка,

например, перепутали номера пациентов, и процедура проведена другому. А есть рискованное поведение, когда кто-то знает, что должен следовать определённому протоколу, и не делает этого. Иногда встречается безрассудное поведение, когда врач совершает то, чего просто не должен делать. Если сотрудник ошибся, мы его утешаем, даём понять, что в следующий раз нужно быть гораздо внимательнее. Если имело место рискованное поведение, мы сообщаем, в чём был риск. Это более серьёзное преступление, мы можем уволить такого человека.

Третий аспект – командное вовлечение. Мы реализуем специальную программу для всех наших работников. Её цель – проинструктировать лидеров и сотрудников, каким образом можно усовершенствовать процессы, мы даём для этого соответствующие инструменты. Вовлечённость в команду можно измерить. Мы проводим анкетирование, собеседования с членами групп, разрабатываем тренинги и включаем их в ежедневную работу клиники.

Регулярно внешней компанией, то есть незаинтересованной стороной, проводится оценка нашей деятельности. Это конфиденциальная информация, которая позволяет понять, как каждый член команды воспринимает безопасность, измерить «климат» в коллективе. Например, задаётся такой вопрос: «Если вы работали всю ночь и не спали, способны ли вы также хорошо работать?» Большинство отвечает «да». Но это неправильно! Вы должны признаться, что не сможете хорошо работать.

– Какие зарплаты у сотрудников клиники по сравнению с другими подобными медицинскими центрами?

– Зарплата наших сотрудников – от 50 до 70 % среднерыночной. Когда мы делаем расчёты по оплате труда, проводим соответствующие исследования, чтобы попасть в этот диапазон. У медсестёр также фиксированная ставка, если у них была сверхурочная работа, она может оплачиваться отдельно.

– Какова нагрузка на сотрудников вашей клиники?

– У нас существуют регуляционные показатели, которые касаются медсестёр. Они учитывают тяжесть состояния их пациентов, чтобы обеспечивать одинаково хороший уход для всех.

Говоря о врачебной работе, скажу, что первичный приём может длиться столько, сколько необходимо, чтобы понять, что происходит с больным. Повторные визиты могут быть короче, когда нужно обсудить какие-то детали или результаты анализов. Да, существует расписание пациентов. Но если мне нужно продолжить приём, я сделаю это. Самое худшее, что может произойти, – кто-то из коллег заберёт кого-то из моей очереди. В среднем в отделении одним врачом ведётся от 8 до 15 пациентов.

– Расскажите подробнее о системе подготовки руководящего звена.

– Для того чтобы стать лидером, нужно быть, прежде всего, хорошим доктором, иметь большой клинический опыт. Перед тем как стать руководителем, сотрудник должен поработать врачом.

В клинике есть возможность обучать администраторов навыкам управления. Им предлагаются различные коучинги с другими руководителями. У нас очень много врачей-лидеров. Эта подготовка начинается с первых дней, как мы нанимаем человека на работу. У нас предусмотрен трёхгодичный период профориентации для врачей, которые активно вникают в процессы, ценности клиники, растут и как специалисты, и как лидеры. С самого начала карьеры мы работаем в различных комиссиях, и каждый голос становится очень важным в принятии решений.

Медиков учат специальности, как поставить диагноз, как заниматься врачебной практикой. Но практически никого из них не учат, как стать лидером в организации. В Клинике Мэйо проводятся регулярные тренинги, при желании даже резиденты могут получить разрешение отправиться на обучение в другое место. Подобные инициативы поощряются. Ради этого резидент может быть освобождён от клинических обязанностей.



Как профессионал Марина Подольская состоялась в клинике профессора Я.Ю. Попелянского. Двадцать лет она была главным физиотерапевтом Татарстана, тридцать лет преподаёт физиотерапию, почти сорок с упоением диагностирует и лечит больных. Её лекции пользуются успехом у врачей. Марина – постоянный автор журналов «Казань» и «Наш дом – Татарстан». В 2013 году вышла её книга-альбом «О чём поют ракушки», написанная в соавторстве с Рудольфом Буруковским, – лучшее научно-популярное издание о ракушках в России. Она – «Женщина года Казани – 2010» в номинации «Лидер и общественный деятель», почётный член «Российского союза прессы».



Буйное цветение жизни

Доцент Казанской медицинской академии Марина Подольская – четвёртое поколение врачей в семье. Врач, педагог, Марина находит время и для увлечений – публицистики, поэзии, ландшафтного дизайна.

– Марина Алексеевна, откуда вы берете время на свои многочисленные увлечения? И почему одной медицины вам мало?

– В юности я увлекалась книжкой Даниила Гранина «Эта странная жизнь» о профессоре Любичеве. Он анализировал, на что была потрачена каждая минута его жизни, и тем выигрывал себе время на действительно нужные дела. У меня в доме уже пятнадцать

При этом все мои друзья играют на музыкальных инструментах, когда мы вместе поём у меня дома – это здорово! Но собираемся нечасто, у всех много работы. Чем в гости, лучше схожу в оперу, я заядлая театралка. И очень быстро хожу (подчеркну – езжу по правилам!). Мой макияж занимает ровно три минуты в день. А ещё есть привычка доводить начатое до конца и выполнять одновременно несколько работ. Такая

В медицине нельзя быть троечником, то есть непрофессионалом. В любом творчестве, представленном зрителю, – тоже. Это категории долга и чести.

лет нет телевизора. А сколько часов в неделю тратит на него среднестатистический россиянин? Могу посмотреть что-то интересное на компьютере, но отбор очень жёсткий. Не люблю болтать по телефону и ходить в гости – беседа в шумной компании не удаётся, плясать и петь люди перестали. Зачем тратить вечер?

я стахановка! А медицины мало, потому что она не может заменить весь мир вокруг нас.

– Откуда ваши стихи? Что вы пытаетесь ими выразить?

– Стихами нормальный человек ничего не может выразить, он может только выплеснуть, освободиться



Покажи мне свой сад, и я скажу тебе, кто ты. Мои больше всего похожи на то, что создал во французском местечке Живерни Клод Моне, – буйство цвета, заросли, вертикали и осторожность с прямыми линиями.



от эмоций или мыслей. Что сварилось в мозгу, в этом хитром котелке, показало за его края – то и имеем. Это – дар с самого рождения и то, чем запасся в раннем детстве. Мой дед Николай Степанович Подольский заведовал в мединституте кафедрой патанатомии, был классным специалистом. Помимо этого он был ещё и живописцем, меломаном, знатоком литературы, легко сочинял весёлые и добрые стишки, с упоением столярничал и разстил цветники вокруг нашего дома на улице Тельмана. Я выросла у деда под крылом, его посев. Тоже рисую, столярничаю-маллярничаю, ращу цветники и чаще

шучу, чем грущу. Моя любимая книжка, написанная в соавторстве с великолепным врачом и пианистом Львом Шером, вся состоит из хохм. Есть, конечно, и серьёзные стихи. Многие поются.

– О ландшафтном дизайне. Почему вы оформляете именно территории монастырей, церквей? К этим местам относятся более уважительно? Или сама архитектура вдохновляет вас на творчество?

– В каждом человеке заложено определённое количество созидательной или разрушительной энергии. Одни летают сорок восемь часов в сутки, и после них на планете вырастают целые города. Другие просто

лежат у телевизора. Я устроена так, что не могу сидеть без дела. Пять минут простоя для меня критичны. Работа в цветниках очень полезна – много движений на свежем воздухе, и всегда чудесный результат. Сравните те же движения, но в тренажёрном зале... Я выбираю цветники! Это живопись растениями. Сад, как и любой творческий продукт, является продуктом лимбической системы человека. Покажи мне свой сад, и я скажу тебе, кто ты. Мои больше всего похожи на то, что создал во французском местечке Живерни Клод Моне, – буйство цвета, заросли, вертикали и осторожность с прямыми линиями. В моих садах всегда можно заплутаться. У меня был чудесный проект небольшой копии Иерусалимских садов на южном склоне Иоанно-Предтеченского монастыря у Кремля. Настоятелем там был отец Дорофей – очень живой и азартный человек. Мы начали работы, кое-что интересное посадили, но Дорофея забрали в Загорск, и на этом всё остановилось, а жаль. Неплохой сад был разбит у Варваринской церкви на Карла Маркса – сделала его в честь моей любимой прабабушки Варвары Васильевны Маяцкой. Этой осенью заложила сад в усадьбе Боратынских на улице Горького. Там ещё завершается реконструкция, и есть технические сложности. Но весной уже будет, на что взглянуть. Почему сажаю в церквях? Попробовала высадить несколько тысяч луковиц тюльпанов, подаренных телеведущим программы «Наш сад», фермером и моим близким другом Славой Хондыревым, в одном из Домов ребёнка. Ну и что? Цветущие тюльпаны ряно выкапывали жители микрорайона. Воровали ночью и днём. Пришлось заняться садами за глухими заборами. Хотя и в Варваринской церкви такое случается. К этому нужно просто привыкнуть, ничего не поделать.

– Что вы нашли для себя в журналистике?

– Журнал «Казань» – это судьба. Другого такого в России просто нет. Уже двадцать два года лучшие авторы бесплатно (гонораров не положено) приносят нам свои материалы. Такое только наша удивительная творческая интеллигенция может себе позволить. Журналистика увлекает, она сродни медицинской диагностике: путь к диагнозу, находки, прозрения, выводы, порою консилиум. Моя публицистика предметна – это всегда или поднятая на слух трудная проблема, или абсолютно новый, найденный мной интересный материал, или беседа с человеком, способным рассказать нечто. Азартное дело! И очень сродни научной работе, вернее это она и есть. Мои публицистические статьи и книги хранятся в научных библиотеках, их цитируют учёные. Просто болтать – скучно, и времени нет.

– Как отражается медицинское образование на вашем творчестве? И как творчество отражается в работе врача, учёного, преподавателя?

– В медицинской диагностике самое место для Агаты Кристи. Если я читаю лекцию, то это и театр одного актёра, и нейролингвистическое программирование, и строго сформированный блок информации, которую врачи не отыщут в Сети. Это мой упорядоченный и облечённый в эмоционально красивую форму медицинский, педагогический и жизненный опыт. Читать лекции по-другому – это пар в гудок. В интернете есть всё, кроме мозгов лектора. В медицине нельзя быть троечником, то есть непрофессионалом. В любом творчестве, представленном зрителю, – тоже. Это категории долга и чести. Самодеятельность хороша, только когда собираешься с друзьями помузицировать и песни попеть.

Медицина через объектив кинокамеры

«Как хирургу доверено проникать в организм человека, так и кинооператору человек доверяет проникнуть в свой внутренний мир, увидеть его, раскрыть зрителю.

И это большая ответственность, не меньшая, чем у врача», – считает Николай Морозов, отметивший в 2015 году 50-летие профессиональной деятельности.



«Про меня говорили, что я всю жизнь снимаю кино про МММ – милицию, менестрелей и медицину, – улыбается мэтр казанской киножурналистики. – Именно через мир авторской песни я по-настоящему соприкоснулся со здравоохранением. Я дружу с руководителем Казанского клуба авторской песни, одним из пионеров эндоскопии в России Владимиром Муравьевым, известнейшим онкологом Евгением Сигалом, Владимиром Менделевичем, который заведует кафедрой медицинской и общей психологии медицинского университета, со многими другими врачами-бардами. В 1990 году друзья-онкологи предложили снять учебный фильм с участием создателя казанской онкологической школы М.С. Сигала. Снимали несколько раз: гастрэктомию – операция неординарная. И так получилось, что моя съемка стала последней в его жизни. Как часто бывает в документальном кино, уже в 2000-е годы эти кадры вошли в фильм про школу Сигала, его учеников».

КИНО ПРО МММ

Николай Морозов окончил операторский факультет ВГИКа, прошёл путь от осветителя до режиссёра-оператора, работал на студиях телевидения, кинохронике, принимал участие в создании более ста игровых, документальных, научно-популярных и учебных кинофильмов. Он является членом Союза кинематографистов России, заслуженным деятелем искусств Республики Татарстан, лауреатом и дипломантом международных, российских и республиканских конкурсов и кинофестивалей. Как доцент Казанского государственного университета культуры и искусств много работает с молодёжью, передавая полувековой операторский и режиссёрский опыт. Вместе с героями

своих фильмов и репортажей он прошёл войну в Чечне, погружался в мир подростковых группировок, отразил трагедию распространения наркомании. Не отводя объектив от суровости социальных проблем, Николай Морозов уделит внимание и светлой стороне жизни – снял множество театральных постановок, делал фильмы о героях войны и труда, об учителях и, конечно, о бардах.

Наверно, любому оператору, работающему на телевидении, периодически доводится освещать темы, связанные со здравоохранением. Но Николай Морозов погрузился в медицину всерьёз и надолго, снимая не только новостные сюжеты, но и полнометражные публицистические и учебные фильмы.

ПОГРУЖЕНИЕ В ТЕМУ

Советская школа документалистики учила тому, что, снимая кино, необходимо полностью окунуться в происходящее по ту сторону объектива, нужно владеть темой, про которую снимаешь.

«Я и сейчас по изображению на мониторе могу отличить экстерпацию матки от её ампутации, – комментирует Николай Морозов. – Друзья из Москвы мне даже как-то прислали открытку с таким поздравлением: «Главному киногоинекологу России». У учебного



фильма своя специфика, которую сейчас не все понимают. Иной раз на медицинских мероприятиях показывают видео, вроде всё здорово – экшн, слайдер, динамичный монтаж. А спросишь врача: «Что ты узнал из этого фильма?» Ничего. Пойдя на поводу модных форм, потеряли содержание».

Сам Николай Алексеевич старается вникнуть в предмет по максимуму. В 90-е годы, когда только начала развиваться эндоскопия, Виктор Одинцов и Марсель Самигуллин задумали создавать своё эндоскопическое оборудование и снимать фильмы, обучающие работе на нём. Даже открыли специальную студию «ЭРТ-видео» (расшифровывается, как «Эндоскопия-Россия-Татарстан»). В процессе многолетних съёмок, как в России, так и за рубежом, Морозов настолько поднатерел в этом вопросе, что доходило даже до смешного. Например, в Севастополе проводилась презентация возможностей эндоскопии, и когда врачи ушли на показательную операцию, представители местных СМИ продолжали расспрашивать о передовых методах малоинвазивной хирургии оператора из Казани. Только в конце довольно длительной «пресс-конференции» выяснилось, что он закончил не медицинский институт, а ВГИК. Что, впрочем, их ничуть не смутило – материал выпустили в эфир, слегка дополнив съёмкой настоящих эндохирургов.

ИДЕОЛОГИЧЕСКОЕ ОРУЖИЕ ЗДОРОВЬЯ

«Кино – это мощнейший инструмент формирования общественного сознания, – говорит Николай Морозов. – Очень важно, что руководство Минздрава республики придаёт большое значение аудиовизуальным формам в деле информирования населения о возможностях современной медицины, создания привлекательного образа здравоохранения и пропаганде здорового образа жизни. В этой сфере наметились интересные тенденции, происходит синтез документального и игрового кино, ищутся новые формы взаимодействия со зрителем. В итоге мы должны получить не только кинематографическое произведение, но и учебное пособие, пропагандистский материал, идеологическое оружие в конце концов. Это наша сверхзадача».

Для освещения деятельности республиканского здравоохранения, тиражирования его положи-



тельного опыта снимаются и новостные материалы, и публицистические фильмы. Ежегодно огромная работа проводится по видеосопровождению конкурса «Врач года – Ак чэчэклер», в ходе которой Николай Морозов создаёт настоящую летопись медицины Татарстана в лицах её тружеников и подвижников. Чтобы по-настоящему представить этих воистину героев невидимого фронта, мало операторского искусства и понимания специфики здравоохранения, нужно ещё очень любить этих людей и ценить их мало кому заметный ежедневный подвиг.

«В полтора-минутный ролик нужно уместить и жизнь, и характер человека, попытаться раскрыть новые грани личности, о которых порой не знают даже его коллеги, – комментирует Николай Морозов. – А времени в обрез, необходимо ехать дальше, ведь наши герои разбросаны по всей республике. Но зато какая энергия исходит от медицинского сообщества, когда появляешься на каком-нибудь мероприятии, – везде знакомые лица, которые тебе благодарны за то, как ты про них рассказал. Поэтому мы просто не можем допускать халтуры. Обязательно показываем отснятый материал специалистам, они всегда могут найти какие-то неточности, заметные только опытному медику. Мы не гнушаемся советов профессионалов, чтобы никто потом не сказал: «Это ж киношники сделали! Что они в медицине понимают?»».

СВЯЗЬ ВРЕМЁН

Впрочем, доступность и влияние языка кино востребована не только в сфере здравоохранения. Так, фильм «Древний Болгар» (2013 г.) не просто рассказывает о становлении, развитии и сегодняшнем возрождении столицы Волжской Болгарии. Морозову удаётся раскрыть значение и уникальность событий тысячелетней давности в современном контексте, отразить межнациональное и межконфессиональное согласие, мир и добрососедство, ставшие основой для процветания древней столицы. Что служит уроком и заветом нам, наследникам великой культуры.

В 2015 году у Николая Морозова был юбилей – 50 лет профессиональной деятельности. В 1965 году он начал ходить на студию «КАИ-фильм». Здесь он снял полупрофессиональной камерой свои первые кадры, которые вошли в недавний фильм о студенческих строительных отрядах. Сегодня дело Николая Алексеевича вместе с ним продолжают его сын Кузьма (директор продюсерского центра «Иман-фильм») и дочь Дарья. Нас ждёт ещё немало открытий из сочетания бездонных киноархивов Николая Морозова и его вечно юного интереса к современности.

Советская школа документалистики учила тому, что, снимая кино, необходимо полностью окунуться в происходящее по ту сторону объектива, нужно владеть темой, про которую снимаешь.



Сан Саныч:

врач, строитель и артист

Александр Гришин был профессионалом в самых различных ипостасях — он состоялся и как лидер и реформатор стоматологической службы Республики Татарстан, и как руководитель театрально-эстрадного андеграунда, выросшего из студенческой самодеятельности КГМИ.



КИПУЧАЯ НАТУРА СТОМАТОЛОГА

В юности Александр Гришин блистал в постановках школьного драмкружка – настолько ярко, что после выпускных экзаменов был приглашён в качестве актёра в штат Музыкально-драматического театра Саранска. Но когда речь зашла о выборе профессии, родители (отец – стоматолог, мать – невропатолог, заслуженный врач РСФСР) уговорили молодого человека поехать в Казанский мединститут, куда он и поступил в 1959 году на стоматологический факультет.

Специальность увлекла юношу, и он начал заниматься наукой под руководством профессора Г.Д. Овруцкого, но любовь к театру сохранил на всю жизнь. А кипучая натура и талант организатора вскоре выдвинули его на роль руководителя Студенческого клуба института.

Лев ШЕР,
стоматолог-ортопед, заслуженный врач РТ:

«Я поступал в КГМИ уже будучи профессиональным музыкантом Марийской филармонии. Узнав об этом, декан стоматологического факультета Г.Ф. Тихонов тут же вызвал Гришину и радостно воскликнул: «К нам художественный руководитель филармонии поступает!» Так всё и началось. Сценарии мы писали вместе с Владимиром Лавришко, а бессменным режиссёром-постановщиком, костюмером, сценаристом, гримёром и героем-любовником был Сан Саныч».

Владимир ЛАВРИШКО,
терапевт, нарколог, член Союза писателей России:
«Моё вступительное сочинение вызвало смех всей приёмной комиссии. Так я оказался в команде

весёлых и находчивых под капитанством Сан Саныча Гришина, которому подошла бы какая-нибудь более «вихребразная» фамилия. Ибо он был вечно крутящимся мотором, вдохновителем и организатором как всех наших вдохновенных побед, так и таких же вдохновенных поражений. Несмотря на свою весьма представительную фигуру, он был стремителен и лёгок в движениях. Ероша свою шевелюру, он генерировал идеи со скоростью ста штук в минуту. Исполнение этих идей возлагалось на нас. Мы старались, как могли. Но даже все вместе конгениальны капитану не были. Помню, мы проиграли в финале КВН команде КАИ. Сан Саныч был жутко этим опечален. Но ненадолго. Буквально назавтра он появился сияющий и изложил нам свою «эврику», отчего мы проиграли каистам: «У них там СТЭМ!» (Студенческий театр эстрадных миниатюр.) У нас в медицинском своего театра не было, в то время, как слава СТЭМа КАИ гремела по всему городу. Сан Саныч тотчас усадил нас с Лёвой Шером сочинять сценарии для первого представления собственного студенческого театра, который он тут же назвал ВТЭКом. Что можно было расшифровать и как «врачебно-трудова экспертная комиссия», и как «врачебно-театральный эстрадный коллектив». Мы с Лёвой что-то такое сочинили. Пожалуй, не особо гениальное. Но Сан Саныч пришёл в восторг и тут же стал вербовать нас в артисты, дабы мы ещё и разыгрывали то, что сочинили. Лёва как более умный сумел от актёрства уклониться. Со мной же начались репетиции».

ВОДХНОВЕНИЕ СОЗИДАНИЯ

В жизни всё взаимосвязано, и участие в самодеятельности оказало серьёзное влияние на служебную карьеру Александра Гришина.

Лев ШЕР:

«Поскольку он уже в студенческие годы показал себя как активный организатор, то по окончании института в 1965 году Министерство здравоохранения направило его главным врачом ЦРБ в Высокую Гору. Увидев состояние больницы, он сразу же начал строительство новой поликлиники и показал себя чрезвычайно изобретательным человеком в этом новом для себя деле. Поскольку денег в здравоохранении не было, он поехал по всем колхозам, подключил к этому делу председателей и буквально за год-два выстроил поликлинику. Он изучил все тонкости процесса, установил контакты со строительными организациями, так что Минздрав понял, что нашёл в его лице человека, которому можно поручать ответственные задачи. Как раз в этот момент, в 1968 году, освободилось место главного врача Республиканской стоматологической поликлиники. И там он построил огромную клинику – самую большую не только в нашей стране, но и в Европе».

Роза БОГОУДИНОВА,
секретарь Вахитовского райкома КПСС,
ныне профессор кафедры инженерной
педагогики и психологии КНИТУ-ХХТИ:

«Помню нашу первую встречу с Александром Гришиным. На тот момент я только приступила к партийной работе, придя из комсомола, а он уже был маститым руководителем. Запомнилось его поведение на планёрках. Иные руководители ведь шумели и накаляли страсти перед представителями райкома, а он молчал. Это меня удивляло. Но когда он начинал говорить, то его слова были настолько увесистыми, настолько точными, что всем становилось ясно, что и как надо делать. Но планёрки в поликлинике проводи-



лись нечасто – он как-то умел сам спокойно и методично решать все насущные вопросы. И стройка не была авральной. Другой важной особенностью его работы была необходимость наладить жизнь в коллективе, где было много известных в республике специалистов. Это было непросто, тогда врач не мог просто уйти и открыть свою частную практику, каждому приходилось подчиняться коллективным требованиям и стандартам. К тому же здравоохранение функционировало в условиях постоянного недофинансирования, хотя мы тогда это принимали как само собой разумеющееся, и, несмотря ни на что, необходимо было обеспечить хорошее обслуживание населения».

Построить здание в центре Казани, конечно, было непросто. Для того чтобы вписать его в тесную существующую застройку, нужно было получить все разрешения, финансирование, войти в план «Главтатстроя». Всю привязку проекта, размещение отделений, детали интерьера Александр Гришин продумывал сам. Много делалось, как тогда говорили, «хозспособом». То есть часть коллектива оказывала помощь пациентам, а часть выходила на субботник. При этом сам главврач не только руководил, но и таскал балки и кирпичи. В 1975 году коллектив переехал в новое трёхэтажное здание, а в 1986-м закончилось строительство четырёхэтажного пристроя для централизованной зуботехнической лаборатории.

Изменилась и структура учреждения. Как главный стоматолог Минздрава Александр Гришин сумел доказать, что стационар необходимо перевести в РКБ, чтобы стоматологи могли работать в тесном взаимодействии с челюстно-лицевыми хирургами, что чаще всего необходимо при травмах, и другими смежными специалистами. В эти годы создаётся организационно-методический кабинет для ока-

зания методической помощи стоматологическим учреждениям республики. Активно развивается сеть стоматологической помощи, особенно в нефтяных районах республики и в стремительно растущих Набережных Челнах и Нижнекамске.

С ТРОСТЬЮ И БАБОЧКОЙ

Став главврачом и отвечая за всю стоматологическую помощь в республике, Александр Гришин умудрялся отдавать искусству много внимания, времени и сил.

Михаил РОКИЦКИЙ,
член-корреспондент РАМН, завкафедрой
детской хирургии КГМУ,
депутат Государственной Думы РФ:

«По окончании института Саша создал группу «Представители медицинской общественности». К вопросам искусства он подходил гораздо серьёзней меня. Мне было достаточно сочинить стишок, а он, даже если это была не постановка чеховских миниатюр, а просто капустник для кого-то из друзей, всегда требовал репетиций, чтобы актёры знали текст. Моя жена Вера часто с ним выступала, но когда она пела по бумажке, совершенно искренне возмущалась. Не было случая, чтобы он опоздал на репетицию. Саша, как правило, представал в образе Бубы из Одессы – в канотье, с тросточкой. Он прекрасно танцевал, пел, доставляя удовольствие и другим, и себе. Притом, что характер у него был непростой: кто-то хорошо сказал, что он был добрый, но свирепый. Во имя грядущего творения он мог и наорать на человека. Но в его устах это было не обидно, даже мат звучал иронически, не пошло. Когда он умер, я написал в память о нём песню:

Саша Гришин, милый, добрый друг,
Пусть летит душа твоя во мgle Вселенной,
Не забыть пожатыя наших рук.
Наша дружба, как душа, нетленна!

И в кулисах стоя, как тогда,
Видим, как выходишь ты на сцену.
Ты в «Профессор-шоу» навсегда
Вместе с нами рядом, неизменно!»

Вадим КЕШНЕР,
актёр Казанского русского театра им. Качалова,
народный артист России:

«Всё начиналось с Клуба медработников на углу Маяковского и Бутлерова. Там мы впервые с Санечкой встретились в 1959 году, и там началось настоящее творчество. Он создал коллектив единомышленников той группы крови, к которой сам принадлежал, говоря медицинским языком. Причём это было на два шажка раньше, чем СТЭМ, раньше, чем КВН. Надо отметить, что вкус у него был безукоризненный. Его репризы, его выступления, его ведение концертов были настолько индивидуальными, эмоциональными, интеллигентно вкусными, что это не могло не подкупать. И никакой пошлости, подачи на «ха-ха». Он обладал необыкновенным тембром голоса, очень выразительным. И, конечно, энергетика, желание самовыражения, самовыявления – он не мог не заразить этим своих соратников. Как великолепно было вечное соревнование КАИ и мединститута! И невероятно несправедливый ранний его уход – я считаю, что этот человек был запрограммирован и заделан на больший срок и на дальнейшие свершения».

ЖИЗНЬ И ШОУ

Роза БОГОУДИНОВА:

«Когда я пришла на «Профессор-шоу» в оперный театр (это были уже 90-е годы), они вышли на сцену – Гришин, Шер, ещё кто-то из стоматологов – и из зала раздался голос: «Вот стоматологи стоят, как зуб не вырвешь – так и их!» Это, конечно, было явление в городе. Как это было остроумно и талантливо! Это было высокоинтеллектуальное представление. Просто так сидеть и хихикать с ними не получилось бы. В их интермедиях, сценках, песнях, шаржах была мысль, и зрителю надо было думать. И я порой недоумевала, как же это всё в них совмещается? Только что на сцене человек пел, танцевал, играл на гитаре – и вот он уже с портфелем идёт на работу, будет лечить, учить, руководить. Наверно, это определялось глубиной их понимания, они не считали, что это как-то повредит их авторитету или статусу. Им было интересно так жить».

Когда-то великий Вильям Шекспир отметил, что весь мир – театр, а люди в нём – актёры. Фразу эту знают все, а иллюстрировал её всей своей жизнью Александр Александрович Гришин. В его жизни всё было артистично – студенчество, строительство, дружеские вечеринки и научные конференции, поездки в районы, где его все обожали, или хождение по высоким инстанциям, где его привлекали не меньше. И только он мог бы сказать, каким был жанр его жизни – музыкальной комедией или оптимистической трагедией. Одно жаль – нет в жизни репетиций, всё, что происходит, – это раз и навсегда.



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

Главный редактор
Елена СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

PR-менеджер
Александр ДАНИЛОВ
danilov@healthynation.ru

Коммерческий отдел
reclama@healthynation.ru

Использованы фото:
с порталов www.prav.tatar.ru,
www.minzdrav.tatar.ru,
Ростислава Туишева, Игоря Тутаяева,
Булата Низамутдинова, Альфии
Хасановой.

Учредитель - рекламное агентство
«Красная строка».



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

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



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

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

Номер заказа: Н-19.
Тираж - 3000 экз.
Подписано в печать 19.01.2016.
Отпечатано в типографии
ООО «КПС»: 420044, РТ, г. Казань,
проспект Ямашева, д. 366, помещение 41.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

Казанская государственная
медицинская академия
420012, г. Казань, ул. Бултерова, 36.
Тел.: (843) 267-61-51.
Факс: (843) 238-54-13.
E-mail: ksma@mi.ru
www.kgma.info

ОАО «Казанский завод Медтехника»
420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д. 116.
Тел./факс: (843) 272-93-63.
E-mail: kzmtd@yandex.ru
www.kznmtd.ru

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

ООО «Ново Нордиск»
119330, г. Москва,
Ломоносовский проспект, д. 38, оф. 11.
Тел.: (495) 956-11-32.
Факс: (495) 956-50-13.
www.novonordisk.ru

ООО НПФ «Поток Интер»
115162, г. Москва, ул. Хавская, д. 18, кор. 2.
Тел.: (800) 550-04-95,
(495) 665-17-35.
Официальный дилер
ООО НПФ «Поток Интер»
по РТ - ООО «АСЛ групп», «ACL group» LLC.
Тел.: (843) 210-27-77, 253-71-66.
E-mail: rus@aircon.su

ГАУЗ «Республиканское бюро судебно-
медицинской экспертизы МЗ РТ»
420029, г. Казань, Сибирский тракт, д. 31а.
Тел.: (843) 273-91-45.
Факс: (843) 273-91-45.
E-mail: sudmedrt@kgts.ru
www.sudmedrt.kgts.ru



МОБИЛЬНЫЙ ПОСТ ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН
Казань, Татарстан

**С заботой
о своем сердце**

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Уровень вашего артериального
давления не должен превышать
140/90 мм рт. ст.

5 ШАГОВ К ЗДОРОВОМУ СЕРДЦУ

- 1** **Берегите себя от стрессов.**
Стресс негативно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы и способствует развитию артериальной гипертензии. Постарайтесь избегать стрессовых ситуаций, а также используйте методы релаксации: дыхательные упражнения, массаж, йога, медитация и т.д.
- 2** **Регулярно принимайте прописанные врачом препараты.**
Регулярный прием лекарственных препаратов поможет контролировать уровень артериального давления. Не прекращайте прием препаратов без консультации врача.
- 3** **Ведите здоровый образ жизни.**
Ваше сердце должно работать в нормальном режиме. Для этого необходимо вести здоровый образ жизни: отказаться от курения, ограничить употребление алкоголя, заниматься спортом, правильно питаться.
- 4** **Контролируйте свое артериальное давление.**
Регулярное измерение артериального давления поможет вовремя выявить повышение давления и принять необходимые меры.
- 5** **Хорошо спите.**
Недостаток сна негативно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы. Старайтесь спать не менее 7-8 часов в сутки.

ВЫ - РОС.

**КРАСНАЯ
СТРОКА**

www.redstring.ru

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

Оборудование для реабилитации: **возвращение к жизни**

Chirana

COSMED

kinetec

Hocoma

beka
hospitecPHYSIOMED®
TECHNOLOGY FOR THERAPY

ЗАО «Компания Киль-Казань»

является ведущим поставщиком оборудования высочайшего класса для физиотерапии, реабилитации, спортивной и эстетической медицины.



- реабилитация и механотерапия
- нейрореабилитация
- спортивная медицина
- физиотерапия
- оборудование для залов ЛФК
- водолечение
- диагностика
- кардиореабилитация
- массажные столы и кушетки



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