

ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ Healthy Nation

ПРОФИЛАКТИКА

Диспансеризация: мнение главного специалиста Минздрава РФ

10

СКРИНИНГ

Пренатальная диагностика по стандартам FMMF

28

АССОЦИАЦИЯ

Профессиональное объединение – в интересах медиков

34

МЕНЕДЖМЕНТ

Мировой стандарт качества от клиники Мэйо

64

ПАМЯТЬ

С фронта – на борьбу с массовыми инфекциями

67

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО: МОДЕРНИЗАЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

МОДУЛЬНЫЕ ФАПЫ

ПРЕОБРАЖЕНИЕ СЕЛЬСКОЙ МЕДИЦИНЫ

СТР. 26

Сергей Бойцов: «Наша задача – выявление болезни на самых ранних стадиях» [10] • Нужно вернуть доверие населения к поликлинике [13] • Служба санитарного просвещения [16] • Беречь здоровье смолоду [19] • «Золотой стандарт» пренатальной диагностики [20] • Здоровые Набережные Челны [22] • «Офисная работа» – для врачей [23] • Кабинет медицинской профилактики: опыт Азнакаевского района [25] • Преобразование сельской медицины [26] • Пренатальный скрининг: массовый, централизованный, эффективный [28] • Сервисное обслуживание – решение профессионалов [32] • В профессиональных интересах [34] • Эффект синергизма [36] • «Сэламэт булыгыз!»: 10 лет в эфире [39] • В постоянном развитии [40] • Путем Бехтерева [42] • Четверть века в борьбе со СПИД [44] • Больше, чем просто переливание крови [46] • Государство в государстве [49] • Сердечная команда [52] • Победители боли [54] • Как лечат в США [57] • Жизнь в ярких тонах [61] • Конвейер качества [64] • Человек дела [67]

МОДУЛЬНЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТ АЗНАКАЕВСКОГО ЗАВОДА «НЕФТЕМАШ»

В 2012 году стартовала программа
«Совершенствование первичной медико-санитарной
помощи населению Республики Татарстан».

Масштаб проблемы (на 2012 г.)

Всего ФАПов - 1792, из них:

- 17% (310) зданий ФАПов имеют износ более 70%
- 3% (52) зданий ФАПов находятся в аварийном состоянии

В 2012-2013 гг. смонтировано
149 модульных фельдшерско-акушерских пункта.
С начала 2014 г. – более **60** ФАПов.

На 2014 год запланировано строительство:
- **75** модульных ФАПов в 43 муниципальных
образованиях республики на общую сумму
175,9 млн рублей;
- модульной Шонгутской врачебной амбулатории
ГАУЗ «Апастовская ЦРБ».

В июле 2013 года введено первое модульное
здание патолого-анатомического
отделения Заинской ЦРБ.

На 2014 год запланировано строительство
3 модульных ПАО на общую сумму
20,1 млн рублей.

Объем и стоимость мероприятий по первичному здравоохранению на 2014 год

Мероприятие	Объемы, шт./сумма, тыс. рублей
Строительство ФАПов	60 / 152 231,16
Строительство модульных ФАПов по ФЦП «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014-2017 годы и на период до 2020 года»	15 / 23 676,0
Строительство модульных ПАО	3 / 20 051,32
Приобретение площадей для офисов ВОП на первых этажах новостроек	3 / 14 910,0
Строительство врачебных амбулаторий	1 / 4 670,92

Преимущества модульных ФАПов:

1. Высокая скорость возведения - 10 дней на подготовленной площадке.
2. Модульные здания относятся к разряду мобильных, что позволяет сократить сроки оформления разрешительных документов и ввода в эксплуатацию.
3. Площадь и форма модульных зданий может варьироваться в зависимости от их назначения.



www.aznk.ru

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

10	Сергей Бойцов: «Наша задача - выявление болезни на самых ранних стадиях»
13	Нужно вернуть доверие населения к поликлинике
16	Служба санитарного просвещения
19	Беречь здоровье смолоду
20	«Золотой стандарт» пренатальной диагностики
22	Здоровые Набережные Челны
23	«Офисная работа» - для врачей
25	Кабинет медицинской профилактики: опыт Азнакаевского района
26	Преображение сельской медицины
28	Пренатальный скрининг: массовый, централизованный, эффективный
32	Сервисное обслуживание - решение профессионалов
34	В профессиональных интересах
36	Эффект синергизма
39	«Сэламэт булыгыз!»: 10 лет в эфире
40	В постоянном развитии
42	Путем Бехтерева
44	Четверть века в борьбе со СПИД
46	Больше, чем просто переливание крови
49	Государство в государстве
52	Сердечная команда
54	Победители боли
57	Как лечат в США
61	Жизнь в ярких тонах
64	Конвейер качества
67	Человек дела





Пермский край

Детское паллиативное отделение

В детской клинической больнице №13 города Перми открылось отделение, предназначенное для временного пребывания (21 день) неизлечимо больных детей в возрасте от 1 года до 15 лет, нуждающихся в паллиативной помощи (медицинской, социальной, психологической). Здесь функционирует 7 одноместных палат, рассчитанных на круглосуточное пребывание ребенка и одного из родителей, и одна трехместная палата для младенцев. Подобные отделения работают только в нескольких лечебных учреждениях России – в Ижевске, Казани, Санкт-Петербурге, Москве.

Актуально о гепатопанкреатобилиарной хирургии

Гепатопанкреатобилиарные хирурги СНГ собрались в Перми в рамках XXI конгресса. В нем приняли участие более 500 человек. Кроме ученых и врачей из России и ближнего зарубежья приехали специалисты Германии и Франции. Были рассмотрены проблемы и новые подходы в области лечения заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы, количество которых в последние десятилетия неуклонно растет. Доктора края смогли ознакомиться с опытом ведущих, всемирно признанных специалистов в области хирургии печени, поучаствовать в дискуссиях и мастер-классах, увидеть новые методы малоинвазивных вмешательств.



Кировская область

Глас народа

35 тысяч пациентов высказали свое мнение о работе 58 учреждений здравоохранения области в ходе масштабного анкетирования. 95% посетителей поликлиник ответили, что записались на прием к нужному специалисту с первого раза. 94% – высоко оценили доброжелательность персонала, 93% – компетентность. 92% пациентов стационаров ответили, что им не пришлось во время лечения покупать лекарства за свой счет, 98% не понадобилось оплачивать диагностические исследования. Большинство пожеланий участников анкетирования касается внешнего вида больниц, парковок, наличия кулеров с водой и кондиционеров, а также нехватки врачей.

Онлайн-трансляции для будущих врачей

Современные IT-решения нашли применение в Кировской областной клинической больнице №3, которая является клинической базой кафедры травматологии и ортопедии Кировской государственной медицинской академии. 22 интерна и ординатора смогут наблюдать за операциями во всех 15 операционных как в реальном времени, так и в записи. Камеры позволяют детально рассмотреть ход операции и манипуляции хирургов. Также из аудитории можно задавать вопросы оперирующему врачу и получить его комментарий.



Ульяновская область

Демография — в плюсе

Высокая рождаемость и низкая младенческая смертность зафиксированы в Ульяновской области по итогам 8 месяцев 2014 года. Индекс рождаемости вырос до 103,4%, а уровень младенческой смертности снизился на 16,9% по отношению к аналогичному периоду прошлого года и продолжает оставаться ниже среднероссийского. Успехи достигнуты благодаря активной работе с молодыми парами, которых приглашают в Центры здоровья для обследований еще на этапе подачи заявления о заключении брака. Организованы специальные школы по уходу за малышами. В регионе создана трёхуровневая система оказания перинатальной помощи, применяются высокие медицинские технологии для выхаживания младенцев.

Доля российских препаратов — 71%

Такой показатель характеризует государственную аптечную сеть «УльяновскФармация». Решение об объединении муниципальных аптек в региональную сеть, принятое в 2010 году, полностью оправдало себя. Уровень лекарственного обеспечения населения Ульяновской области вырос, значительно повысилась доступность фармпрепаратов в сельской местности, что особенно важно для пожилых людей. За четыре года в полтора раза выросло число аптек и аптечных пунктов во всех районах области. В несколько раз расширен ассортимент, налажены система контроля качества фармпрепаратов и работа со льготными категориями граждан.

Материалы предоставлены пресс-службами Министерств здравоохранения Пермского края, Пензенской области, Министерства здравоохранения и социального развития Ульяновской области и Департамента здравоохранения Кировской области.



Пензенская область

Лечебная физкультура — для всех

Сызранская центральная городская больница стала пилотной территорией по внедрению трехуровневого маммографического скрининга с использованием телемедицинских технологий. Проводить обследования у женщин с подозрением на рак молочной железы будут специалисты Сызранской ЦГБ (первый уровень), эксперты из Самарского областного клинического онкологического диспансера и Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина (второй и третий уровни). Скрининг позволит активнее выявлять первые признаки заболевания и эффективнее лечить выявленную патологию.

Рекордное число молодых врачей

За 7 месяцев 2014 года в медицинские организации Пензенской области трудоустроено свыше 170 выпускников медицинских вузов. Это на 81% больше, чем в 2011 году. Таких результатов удалось достичь благодаря активной кадровой политике, направленной на привлечение молодых специалистов. Из числа трудоустроенных 62% составляют «целевики», которые обучались в медицинских вузах по договорам целевой подготовки и за счёт средств бюджета Пензенской области. 38% закончили обучение за счёт личных средств, по свободному конкурсу, а также приехали в область из других регионов.

«Скорая» стала ближе



В «Азино» появилась собственная подстанция скорой медицинской помощи.

Новая подстанция, рассчитанная на 12 бригад, открылась по адресу улица Ю. Фучика, 135. Она будет обслуживать жителей не только микрорайона Казани, но и близлежащих поселков – Константиновки, Самосырово, Больших и Малых Клыков. На капитальный ремонт помещений, приобретение мебели и оборудования было выделено почти 13 млн рублей. Раньше на вызовы из микрорайона и прилегающих поселков отправлялись бригады подстанций, расположенных на улицах Чехова и Сафиуллина, – столь значительный радиус обслуживания не мог не сказаться на длительности ожидания вызова. Удобное расположение позволит улучшить доступность скорой медпомощи для его жителей. Символично, что в этом году как раз отмечается столетие службы.

«Мы открыли высокотехнологичные центры, изменили госпитальный этап, но эффективность лечения зависит от минут, которые возлагаются на вас, – обратился Министр здравоохранения РТ к сотрудникам службы. – С открытием подстанции в густонаселенном микрорайоне, где проживают почти 200 тысяч населения, конечно, эффективность медицинской помощи будет еще выше. Тот девиз, который размещен в холле, это наша с вами позиция: «Быть первыми, спасти жизни». Пусть у нас все получится, и мы успеем на каждый вызов – туда, где нас ждут, туда, где либо будет трагедия, либо мы ее избежим».

С заделом на будущее

«Новые технологии анализа генома в пренатальной диагностике» – всероссийская конференция с таким названием прошла в Казани.



В течение двух дней здесь рассматривались актуальные вопросы пренатальной диагностики, медицинской генетики, итоги трех лет реализации соответствующей программы в рамках Национального проекта «Здоровья».

«5-6 детей из 100 новорожденных могут иметь те или иные отклонения в развитии, – отметила Людмила Жученко, главный специалист по медицинской генетике МЗ РФ по ЦФО. – Это популяционный эффект. Наследственных болезней много, всех их диагностировать нельзя – составляющая генома огромна. Но можно обследовать на наиболее частые, социально и медицински значимые заболевания». Министр здравоохранения РТ: «Сегодня в России и Татарстане используется современный набор инструментов ультразвуковой диагностики и генетических исследований для раннего выявления нарушений развития плода. По итогам 6 месяцев этого года, охват пренатальным обследованием у нас составил 89%».

Зарядка для студентов-врачей

Около 1000 студентов КГМУ, медико-фармацевтического колледжа, учащихся подшефных школ приняли участие в «Спортивной субботе».



В казанском парке Горького в рамках движения КГМУ «Мы здоровы – присоединяйтесь!» состоялась, пожалуй, самая массовая зарядка за всю историю его существования. Разминку провели олимпийская чемпионка по легкой атлетике Юлия Зарипова и серебряный призер Олимпийских игр по водному поло Ирек Зиннуров, а к зарядке и забегу на 3 км присоединились Министр здравоохранения РТ Адель Вафин и ректор медуниверситета Алексей Созинов. Также студенты приняли участие в соревнованиях по футболу, баскетболу, сдаче норм ГТО. «Необходимо возрождать традиции спортивных праздников, массовой физкультуры», – отметил глава Минздрава РТ. «Для того чтобы привлечь молодых людей к спорту, занятия должны быть модными, яркими, веселыми, – сказал ректор КГМУ. – Мы хотели, чтобы студенты почувствовали вкус к движению».

Вновь на земле Татарстана

Казань в очередной раз приняла у себя именитых специалистов из российской столицы в рамках Клуба врачей-соотечественников.



В составе делегации были представители Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко, Московского института психологии, Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН во главе с председателем Клуба врачей-соотечественников, заместителем генерального директора по хирургии, руководителем отдела сердечно-сосудистой хирургии ИКК им. А.Л. Мясникова Ренатом Акчуринным.

Три дня в Казани ведущие российские врачи – выходцы из Татарстана – провели очень продуктивно: в ряде медицинских учреждений республики состоялись мастер-классы и показательные операции, консультации пациентов, именитые специалисты приняли участие во встречах с коллективами больниц и праздновании Дня города.



ТЕМА НОМЕРА:

ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СЕРГЕЙ БОЙЦОВ:

«НАША ЗАДАЧА - ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ НА САМЫХ РАННИХ СТАДИЯХ»



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

- Сергей Анатольевич, как вы оцениваете первые итоги диспансеризации? Какие основные ее показатели вы могли бы отметить?

- Итоги в данном случае далеко не первые, поскольку активная диспансеризация идет больше года. Формально она стартовала в конце первого квартала 2013 года, фактически - во втором. В целом темпы проведения диспансеризации в нынешнем году нас удовлетворяют, они совпадают с плановыми показателями. На август ее прошло 13,2 млн человек, есть уверенность, что в этом году будет осмотрено около 24 млн.

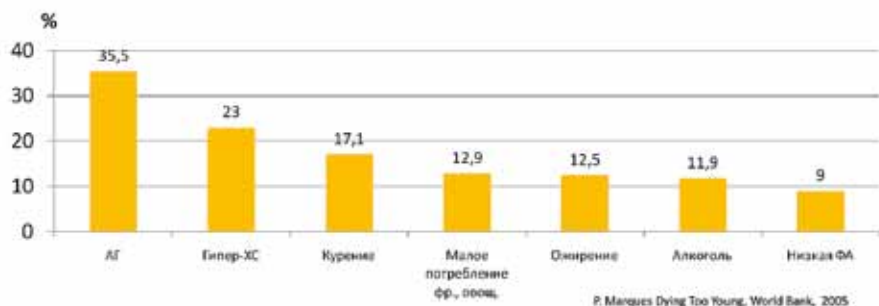
Говоря об итогах, надо отметить, что диспансеризация решила свою основную задачу - выявление неинфекционных заболеваний в рамках текущей деятельности врачей. Так, выявляемость болезней системы кровообращения в 2013-2014 гг. по сравнению с 2012-м возросла

более чем в 3 раза, артериальной гипертонии - в 8-9 раз, ишемической болезни сердца - в 3 раза. Выявляемость онкологических заболеваний увеличилась в 3,5 раза.

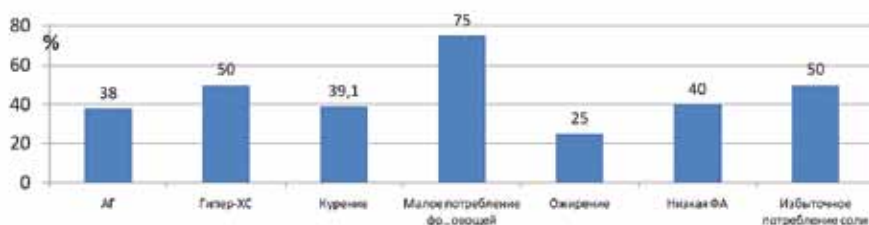
Судя по полученным результатам, структура заболеваемости принципиально не меняется. Наша задача - выявление болезни на самых ранних стадиях, факторов риска, их коррекция. Диспансеризация также призвана информировать людей, в основном это касается рекомендаций по ведению здорового образа жизни, назначения препаратов, углубленного профилактического консультирования. Конечно, не стоит ждать одномоментного излечения, но мы по крайней мере можем вооружить пациента необходимым «инструментарием».

Следующая задача, которую решает диспансеризация, - формирование паспорта участка у каждого терапевта, что дает ему возможность

ВКЛАД ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НИЗ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



понять, сколько пациентов реально нуждаются в диспансерном наблюдении, в контроле болезни. По итогам мы выявили гораздо больше заболеваний, чем предполагали участковые врачи.

- Можно ли сегодня сказать, какова доля больных среди «условно здоровых»?

- Обычно у терапевта на участке около 1700 человек, 300-400 из них находится под диспансерным наблюдением - а должно быть около 800! Диспансеризация призвана выявить максимально большое количество людей с болезнями, о которых они не знают или знают, но не хотят обращаться к врачам.

- Всероссийская диспансеризация - масштабный проект. Возникли ли в процессе ее проведения какие-либо сложности?

- Сложных моментов при проведении диспансеризации действительно было много, и я не могу сказать, что все они преодолены. Самая главная проблема, с которой столкнулись регионы - нехватка участковых терапевтов. Решать эту глобальную задачу в условиях кадрового дефицита действительно сложно. Диспансеризация - это дополнительная нагрузка на врача и как сам по себе процесс, и как его отдаленный результат. Выявление заболеваний и постановка на диспансерный учет являются потенциальной нагрузкой в будущем.

Но тут есть один очень важный момент. Перегрузка участковых терапевтов обусловлена, с одной стороны, кадровым дефицитом, а с другой - спецификой работы первичного звена. Абсолютное большинство посещений связано с обострением хронических заболеваний. То есть пациенты обращаются к участковому терапевту по факту ухудшения самочувствия. Понятно, что такие состояния лучше предупреждать, нежели лечить. В этом, собственно, и заключается идея диспансерного наблюдения.

Безусловно, диспансеризация призвана также снизить нагрузку и на стационары, уменьшить количество вызовов скорой помощи. Главная же наша задача - снижение смертности. Диспансеризация нацелена на выявление не всех болезней, а главным образом тех из них, от которых

Неинфекционные заболевания определяют 76% всех причин смерти населения Российской Федерации

чаще всего умирают люди: сердечно-сосудистых, онкологических, легочных, сахарного диабета.

- Нуждается ли программа диспансеризации в какой-либо корректировке с учетом полученного опыта?

- Я считаю, что у нас все-таки имеет место недостаточная частота направлений на второй этап дополнительного обследования. Не столь эффективно, как хотелось бы, проводится углубленное профилактическое консультирование, которое является важнейшей составляющей диспансеризации.

Для того чтобы вся эта система работала должным образом, нужно довести до конца организационно-штатные изменения в поликлиниках. В каждой из них необходимо открыть кабинеты медицинской профилактики, и в тех медучреждениях, где численность прикрепленного населения больше 20 тысяч человек, должны быть созданы отделения. Это позволит не только разгрузить участкового терапевта в рамках диспансеризации, но и грамотно проводить углубленное профилактическое консультирование. Необходимо вовлекать в эту работу центры здоровья, которые будут заниматься пациентами так называемой второй группы здоровья (люди, у которых нет доказанных неинфекционных заболеваний, но есть высокий риск их развития). В нее входят, в основном, мужчины 40-60 лет, и она очень важна для нашей демографической политики, поскольку именно среди них имеет место высокий уровень смертности.

Помимо всего прочего, нужно учитывать, что наша страна перешла на подушевой механизм финансирования здравоохранения. Новые условия оплаты также должны отразиться на организации профилактической работы. Раньше финансирование зависело от количества посещений, чем их

Группы здоровья

I группа - практически здоровые граждане с низким и средним риском болезней системы кровообращения и других заболеваний, не имеющие клинических проявлений заболеваний и не нуждающиеся в диспансерном наблюдении

II группа – граждане с заболеваниями/состояниями, не требующими дополнительного обследования и диспансерного наблюдения, а также граждане с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском

III группа – граждане с заболеваниями, требующими диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на заболевание, требующее дополнительного обследования



было больше в день, тем больше получал врач. Это касалось и профилактической работы. Теперь же сумма, которая выделяется на поликлинику, фиксированная и определяется количеством прикрепленного населения. Соответственно, у врачей и руководства появляется соблазн как можно меньше расходовать средств на оплату факта посещений, экономия их и направляя на другие цели.

Но в то же время существуют критерии оценки работы участкового терапевта и поликлиники в целом. В частности, это все та же смертность, выявляемость онкологических заболеваний, туберкулеза на ранних стадиях и т. д. Решение этих задач невозможно без профилактической работы. Каждый из перечисленных критериев на 60-70% может быть реализован за счет профилактики.

- Каковы должны быть следующие шаги в плане развития профилактической медицины в нашей стране?

- Организационно-методическая роль должна принадлежать центрам медицинской профилактики, которые должны функционировать в каждом субъекте Российской Федерации. В принципе они есть в абсолютном большинстве регионов, но в 26 из них центры не имеют статуса юридического лица. В силу этого в штатном и организационном отношении они неполноценны, в том числе в части, касающейся выполнения профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

Эта деятельность должна вестись не только в поликлиниках, но и в стационарах. Представьте себе: в медучреждение поступает пациент

с острым инфарктом миокарда, лежит в больнице 14-16 дней. Надо понимать, что он поступил не только с заболеванием, но и с факторами риска, которые способствовали его раннему развитию. Это может быть курение, избыточная масса тела, абдоминальное ожирение, повышенное артериальное давление, низкая физическая активность. И вот мы пролечили пациента, а он продолжает курить, неправильно питается и т. п. Очевидно, что болезнь и дальше будет прогрессировать, несмотря на медикаментозное лечение. Не воспользоваться фактом пребывания пациента в стационаре, не помочь ему разобраться с его факторами риска, не провести их коррекцию - принципиальная ошибка. Необходимо, чтобы каждый врач, который занимается такими больными, знал эти вопросы. Соответственно, нужна хотя бы небольшая структура в ЛПУ, которая сможет обеспечить проведение профессиональных консультаций по здоровому образу жизни, правильному питанию и т. п. Это может быть тот же кабинет медицинской профилактики.

Сегодня все эти структуры, их функционал, взаимодействие с другими участниками лечебно-диагностического процесса описаны в проекте Порядка по профилактике неинфекционных заболеваний. Он был подготовлен нашим Центром при участии профессионального сообщества, главными специалистами профильной комиссии по профилактической медицине и обществом профилактики неинфекционных заболеваний. Сегодня этот Порядок находится в Министерстве здравоохранения Российской Федерации на утверждении.

НУЖНО ВЕРНУТЬ ДОВЕРИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ПОЛИКЛИНИКЕ



ИНТЕРВЬЮ С ПЕРВЫМ ЗАМЕСТИТЕЛЕМ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН СЕРГЕЕМ ОСИПОВЫМ.

- Сергей Альбертович, как вы оцениваете развитие в Татарстане амбулаторно-поликлинической помощи?

- В последнее время в республике реализуется целый ряд программ комплексного медицинского обследования населения, осуществляются мероприятия по выявлению различных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, онкологических, желудочно-кишечных, корректируются факторы риска их развития. В Татарстане второй год исполняется новый российский порядок диспансеризации и профилактических осмотров населения, строго дифференцированных по полу и возрасту. Важно, что в соответствии с новым порядком, работа ведется строго по участковому принципу, по месту проживания гражданина.

Ведется беспрецедентная работа по развитию первичного звена. На сегодняшний день стало очевидно, что без совершенствования данного направления, а это, прежде всего, фельдшерско-акушерские пункты в сельской местности и поликлиники в городе, мы не сможем ощутить успехов в увеличении продолжительности жизни, снижении смертности. В связи с нехваткой специалистов в республике даже пошли на серьезные доплаты приходящим в медицину специалистам.

Сейчас в Российской Федерации работает программа «Земский доктор»: приехавший в сельскую местность молодой врач получает

миллион рублей. Татарстан к этому доплачивает еще сто тысяч. Чтобы врачи шли работать и в город, где дефицит кадров не меньше, наш Президент принял решение учредить республиканские гранты в 500 тысяч рублей каждому молодому специалисту, а также врачам самых востребованных специальностей, пришедшим работать в республиканское здравоохранение, в основном в первичное звено. Деньги эти можно потратить только на приобретение собственного жилья. Таким образом, только по этим двум программам сегодня мы уже привлекли 155 новых специалистов.

Активно идет работа по ремонту существующих и строительству новых модульных зданий фельдшерско-акушерских пунктов, а также фельдшерско-акушерских пунктов в составе многофункциональных центров. К примеру, один из таковых скоро открывается в Агрызском районе.

Фельдшера привыкают работать в хороших условиях, на современном оборудовании, используя стандартизованные процедуры и подходы при обследовании пациентов. Это позволяет выполнить обследование полностью и качественно. Фельдшера в обязательном порядке передают все сведения участковому врачу, с которыми они работают вместе, что автоматически увеличивает ответственность и фельдшера, и врача за судьбу конкретного пациента.



- Есть ли заметный эффект от принимаемых мер по решению кадровой проблемы?

- Конечно, эффект есть: с начала 2014 года приняты на работу более четырехсот специалистов. К сожалению, и выбыло примерно аналогичное количество. Следует подчеркнуть, что студенты из медуниверситетов выпускаются все более подготовленными, и вовсе не секрет, что на сегодняшний день лечебный и педиатрический факультеты КГМУ - это «факультеты отличников». В этом году из тех, что поступил на первый курс, каждый третий - либо школьный медалист, либо «краснодипломник» из СУЗа, а это очень мотивированные люди.

Врачи, которые приходят работать в государственную медицину, в той или иной степени поддерживаются на уровне законодательной и исполнительной власти. Главы районов очень хорошо помогают медицине: где-то квартиры выделяются, где-то - средства из местных бюджетов. Грантовая поддержка тоже дает свои результаты.

Приезжают к нам и из других регионов, из стран постсоветского пространства, и мы активно работаем в этом направлении. Вообще, среди медиков России Татарстан по праву считается передовым регионом с высоким уровнем медицинской помощи.

Дает эффект и стратегическое планирование: сейчас мы как раз решаем, где и как будем развивать поликлиники, кого они будут обслуживать, в каких объемах и так далее.

Медикам становится все более интересно приходить в первичное звено. Там существуют доплаты и, соответственно, люди задумываются куда идти - в стационар либо поликлинику. Характерный пример - поликлиника №19 в Юдино: в худший момент времени там оставалось всего три участковых врача, а сейчас их уже семь.

- Каковы критерии для оценки деятельности врачей в поликлиниках?

- Существуют количественные и качественные, субъективные и объективные критерии.

У каждого врача есть государственное задание, которое он должен выполнить. Оценивается врач по количеству принятых больных, сделанных операций и т.д. Тесно связанный с ним показатель - это количество средств, затраченных на оказание единицы качественной медицинской помощи (т.е. экономическая эффективность).

Но просто валовые показатели в работе врача никому не

интересны. Поэтому работает серьезная качественная оценка: в МЗ РТ есть управление контроля стандартов и качества медицинской деятельности, также нас оценивают Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Росфиннадзор, Счетная палата, Общественная палата, Фонд обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, система «Народный контроль», СМИ, пациентские сообщества и отдельные граждане. Кроме того, проводятся опросы общественного мнения, когда локально на уровне больниц или поликлиник люди оценивают оказанную помощь.

К примеру, в ДРКБ МЗ РТ при каждом посещении поликлиники выдается талончик, который посетитель на выходе бросает в два ящика на выбор: с изображением улыбки или с постным лицом. Второй вариант становится поводом для серьезного внутрибольничного разбирательства. И это - не простая формальность.

Кроме всего перечисленного, у нас работают комиссии и подкомиссии Минздрава, еженедельно мы заслушиваем районы по конференц-связи, обсуждаем проблемы качества медицинской помощи. Есть возможность обращения на сайт Минздрава, в интернет-приемную правительства Татарстана и так далее.

Конечный итог работы учреждения - достаточно объективный формализованный отчет, содержащий полтора десятка критериев, который ложится на стол не только руководителей медицинских организаций, но и главе каждого района или городского округа. Так руководитель видит, каким образом население реагирует на оказание медицинской помощи на его территории и имеет возможность принять соответствующие меры.

- Расскажите, пожалуйста, о предварительных итогах программы диспансеризации на 2014 год?

- В ходе диспансеризации взрослого населения в этом году нам предстоит провести медицинское обследование более 622 тысяч человек. По оперативным данным, на 12 сентября осмотрено 377 871 человек. За семь месяцев выявлено около 60 тысяч заболеваний. В проведении обследований участвуют 84 медицинские организации, работа построена по участковому принципу.

Существующий практически повсеместно принцип работы медиков «по обращению» приводит к тому, что врачи знают только тех, кто приходит в поликлинику. А большинство потенциальных пациентов еще до врача не дошли. Может быть, они еще даже и не заболели, просто разрушают свой организм и направляют его к болезни.

Врач будет знать, сколько у него потенциальных гипертоников, больных сахарным диабетом, ожирением и так далее. Он предупредит, расскажет о последствиях заболевания, направит на дообследование в стационар. Таким образом, диспансеризация направлена на предупреждение дальнейшего развития заболеваний, которые были скрыты, однако выявляются нами. Соответственно, полученные данные помогают нам создать картину реального состояния здоровья населения, и мы понимаем, к чему готовиться в ближайшие 10-15 лет.

Мы можем показать конкретному человеку на основе данных об его собственном здоровье, что произойдет через 5-10 лет, если он ничего не изменит в жизни. А предупрежден – значит вооружен. Дальнейший выбор делает сам человек и ответственность за этот выбор несет тоже сам. Сегодня забота о здоровье – обязанность каждого гражданина, закрепленная законодательно!

- Есть ли разница в мере ответственности за свое здоровье у сельчан и городских жителей?

- Разница есть, и очень существенная. Сельское население менее ответственно подходит к своему здоровью. Бывают даже такие случаи: сельский житель попадает на операционный стол с серьезной патологией часов в 10-11 вечера. На вопрос: «Почему тянул, раз живот заболел в 6 утра?» - отвечает: «Нужно было скотину покормить, огород вскопать, в поле работать». Как результат, продолжительность жизни сельского населения несколько меньше, чем городского. Разница есть, пусть и не такая существенная.

- А меняется ли менталитет врачей в процессе реализации программы диспансеризации?

- Главная идея, заложенная в диспансеризации, - это знакомство врача со всем населением тотально, а не только с «болезненной» его частью. Стоит заметить, что заинтересованность медиков в этом году значительно выше: они на себе прочувствовали, что есть эффект, что заболевания действительно выявляются на ранних стадиях.

Для примера можно привести такие цифры: если в прошлом году за весь год было выявлено более 500 случаев рака на ранней стадии, то в этом году только за полгода - уже 451. А это практически 451 спасенная жизнь, ведь онкологическое заболевание на первой стадии условно излечимо. И когда наши коллеги в медучреждениях видят эти результаты, когда они понимают, что своими руками опять спасли жизнь человеку, то естественно, получают заряд положительных эмоций.

- Наверняка увеличился и объем работы?

- Объем работы у нас немалый, но специфика диспансеризации состоит в том, что оценка разных возрастных групп населения проходит по различным критериям. Естественно, нагрузка на врачей увеличивается. Но это и так происходит в течение последних лет, так как государственное задание в амбулаторно-поликлинической сети неуклонно возрастает. Понятно, что нельзя все население положить в стационары и использовать больничную койку, чтобы «полежать». Основная диагностическая и лечебная работа должны проходить в условиях амбулаторной сети, то есть в первичном звене.

С другой стороны, в увеличение планового государственного задания входит диспансеризация. Посещений с профилактической целью в конечном итоге становится больше, чем посещений по заболеванию. То есть увеличение общего количества посещений сегодня, в перспективе должно привести к разгрузке первичного звена, и это начнет ощущаться уже в ближайшие годы.

- Можно ли сравнить программу диспансеризации времен СССР и сегодняшнюю?

- Они похожи, потому что во времена СССР была выстроена достаточно эффективная система оказания медицинской помощи, которая затем, к сожалению, была разрушена и забыта на два десятилетия. Но есть и отличия - если тогда всем гражданам проводились одни и те же исследования, то сейчас они дифференцированы по полу и по возрасту.

Мы понимаем, что у мужчины в 20 лет есть вероятность развития достаточно определенного набора заболеваний, и мы должны провести соответствующее обследование.

А вот к 60 годам этот список увеличивается в три раза, а, значит, нужно провести в три раза больше исследований. Соответственно, нам не нужно искать заболевания, характерные для 60-летнего возраста, среди 20-летних. Это позволяет эффективно распределять ресурсы и экономить деньги налогоплательщиков.

В то же время одним обследованием, выявлением патологии, предрасположенности к заболеванию или фактора риска дело не заканчивается. Врач подходит индивидуально к каждому больному, при необходимости назначает дополнительные исследования и консультации. В любом случае по окончании обследования проводится индивидуальное или групповое, краткое или углубленное консультирование по выявленным проблемам или факторам риска.

- Какие задачи на ближайшее будущее предстоит решить в контексте развития первичного звена?

- Социальная функция у государства - одна из важнейших: оно регулирует вопросы, связанные с защитой интересов и повышением качества жизни своих граждан. Наша задача на ближайшее время - вернуть доверие населения к поликлинике. Потому что с этим у нас пока большие проблемы, люди предпочитают обращаться сразу в стационар, при этом относятся с некоторым предубеждением к амбулаторно-поликлинической сети.

Решение этой задачи лежит в нескольких плоскостях: это создание многоуровневой системы оказания медицинской помощи, ее приближение к месту жительства, обеспечение доступности, привлечение в первичное звено сильных профессионалов.

Если брать в целом республику, то основная часть поликлиник работает при стационарах. В центральных районных больницах объединение поликлиники и стационара уже произошло. В городах во многом тоже идет этот процесс. В обозримом будущем врач, который встречает пациента в поликлинике, сам будет лечить его в стационаре. В этом случае он знает больного, отвечает и за диагностику, и за последующее лечение. Это заметно повышает ответственность врача и, соответственно, улучшает результат его работы.

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



СЛУЖБА

САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

НЕСМОТРЯ НА АКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ В МЕДИЦИНЕ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ КОНСТАНТОЙ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ, КОНСТАНТОЙ, ВАЖНОСТЬ КОТОРОЙ С ГОДАМИ ТОЛЬКО УСИЛИВАЕТСЯ, ОСТАЕТСЯ ПРОФИЛАКТИКА. В ЭТОМ ГОДУ ИСПОЛНЯЕТСЯ 90 ЛЕТ С МОМЕНТА СТАНОВЛЕНИЯ ЭТОГО НАПРАВЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ.

ЭКСКУРС В ИСТОРИЮ

Свое начало популяризация гигиенических знаний берет еще в дореволюционной России. Без сомнения, это одна из лучших традиций русской медицинской школы. До революции 1917 года санитарное просвещение было делом врачей-подвижников и благотворительных обществ. В советское время профилактическое направление стало делом государственной важности. На первый план вышли санитарная оборона и борьба с эпидемиями. Началась массированная пропаганда: плакаты, картины, листовки, памятки. С лекциями по борьбе с холерой и тифом выступали видные казанские профессора, такие как Н.Ф. Высоцкий, С.С. Зимницкий, М.Н. Чебоксаров и др. В 1923 году был организован Союз пролетарского студенчества. Под лозунгом «От борьбы с эпидемиями - к оздоровлению труда



и быта» молодежь активно занялась пропагандой медицинских знаний.

Следующим этапом стало открытие в 1924 году в Казани первого Дома санитарного просвещения по адресу ул. К. Маркса, 64 (ныне в нем располагается Музей изобразительных искусств РТ). Первой заведующей ДСП стала М.Я. Пичахчи. Во многом благодаря ей санитарному просвещению стало уделяться особое внимание на селе. Спустя год в сельских больницах впервые был введен профилактический день, предназначенный главным образом для санпросветработы. В этот период появились первые пропагандистские фильмы по борьбе с туберкулезом, с сифилисом и малярией, изданы брошюры на татарском языке общим тиражом 26 тысяч экземпляров. В 1927-1929 гг. состоялось 77 радиопередач, популяризирующих гигиенические знания на татарском и русском языках.



В конце шестидесятых годов прошлого века в республике возрождается массовое движение за санитарную культуру. Санпросветработа в Татарии перешла от эпизодических мероприятий к систематическому гигиеническому обучению всех групп населения.

В 1927 году Дом санитарной просвещения был объединен с организованным в Казани Институтом социальной гигиены Татнаркомздора. В его распоряжении оказались три музея, передвижная выставка, кинопередвижка и мастерская наглядных пособий. Наряду с усилением пропаганды вопросов охраны материнства и детства, медработники активно включились в общесоюзную антиалкогольную кампанию. Одной из новых форм работы стало курсовое обучение отдельных групп населения.

В Бугульме, Теньках, Тетюшах создаются постоянные санитарно-гигиенические выставки, названные домами санпросвета. Для пропаганды тех лет было характерно стремление к максимальной зрелищности. Лекции получали художественное оформление, сопровождалась музыкой, пением, физкультурными номерами.

В 1933 году в Казани был восстановлен Дом санитарной культуры. Руководил им В.В. Трейман. Во время Великой Отечественной войны учреждение сыграло огромную роль в противозидемической работе, было проведено около 408 тысяч лекций и бесед. Послевоенные годы - период профилактики малярии и трахомы. В 1947 году был открыт Республиканский дом санитарного просвещения под руководством Р.Р. Рахимова.

В конце шестидесятых годов прошлого века в республике возрождается массовое движение за санитарную культуру. Санпросветработа в Татарии перешла от эпизодических мероприятий к

систематическому гигиеническому обучению всех групп населения. В семидесятых пропаганда медицинских знаний проходила в сотрудничестве с другими ведомствами и общественными организациями. Организационно-методическим центром стал Республиканский дом санитарного просвещения, число сотрудников которого с 1924 по 1974 гг. увеличилось в шесть раз. Руководителем РДСП в 1948-1981 гг. являлась М.Л. Лейзерович. В 1974-м в республике функционировало уже пять домов санитарного просвещения.

С 1981 года РДСП стала руководить Н.А. Тригуб. Санитарное просвещение было направлено на снижение общей заболеваемости и сопровождалась широкой пропагандистской работой в массах. В 1992 году было решено реорганизовать Республиканский врачебно-физкультурный диспансер и Республиканский дом санитарного просвещения в Республиканский центр здоровья, который уже через два года был переименован в Республиканский центр медицинской профилактики. С 1992 по 2010 гг. службу возглавлял заслуженный врач РТ Р.В. Тагиев, внесший существенный вклад в организацию кабинетов и отделений медпрофилактики на всей территории республики. Под его руководством была организована творческая группа для создания видеофильмов по актуальным вопросам здравоохранения. Благодаря грамотному руководству РЦМП поддерживает связь с центрами по всей России. В 2009 году на базе учреждения открылся региональный центр здоровья.

СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ

С 2010 года Республиканским центром медицинской профилактики руководит Р.С. Садыкова. Активизируется работа с молодежью, приобретают широкую популярность массовые мероприятия: пропагандистские акции, праздники здоровья, которые стали проводиться в торговых центрах, на улицах города, в студенческих общежитиях. Тогда же стартовала региональная акция «Брось курить - верни здоровье» в рамках международной акции «Брось курить и выиграй!». Ежегодно среди отдыхающих в здравницах Татарстана проводится Всемирный день без табака.

РЦМП является учебной и научно-практической базой Казанской государственной медицинской академии, медицинского университета и медицинского колледжа. Организуются учебно-методические семинары и совещания по формированию ЗОЖ в Казани и во всех районах республики. Активизируется работа по изданию информационной литературы по актуальным вопросам здравоохранения. Без наглядной информации не проходит ни одно совещание, ни одна лекция. В помощь врачам-специалистам регулярно издаются методические пособия для организации «Школ пациентов».



В 2012-м была организована кропотливая работа по подготовке и проведению медицинского обеспечения участников и гостей XXVII летней студенческой Универсиады, которая с успехом прошла в июле следующего года.

В декабре 2012 года Минздравом России был разработан Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медосмотра. Эти документы определили два основных направления работы службы: формирование ЗОЖ у населения и раннюю диагностику неинфекционных заболеваний и факторов риска.

Осенью прошлого года под руководством ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения РФ Центром мониторинга вредных привычек среди детей и подростков уже в седьмой раз проведен социологический опрос школьников по отказу от вредных привычек. Полученные результаты используются для разработки муниципальных программ и организации профилактических мероприятий в молодежной среде.

Два основных направления работы службы: формирование ЗОЖ у населения и ранняя диагностика неинфекционных заболеваний и факторов риска.

Большое внимание уделяется созданию видеопроизведений, и интересным опытом стало создание мультисериала «Будь здоров!» совместно с ООО «Татармультфильм». В сериал вошли пять основных тем по формированию ЗОЖ среди подростков, что можно посмотреть на сайте ГАУЗ «РЦМП».

Значимым событием года стало проведение во дворах жилых домов акции «Здоровые дворы - здоровая среда», которая организована в сотрудничестве с медицинским университетом и Детской республиканской клинической больницей.

Сегодня РЦМП имеет в своей структуре четыре специализированных центра - в Набережных Челнах, Альметьевске, Зеленодольске и Нижнекамске - и играет ведущую роль в медицинской профилактике в республике.



Марат САДЫКОВ,
главный врач Детской городской
поликлиники №9 г. Казани, д.м.н.



Нурия НАСЫБУЛЛИНА,
заместитель главного врача
по медицинской части, к.м.н.

БЕРЕЧЬ ЗДОРОВЬЕ СМОЛОДУ

ФОРМИРОВАНИЕ КРЕПКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПОЛНОЦЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ РЕБЕНКА ВО МНОГОМ ЗАВИСЯТ ОТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ. СУЩЕСТВУЮЩИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЗВОЛЯЮТ АКТИВНО ВЛИЯТЬ НА ЕГО РАЗВИТИЕ КАК ДО, ТАК И ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ.

3

задачи кабинета здорового ребенка — гигиеническое образование, профилактика заболеваний детей, обучение родителей правилам воспитания здорового, социально адаптированного ребенка, пропаганда здорового образа жизни. Для реализации этих задач в нашей поликлинике функционируют школы: дородовой педагогики «Сонатал», поддержки грудного вскармливания, а также питания детей раннего возраста.

Бесспорно влияние перинатальных факторов на состояние здоровья новорожденных, детей, подростков и взрослых. Методика «Сонатал», действующая на нормальное течение внутриутробного периода, направлена на стимуляцию двигательной активности, оптимизацию психоэмоционального созревания, улучшение адаптации плода и ребенка. При этом улучшается самочувствие беременной, активизируется ее подготовка к родам и воспитанию. Занятия предполагают ежедневную дозированную вокально-речевую деятельность, проводятся в группах и индивидуально, в том числе с участием обоих супругов, на любых сроках беременности. Анализ эффективности данной технологии показал, что у 94% детей, матери которых занимались по этой методике, период новорожденности протекал благополучно; в контрольной группе отмечено 46% случаев осложнений перинатальной патологией ЦНС, токсической эритемой, дакриоциститам. В изучаемых группах констатировалась существенная разница кратности остро развившихся заболеваний, перенесенных детьми в течение первого года жизни в пользу первой группы. У всех детей на первом месте были ОРВИ, на втором — ЛОР-патология. При этом во второй группе чаще регистрировались неврологическая и бронхолегочная патологии, анемии, дисбактериоз кишечника, детские инфекции и аллергические болезни, тогда как в первой они не зафиксированы. Все дети матерей, занимавшихся по методике «Сонатал», к году имели нормальное физическое и нервно-психическое развитие, дети второй группы имели отклонения физического развития в 42%.



Важную роль в обеспечении полноценного здоровья детей раннего возраста играет грудное вскармливание (ГВ), и здесь ведущую роль занимает программа ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». Качественное питание младенца — наука, которой владеют далеко не все практикующие врачи. Решение проблемы мы видим в организации школ, включающих в себя комплекс мероприятий по пропаганде ГВ, консультирование родителей, повышение уровня знаний педиатров по нутрициологии. За 10 лет практики их проведения мы отмечаем тенденцию увеличения численности детей, охваченных ГВ до возраста 6-12 месяцев, с 32% до 71%. Результатом этого стало увеличение доли новорожденных во второй группе здоровья (с 90% до 97%); снижение удельного веса третьей группы (с 10% до 3%). В целом заболеваемость детей первого года жизни снизилась на 36%, болезней органов дыхания — на 146%, органов пищеварения — на 35%, железодефицитными анемиями — на 108%, инфекционными болезнями — на 10%.

Большинство младенцев находятся под наблюдением специалистов первичного звена, и мы убеждены в необходимости широкого использования современных профилактических технологий в кабинетах здорового ребенка детских поликлиник.

Сергей МИШАКИН,

заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы ГАУЗ «Городская клиническая больница №7»

Луиза ШАЙХУТДИНОВА,

заведующая женской консультацией №3
ГАУЗ «Городская клиническая больница №7»
г. Казани, к. м. н.

«ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ



С ЯНВАРЯ 2012 ГОДА ТАТАРСТАН ВСТУПИЛ В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ПРОГРАММУ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА, ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА КОТОРОЙ – ВЫЯВЛЕНИЕ ХРОМОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ И ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА РАННИХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ. БЛАГОДАРЯ БОЛЬШОМУ ЖЕЛАНИЮ И СОДЕЙСТВИЮ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №7 ОДНИМ ИЗ ТРЕХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ КАЗАНИ, СЕРТИФИЦИРОВАННЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ПО ЭТОЙ ПРОГРАММЕ, СТАЛА ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ №3.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ?

Для начала разберемся с терминологией. Как правильно – перинатальный или пренатальный? На самом деле это два разных термина. Пренатальный – этап, предшествующий рождению жизнеспособного плода. Перинатальный период – от греческого околородовой, он, в свою очередь, делится на три периода: антенатальный (дородовой), интранатальный (непосредственно процесс родов) и постнатальный (послеродовый),

Перинатальная смертность учитывается во всех странах мира. Это важный показатель, по которому судят о здоровье нации и уровне акушерской медицинской помощи. Руководители здравоохранения делают все возможное для стабилизации младенческой смертности и рождаемости, эта проблема решается на государственном уровне, поскольку очевидно, что здоровье в перинатальном периоде определяет его на протяжении всей жизни человека. И большое значение в снижении заболеваемости и смертности на этом этапе имеет пренатальная, то есть дородовая, диагностика.

**ОЦЕНКА РИСКА**

Статистика говорит, что риск рождения ребенка с врожденной патологией составляет до 5%. Причем в большинстве случаев оба родителя здоровы, и рождение больного ребенка становится неожиданностью. И тем более исключительное значение имеет пренатальная диагностика при медико-генетическом консультировании в семьях с генетическими осложнениями.

При пренатальном скрининге диагностируется ряд хромосомных нарушений – анеуплоидий (неправильное количество хромосом), а также наследственные болезни. Причем важно провести диагностику в I и II триместрах беременности, то есть в период, когда в случае выявления патологии можно прервать беременность.

Сегодня комбинированный пренатальный скрининг хромосомной патологии плода в 11-14

недель беременности является «золотым стандартом» и проводится в большинстве развитых стран мира. Республика Татарстан с января 2012 года вступила в государственную программу пренатальной диагностики нарушений развития ребенка, задача которой – выявление хромосомных аномалий и пороков развития плода на ранних сроках беременности.

Особое значение имеет подготовка специалистов. Врачи проходят дистанционный курс обучения online, по окончании которого сдают теоретический экзамен. Практическая часть: каждый врач представляет экспертам свои снимки. После оценки выдается сертификат Международного центра фетальной медицины (Лондон, Великобритания). Каждому доктору присваивается уникальный персональный экспертный код, который позволяет отслеживать и оценивать работу специалиста. Экзамены сдаются ежегодно.

УСПЕТЬ ВОВРЕМЯ

При проведении скрининга первого триместра необходимо 100-процентное соблюдение всех критериев визуализации с одновременным биохимическим анализом крови беременной на В-ХГЧ и РАРР-А белок, ассоциированный с беременностью. Скрининг проводится строго в 11-14 недель: если сдать анализы крови слишком поздно или рано, точность результатов резко сократится. Поэтому врачи женских консультаций получают четкие инструкции, как правильно информировать женщин об исследованиях, проводимых по федеральной программе и бесплатных для всего населения.

Данные анамнеза (учитывается возраст родителей, наследственность, антропометрические данные, особенности течения беременности, наличие заболеваний внутренних органов, гормональные нарушения), УЗИ, биохимические анализы обрабатываются с помощью программы Astraia, основанной на модуле лондонского Фонда медицины плода. На основе этих показателей рассчитывается риск основных хромосомных аномалий – синдромов Дауна, Эдварса, Патау.

В случае высокого риска патологии плода беременной рекомендуется инвазивная пренатальная диагностика, которая подразумевает вмешательство в полость матки. И уже на основе полученных данных родители совместно с врачом принимают решение о том, будет беременность прервана или нет.

Плоды с хромосомной патологией могут попасть в группу среднего и низкого риска. Это связано с тем, что эхографические маркеры пороков сердца, некоторые пороки развития головного мозга, почки, желудочно-кишечного тракта проявляются только во втором или третьем триместрах беременности и не могут быть выявлены в первом.

В ДВА РАЗА ЭФФЕКТИВНЕЕ

Отмечу, что с началом работы по программе комбинированного пренатального скрининга выявляемость хромосомных аномалий повысилась более чем в два раза. Раньше признаки патологии тоже выявлялись – во время ультразвукового исследования или по анализу крови — но в этом присутствовал некоторый элемент случайности. Теперь же каждая беременная женщина должна пройти исследование, и массовый скрининг дает совсем другую эффективность программы в целом.

Почему это так важно? Неверно рассчитанные риски по хромосомным заболеваниям способны повлечь множество подчас не нужных инвазивных процедур либо привести к пропущенным случаям

хромосомной и другой патологии плода. Именно поэтому всем беременным женщинам даются настоятельные рекомендации о прохождении скрининга именно в специализированных центрах.

Отмечу, что во всем современном мире – и наша страна не является исключением – медицина работает по принципу информированного согласия пациента. Только получив всю необходимую информацию, беременная женщина может принять решение, кому доверить здоровье своего будущего ребенка и своей семьи.



С ЗАБОТОЙ О ЖЕНСКОМ ЗДОРОВЬЕ

Пренатальная диагностика – важная составляющая деятельности женской консультации, но, разумеется, далеко не единственная. В первую очередь, это работа участковых «женских врачей», которые принимают гинекологических больных и наблюдают беременных. Но кроме этого у нас есть другие направления, которые без преувеличения можно назвать наворотскими для женских консультаций Казани. Например, кабинет профилактики рака шейки матки. Напомню, каждой женщине рекомендуется один раз в год сдавать мазок на онкоцитологическое исследование. У нас есть возможность взять материал для анализа с помощью видеокольпоскопа, который позволяет вывести видео высокой четкости на экран. Что это дает? Мы можем брать мазок после специальных проб прицельно из нужной зоны, а не наугад, как это подчас происходит. Материал отправляется в лабораторию, и по результатам исследований при необходимости проводится радиоволновая деструкция на аппарате Сургитрон. Это самый современный на сегодняшний день метод, который не оставляет рубцов, а значит, в дальнейшем не помешает женщине забеременеть и родить.

Успешно ведутся работы по офисной гистероскопии. Пациентам очень нравится, ведь их проблема решается за 30-40 минут и без госпитализации в стационар. По показаниям проводится и исследование содержимого полости матки, т. к. диагностика хронического эндометрита – это одно из направлений по проблеме бесплодия. По этому вопросу у нас принимает врач гинеколог-эндокринолог.

Работает в нашей консультации и школа матерей – беременные женщины посещают занятия по специализированной лечебной физкультуре, лекции по грудному вскармливанию, уходу за новорожденными детьми. Все больший интерес вызывают и специальные занятия с будущими папами.

Рафис АХМЕТЗЯНОВ,

главный врач ГАУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер» г. Набережные Челны

ЗДОРОВЫЕ НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ

ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА ВРАЧЕБНО-ФИЗКУЛЬТУРНОГО ДИСПАНСЕРА (ВФД) — ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ОН ОСУЩЕСТВЛЯЕТ КООРДИНАЦИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЕХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА. ВАЖНУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ И МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД, ПОМОГАЮЩИЙ МЕДИКАМ ДЕЙСТВОВАТЬ СОГЛАСОВАННО С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕДОМСТВАМИ, ИМЕЮЩИМИ ВОЗМОЖНОСТЬ ВЛИЯТЬ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ. В РЕЗУЛЬТАТЕ СИСТЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕГОДНЯ ОХВАЧЕНЫ ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕ НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ.



Гигиеническое воспитание необходимо начинать с ранних лет. Так, работа с учащимися общеобразовательных учреждений проводится как по их заявке на уроках здоровья, так и планоно - на базе детских поликлиник в постоянно действующих лекториях. Немаловажным фактором является и то, что для подрастающего поколения здесь работают различные «школы здоровья». Гигиеническое обучение студентов проводится по заявкам и в рамках трехсторонних межведомственных приказов по профилактике наркомании, ИППП, абортот и формированию ЗОЖ Управлений здравоохранения, образования, по делам молодежи.

Важным звеном профилактической деятельности стали открытые во всех поликлиниках школы пациентов, позволяющие страдающим гипертонией, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, минимизировать ущерб своему здоровью и обеспечить радость полноценной жизни. В детских поликлиниках города функционируют кабинеты пренатального воспитания беременных по программе «Сонатал».

Ввиду занятости население не всегда может посещать такие групповые занятия. У работающих граждан имеется возможность прослушать лекции на интересные их темы на информационных встречах трудовых коллективов, которые организуются согласно путевок Исполкома города. Кроме того, для рабочих на заводах созданы постоянно действующие лектории по профилактике артериальной гипертонии.

При Центральной библиотеке города работает клуб «Здоровье», планы работы которого координируются организационно-методическим отделом ВФД. Основные участники встреч – читатели среднего и пожилого возраста. В течение года в клубе традиционно проходят такие мероприятия как «Ярмарка досуга», «Занятия ЛФК», на которые приглашаются и наши специалисты. В январе 2013 года в библиотеке открылась «Школа онкологического пациента», занятия для

всех желающих проводят врачи онкологического диспансера каждый последний понедельник месяца.

С целью формирования ЗОЖ у населения ежегодно организуются и проводятся массовые профилактические мероприятия: дни открытых дверей, конкурсы, праздники здоровья и др.

Таким образом, ежегодно медицинские работники ЛПУ города обучают способам сохранения и укрепления здоровья около 100 тысяч населения, в массовых профилактических мероприятиях принимают участие около 50 тысяч горожан. Помимо этого, организовано информационное обеспечение в СМИ тематических декадников, мероприятий, посвященных всемирным и международным дням, спортивных мероприятий и т.д. Совместно с заинтересованными учреждениями организуются пресс-конференции на актуальные темы. Рекомендации, которые мы транслируем жителям Набережных Челнов, традиционны: вести здоровый образ жизни, отказаться от употребления табака и наркотиков, не злоупотреблять алкоголем, а также рационально питаться и достаточно активно заниматься физической культурой.

Нияз МУЗАГИТОВ,
главный врач ГАУЗ «Городская поликлиника №6»
г. Набережные Челны

«ОФИСНАЯ РАБОТА» - ДЛЯ ВРАЧЕЙ

ЕЩЕ В 2009 ГОДУ УПРАВЛЕНИЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НАБЕРЕЖНЫХ ЧЕЛНОВ БЫЛА ВНЕДРЕНА НОВАЯ МОДЕЛЬ
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩАЯ
ВНЕДРЕНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ СЕТЬ
ОФИСОВ ВРАЧЕЙ ВЗРОСЛОЙ И ДЕТСКОЙ СЛУЖБЫ. ИТОГИ
ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ ДОКАЗАЛИ ПРАВИЛЬНОСТЬ ЭТОГО ВЫБОРА.



В условиях кадрового дефицита и большого количества функциональных обязанностей, возложенных на амбулаторно-поликлиническую службу, обеспечение доступности первичной медицинской помощи становится важнейшей управленческой задачей. При том, что загруженность врачей в поликлиниках очень высока, около 30% их рабочего времени, включая затраты на дорогу, уходит на обслуживание больных на дому.

Одним из эффективных решений по оптимизации работы амбулаторно-поликлинической службы стали врачебные офисы, открываемые в новых микрорайонах Набережных Челнов. Они становятся неотъемлемыми частями функциональных центров жизнеобеспечения наряду со школой, детсадами и др. Участковые врачи работают по цеховому принципу в непосредственной близости с пациентами, а в головной поликлинике располагается диагностическая база, специалисты, дневной стационар и другие подразделения. Строительство одного из таких офисов общей площадью в 528 кв. м началось в новом микрорайоне «Прибрежный» в марте 2011 года. Торжественное открытие офиса под эксклюзивным названием «Твой доктор» состоялось уже 30 апреля того же года. Стоимость одного офиса - 16 млн рублей, включая оборудование и мебель.

Цель офиса - обеспечение доступности квалифицированной первичной медицинской помощи для взрослого и детского населения. Офис врачей общей практики функционирует на первом этаже жилого здания, обслуживая жителей двух крупных комплексов. При проектировании все было продумано до мелочей, включая объем оказываемых услуг, логистику маршрута пациентов, бытовые условия. Офис является составной частью городской поликлиники №6. Он рассчитан в перспективе на 8000 населения, расположен в активно застраиваемом микрорайоне, и количество прикрепленных к нему пациентов постоянно увеличивается.

В офисе оказывается весь необходимый набор услуг: прием врачей общей практики с оказанием первичной медико-санитарной помощи по терапии, неврологии, офтальмологии и хирургии. Выполняются врачебные назначения в

виде инъекций, инфузий, перевязок, физиолечения, проводится забор анализов. Производится и ультразвуковая диагностика, измерение внутриглазного давления, электрокардиография, антропометрия, определение остроты зрения, то есть все самые необходимые функциональные диагностические исследования.

Офис разгрузил поликлинику в объеме посещений до 10%, что, несомненно, повлияло на уменьшение очередей в головном учреждении. Работа участкового врача состоит из приема в поликлинике - 4 часа и работы на участке - 3, на дорогу тратится почти 1,5. Благодаря близости офиса к участку время на дорогу экономят и пациент, и врач, причем у последнего это - ни много ни мало - 17 часов в месяц, которые он может уделить профилактической работе с пациентами!

Итоги трех лет работы показали, что количество пациентов, принятых в офисах, по сравнению с участком поликлиники увеличилось на 7%, а число граждан, направленных к узким специалистам, уменьшилось на 20%. Удобное месторасположение, современные комфортные условия офисов врачебной практики и уменьшение очередей создали доброжелательную атмосферу между специалистами и пациентами.

Луиза МУРАДЫМОВА,
врач-педиатр высшей категории, заведующая
кабинетом медицинской профилактики ГАУЗ
«Азнакаевская ЦРБ»

КАБИНЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ: ОПЫТ АЗНАКАЕВСКОГО РАЙОНА



В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ И «ОМОЛОЖЕНИЯ» ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ, ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ. В ЭТОЙ РАБОТЕ КАБИНЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ СВЯЗУЮЩИМ ЗВЕНОМ МЕЖДУ ВСЕМИ СТРУКТУРНЫМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ АПУ.



Сердечно-сосудистые, онкологические и хронические бронхолегочные заболевания, сахарный диабет являются ведущими причинами смертности в России. Неутешительные статистические данные говорят о том, что Азнакаевский район не стал счастливым исключением. Поиск эффективных подходов к решению демографических задач, стоящих перед здравоохранением, требует мобилизации всех сил и средств на пути к достижению поставленных целей. Однако добиться того, чтобы известный постулат «болезнь легче предотвратить, чем лечить» стал девизом каждого, не так то легко. Ведь для этого зачастую приходится ломать прочно установившиеся стереотипы образа жизни, поведения, питания. А, значит, фундамент правильного отношения к своему здоровью должен быть заложен как можно раньше. Этот принцип стал одним из главных в работе кабинета медицинской профилактики Азнакаевской ЦРБ.

В процессе гигиенического воспитания ребенка важно научить его использовать полученные знания в повседневной жизни. Детям младшего возраста прививают такие навыки как мытье рук, чистка зубов и т.п., дети постарше получают первоначальные сведения о строении человеческого тела, жизнедеятельности систем и органов, а также различных факторах, влияющих на здоровье. Ориентация интересов на здоровый образ жизни (ЗОЖ) обеспечивает полноценное физическое и психическое саморазвитие личности. Конечным же результатом стратегии является сохранение и укрепление здоровья, увеличение продолжительности жизни, снижение заболеваемости и смертности. Поэтому наш кабинет ведет большую работу именно в этом направлении: проводятся занятия в детских дошкольных учреждениях, «уроки здоровья» для учащихся школ, лекции в детских оздоровительных лагерях, встречи с детьми в библиотеках, кружках и т. д.

Особое внимание уделяется работе с подростками. К сожалению, сегодня курение, злоупотребление алкоголем, использование наркотических средств

распространены в молодежной среде, оказывая пагубное влияние не только на самих подростков, но и определяя здоровье их будущего потомства. Успех в этом направлении может быть достигнут только при условии межведомственного сотрудничества. При этом ведущую роль в разъяснительной работе о влиянии тех или иных факторов на здоровье, конечно же, играют медицинские работники. Это индивидуальные беседы, лекции, участие в информационных кампаниях. Все большую значимость приобретают регулярно проводимые в районе массовые молодежные акции «Молодежь против наркотиков», «Быть здоровым - это здорово!», «Все вместе против СПИДа», «Мы - за здоровый образ жизни!» и другие.

Хорошая традиция в нашем районе – ежегодная апрельская «Неделя здоровья», приуроченная ко Всемирному дню здоровья. На предприятиях проводятся мероприятия по пропаганде ЗОЖ, привлечению к физкультуре: спортивные семейные праздники, физкультминутки, конкурсы детского рисунка, КВН, круглые столы и т.д.

В последние годы в городском парке проводится массовое мероприятие под девизом: «Я люблю тебя, жизнь!», которое объединяет в себе две акции: посвященную 31 мая, Всемирному дню без табачного дыма, и 1 июня, Международному дню защиты детей. На таком грандиозном семейном празднике нет места курящим! Во время праздничного концерта организуется танцевальный флешмоб участников проекта «SaMoСтоятельные - дети» с призывами к здоровому образу жизни, маленькие дети старательно участвуют в конкурсе рисунков на асфальте, а волонтеры настойчиво предлагают взрослым обменять сигарету на конфету и раздают листовки антитабачной направленности. Для всех желающих проводятся спортивные соревнования под девизом «Папа, мама, я - спортивная семья». Праздник традиционно завершается молодежной дискотеккой, где главным лозунгом становится «Мы за здоровый образ жизни!».

Для мотивации населения к заботе о собственном здоровье кабинет медицинской профилактики ежегодно 14 мая во Всемирный день борьбы с артериальной гипертензией организует акцию «Измерь свое давление». Она проходит в крупных магазинах, аптеках, почтовых отделениях и т.п. Медицинские работники проводят измерение артериального давления у всех желающих, дают рекомендации. Однако в профилактике хронических неинфекционных заболеваний проведения одних только акций недостаточно. Кабинет медицинской профилактики является организатором тематических занятий для пациентов: «школа для пациентов с артериальной гипертензией», «школа больных сахарным диабетом», «школа больных глаукомой» и др. В центральной поликлинике размещены мониторы, на которых демонстрируются видеоматериалы по пропаганде ЗОЖ. При консультировании населения, проведении массовых акций наш кабинет активно распространяет буклеты, памятки, которые издаются в Республиканском центре медицинской профилактики.

Необходимо особо отметить совместную работу с медицинскими работниками ФАПов. Как правило, здесь все задачи по профилактике решаются силами одного фельдшера. Нужно успеть провести «школу здоровья», побеседовать с молодой матерью о правильном вскармливании, оформить уголок здоровья, рассказать о вредных привычках ребятам в сельской школе, прочитать лекцию для механизаторов на полевом стане и многое другое. Кабинет медицинской профилактики оказывает всестороннюю методическую помощь как в планировании, так и в самой профилактической работе ФАПов.



Количество обслуживаемого ГАУЗ «Азнакаевская ЦРБ» населения – **63 548** человек, **13 407** из них – дети до 18 лет. В 2012 году показатель общей смертности в районе составлял **14,1** на 1000 населения, в 2013-м – **13,6** на 1000. Коэффициент естественного прироста населения в 2012 году – + 0,7, в 2013-м – +1,4.



Взаимодействие со СМИ происходит согласно календарю профилактических декад Республиканского центра медицинской профилактики. Регулярные выступления медицинских работников на местном телевидении, публикации в прессе, а также еженедельная трансляция радиопередачи о здоровье позволяют обеспечить максимальный охват аудитории.

Кабинет медицинской профилактики регулярно участвует в различных конкурсах. Так, проект «ТВ-доктор» по итогам всероссийского конкурса проектов по ЗОЖ «Здоровая Россия-2010» вошел в библиотеку лучшего российского опыта. В 2011 году был разработан проект «Кукольный театр «Крепыш», который стал победителем в республиканском конкурсе социальных проектов «Общественная инициатива-2011» в номинации «Здоровое поколение». В 2013 году мы приняли участие в республиканском конкурсе среди муниципальных образований и организаций на звание «Территория без табака». Реализация проекта потребовала участия практически всех ведомств и служб района, при этом ведущая роль, безусловно, принадлежала работникам здравоохранения. Наш проект «Жизнь без табака» занял почетное первое место, был выигран грант в размере 500 тысяч рублей. Полученные средства были направлены на развитие профилактической работы с населением по пропаганде ЗОЖ: приобретены современное цифровое оборудование для демонстрации видеоматериалов и проведения лекций, техника для тиражирования печатной продукции, наглядные пособия и т.д. Все это, несомненно, открывает дальнейшие перспективы развития профилактической службы и позволит перевести работу по гигиеническому воспитанию и формированию ЗОЖ среди населения Азнакаевского муниципального района на качественно новый уровень.



Преображение сельской медицины

Третий год в Татарстане реализуется программа модернизации первичного звена, и на селе ее символом стали модульные ФАПы - «домики с оранжевой крышей», которые вывели оказание медико-санитарной помощи на качественно новый уровень.

Старт этой масштабной работе был дан в 2012 году, когда началась реализация республиканской программы «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению». Она предусматривала, в частности, строительство новых модульных ФАПов вместо аварийных и не подлежащих ремонту. У истоков данной программы стоял Айрат Фаррахов, который тогда являлся министром здравоохранения Республики Татарстан. В сентябре 2013 года он стал заместителем министра здравоохранения Российской Федерации, а сегодня занимает пост заместителя министра финансов Российской Федерации. Несмотря на напряженный рабочий график, он нашел время на то, чтобы ответить на несколько вопросов от Healthy Nation.

- Программа модернизации первичного звена здравоохранения стартовала в 2012 году. Айрат Закиевич, расскажите, пожалуйста, о том, как появилась идея программы, как шло ее «наполнение».

- 2011-2012 годы в здравоохранении республики прошли под флагом модернизации. Безусловно, эта федеральная программа дала очень многое - удалось полностью обновить ряд ведущих клиник Татарстана. Вместе с тем, уже тогда было понятно, что без перемен в первичном звене будет сложно обеспечить этапность оказания медицинской помощи. Большинство людей, нуждающихся в лечении, обращаются, в первую очередь, в медучреждения по месту жительства. И если говорить о



сельской медицине, то здесь ситуация была наиболее сложной.

Эта проблема поднималась, в частности, в феврале 2012 года Президентом Татарстана Рустамом Миннихановым во время совещания по вопросам демографической политики с участием Владимира Путина. Глава республики предложил разработать новую федеральную целевую программу по развитию первичного звена. Тогда же Владимиру Владимировичу был презентован проект модульного ФАПа и получил его одобрение.

Весной того же года мы провели инвентаризацию всех ФАПов Татарстана, составили перечень аварийных и нуждающихся в капитальном ремонте зданий, более того - составили фоторегистр, в котором все это было наглядно продемонстрировано. 70% пунктов работали более 20 лет и были, мягко говоря, не в лучшем состоянии.

Наряду с ФЦП «Социальное развитие села до 2013 года» была разработана республиканская программа по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи. Нами были использованы все имеющиеся возможности федеральных и республиканских программ финансирования.

- Сегодня более чем в 200 населенных пунктах Татарстана установлены модульные ФАПы, и их появление прочно связано с вашим именем. Не могли бы

вы поделиться историей создания и массового распространения этих «домиков с оранжевой крышей» по всей республике?

- Работая в Правительстве Республики Татарстан, я отвечал за Азнакаевский район. Приходилось неоднократно посещать предприятия промышленности. Во время одного из таких визитов и была поставлена задача по разработке модульных ФАПов. Этим занялся «Азнакаевский завод «Нефтемаш», который смог полностью удовлетворить нашим требованиям. Для нас были важны создание комфортных условий для работы медиков, соблюдение всех санитарно-гигиенических норм, функционал и универсальность. Нужно отметить, что это была совместная работа не только с Минздравом РТ, но и с Минстроем РТ, Главным инвестиционно-строительным управлением РТ и другими ведомствами республики. Проект прошел все согласо-

Так, в Татарстане, когда мы начинали программу по развитию первичного звена, было накоплено большое количество проблем, которые просто невозможно решить одновременно. Помимо удручающего состояния ФАПов, в обновлении нуждались и врачебные амбулатории, и офисы врачей общей практики, необходимо было организовывать работу выездных бригад, обеспечить преемственность оказания медицинской помощи, ее доступность. Республика взяла высокий темп в решении этих важнейших вопросов, и этот опыт, конечно, может быть примером для других регионов.

Успехи республики в деле модернизации первичного звена на селе во многом обусловлены и строительными решениями, которые были здесь применены. «Главное преимущество модульных технологий – скорость возведения здания, – говорит



Сегодня модульные ФАПы устанавливаются в российских субъектах в рамках федеральной программы, региональных бюджетов и за счет других источников финансирования.

вания, было показано, что он может быть применен в любом сельском поселении, при этом модульное строительство укладывается в довольно жесткие рамки бюджетного финансирования. Я участвовал в открытии первого модульного ФАПа и могу сказать, что он полностью оправдал наши ожидания. Дальнейшее масштабное тиражирование этого опыта по всей республике показало, что эта модель успешна.

- Почему, на ваш взгляд, модульные решения пока не получили такого массового распространения в России, как в Татарстане?

- Сегодня модульные ФАПы устанавливаются в российских субъектах в рамках федеральной программы, региональных бюджетов и за счет других источников финансирования. Ситуация везде разная, и многое зависит, что называется, от инициативы на местах. Регионы во многом сами определяют свои приоритеты с учетом экономических реалий, состояния дел в здравоохранении.

генеральный директор ОАО «Азнакаевский завод «Нефтемаш» Марат Гайсин. - Это определяется тем, что все конструкции изготавливаются заранее в цеховых условиях, а на месте происходит только сборка.

За 2012-2013 годы было построено 149 модульных ФАПа, три патолого-анатомических отделения (ПАО) и одна врачебная амбулатория (ВА). В 2014 году уже возведено 60 ФАПов, три ПАО и одна ВА. Кроме того, в этом году в республике построено 44 модульных участковых ветеринарных пункта.

Всего же за 2,5 года было установлено 211 модульных ФАПов. К моменту, когда этот номер выйдет из типографии, эта цифра, вполне возможно, уже устареет, поскольку активное строительство продолжается. До конца года еще планируются открытия новых «домиков с оранжевой крышей», а, значит, еще больше сельских жителей получат возможность получить качественную первичную медико-санитарную помощь в комфортных условиях и в шаговой доступности.*

ПРЯМАЯ РЕЧЬ



Минхат САФАРОВ,
главный врач
Муслимовской ЦРБ:
«На сегодняшний день мы запустили пять

сельских модульных ФАПов. Они идут в полном комплекте, соответствуют всем лицензионным требованиям. Очень удобные, очень компактные, очень комфортные. Жители села просто в восторге от тех условий, которые создает программа улучшения сельского здравоохранения. Со стороны руководства района – только положительная реакция: у граждан на сходах гораздо меньше вопросов к здравоохранению».



Ришат БИЛАЛОВ,
главный врач
Новошешминской ЦРБ:
«Строительные работы – это всегда сложно,

со строителями постоянно возникают проблемы. Но «Нефтемаш» все делает на профессиональном уровне. Последние ФАП они нам собрали буквально за 7 дней, не создавая никаких неудобств. У них хорошее гарантийное обслуживание, есть человек, с которым можно решать все вопросы. На наши звонки реагируют мгновенно».



Владимир ГУРОВ,
главный врач
Зайнской ЦРБ (с 2010 по 2014 гг.):
«У нас, к сожалению,

лечебные учреждения очень часто располагаются в приспособленных помещениях. «Нефтемаш» предлагает типовое здание, уже адаптированное под конкретные цели. И как только они закончили – можно сразу приступить к работе: все сделано в соответствии с СанПиН, требованиям Роспотребнадзора, укомплектовано мебелью и оборудованием по нашим спецификациям. Для наших пациентов – это просто другой уровень культуры обслуживания. Новая Савалеевская амбулатория по комфорту превосходит все, что имеется у нас в городе».

Пренатальный скрининг: массовый, централизованный, эффективный



Рустем ГАЙФУЛЛИН, Ильмира ГАЛИМОВА, Лилиана ТЕРЕГУЛОВА, Зульфия ВАФИНА,
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ».

В 2012 году в Татарстане был начат централизованный скрининг I триместра беременности. К этому моменту были закуплены 5 УЗИ-аппаратов экспертного класса, организовано 5 центров пренатальной диагностики (ЦПД) в Казани, Набережных Челнах, Альметьевске, Нижнекамске. Организационно-методическое и практическое сопровождение скрининга по республике проводится руководителями медико-генетической консультации (МГК) и отделения УЗИ Республиканской клинической больницы МЗ РТ. На базе клиники было обучено 10 специалистов ультразвуковой диагностики из ЦПД, затем они получили международные сертификаты Фонда медицины плода (FMF).

Международный фонд медицины плода был создан английским профессором Кипросом Николайдесом 15 лет назад. Это признанная во всем мире организация, проводящая широкомасштабные научные исследования в области пренатальной диагностики и лечения плода. Кипрос Николайдес был одним из первых, кто показал и доказал значимость визуализации и измерения воротникового пространства у плода в I триместре беременности. Вместе с тем, понадобились годы, чтобы создать существующую ныне стройную систему пренатального скрининга беременности

I триместра, суть которой заключается в проведении УЗИ плода по определенному алгоритму при 100% соблюдении всех необходимых критериев визуализации с одновременным биохимическим анализом крови беременной на бета-ХГЧ и PAPP-A (белок, ассоциированный с беременностью). Полученные данные обрабатываются в программном продукте, основанном на модуле FMF, рассчитывается риск основных хромосомных аномалий: синдрома Дауна, синдрома Эдвардса, синдрома Патау. Модуль FMF обрабатывался в течение многих лет на основании многоцентровых исследо-

ваний и показал очень высокие результаты. Однако оказалось, что воспроизвести их на местах могут только высококвалифицированные и обученные по определенной методике специалисты, и их должно быть достаточно много. И тогда Кипрос Николайдес, одним из первых в мире, создает настоящую медицинскую интернет-школу, где он и его сотрудники читают лекции, которые можно многократно прослушать в онлайн-режиме на разных языках, включая русский. После этого врач сдает экзамены и получает сертификат. Таким образом была создана система обучения, доступная тысячам специалистов. Но чтобы она работала постоянно на самом высоком уровне, нужен был контроль, и профессор Николайдес ввел регулярный аудит качества работы всех звеньев пренатального скрининга. Международный сертификат соответствия специалистов УЗИ должен подтверждаться ежегодно. Биохимические лаборатории, работающие по модулю FMF, также проходят сертификацию и постоянный аудит. Модуль и его программные оболочки постоянно обновляются. Такие программы как «Астрайя» в настоящее время осуществляют постоянный аудит качества ультразвуковых и лабораторных исследований в автоматическом режиме. Таким образом, была создана международная система пренатального скрининга I триместра беременности, в которую включается все больше стран. Особенно ярко ее результаты видны в странах с преобладанием государственного здравоохранения, таких как Англия, Германия, Израиль, где возможен охват основного количества беременных. В этом плане Россия, конечно, также является идеальным местом для проведения массового скрининга I триместра беременности при наличии соответствующего финансирования. До 2011 года у нас лишь единицы работали по модулю FMF. С 2011-го при финансовой поддержке правительства в Московской, Новосибирской и Томской областях начал реализовываться соответствующий пилотный проект. В это же время было подписано соглашение между федеральным правительством и правительством Татарстана о финансировании программы массового централизованного скрининга в I триместре беременности в республике. С начала скрининга - 20 января 2012 года до 1 июля 2014 года обследовано 94609 беременных на сроке 11-14 недель, что составило более 80% от числа вставших на учет по беременности до 14 недель. Срок беременности определялся по крестцово-тазовому размеру (КТР), изме-

Центры пренатальной диагностики в РТ

ренному в женских консультациях по месту жительства беременных.

Ультразвуковые исследования проводились всем беременным на УЗИ-аппаратах экспертного класса: 5 Accuvix V-20 («Медисон»), 3 HD-15 («Филипс») и 1 IU-22 («Филипс») 28 врачами ультразвуковой диагностики, имеющими международный сертификат соответствия FMF. Все УЗИ-исследования проводились строго по алгоритму FMF:

1. Измерение КТР (диапазон – 45-84мм), плод должен находиться в нейтральном положении, расстояние между подбородком и грудиной – 2-4мм, спинкой кзади, длинная ось плода должна быть параллельна плоскости сканирования.

2. Выведение профиля плода в строго сагитальном сечении

Строго сагитальное сечение характеризуется следующими критериями: должны быть видны одновременно кость носа, кожа и кончик носа, скуловая кость и сосудистые сплетения боковых желудочков не должны присутствовать в этом срезе, должны быть четко видны срединные структуры мозга (диэнцефалон и 4-й желудочек) в виде интракраниальной прозрачности правильной формы.

3. Увеличение полученного изображения профиля плода проводится так, чтобы на экране аппарата отображались голова и часть груди плода.

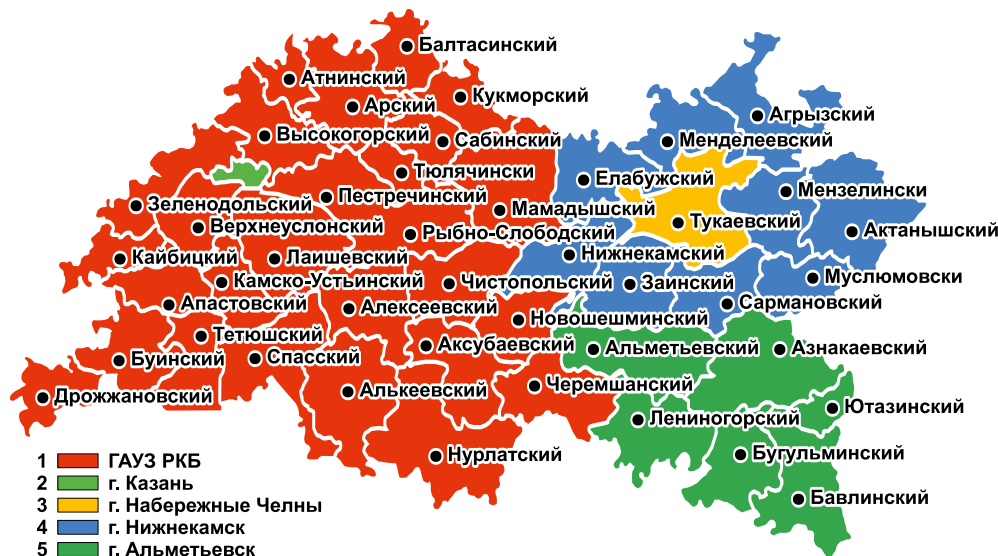
4. Измерение воротникового пространства (ВП) на увеличенном изображении, калиперы устанавливаются в самой широкой части ВП строго на границы перехода гиперэхогенной составляющей линий, ограничивающих воротниковое пространство, на гипопозоногенную составляющую.

5. Измерение-оценка кости носа на полученном до этого увеличенном изображении профиля плода.

6. Измерение частоты сердечных сокращений плода: увеличение числа сердечных сокращений характерно для трисомии 13.

Все полученные трехмерные объемы и эхограммы с измерениями сохранялись в памяти рабочих станций, имеющихся у каждого УЗИ-аппарата. Впоследствии они использовались для внутреннего аудита. Все измерения фиксировались в специально разработанном для ЦПД направлении, отдельно заполнялся протокол УЗИ, где отражалась анатомия плода (череп, мозг, профиль, верхние и нижние конечности, положение сердца, желудок, мочевого пузыря). После проведения УЗИ и установления точного срока беременности у всех беременных забиралась кровь и отправлялась в специальных пробирках вместе с данными УЗИ в МГК. В МГК проводился биохимический анализ маркеров хромосомных аномалий (б-ХГЧ и РАРРА) на анализаторе KriptorBRANMS (Германия).

Данные УЗИ, биохимического анализа и индивидуальные показатели обрабатывались в программе «Астрайя», после чего рассчитывался индивидуальный риск



хромосомных аномалий (ХА). Он считался высоким при отношении 1:100, в этом случае беременные в течение 2-3 дней вызывались в МГК для проведения медико-генетического консультирования и инвазивной диагностики. Риск между 1:100 и 1:200 считался средним и требовал индивидуального подхода для решения вопроса о необходимости подтверждающей инвазивной диагностики. В этих случаях экспертами

МГК проводился аудит УЗИ, дополнительно изучался кровоток в венозном протоке плода, трикуспидальная регургитация, оценивались четырехкамерный и, по возможности, трехсосудистый срезы сердца. При обнаружении аномалий и пороков осуществлялась подтверждающая инвазивная диагностика: биопсия ворсин хориона. Риск при отношении свыше 1:200 считался низким.

Алгоритм пренатальной диагностики врожденных пороков развития у плода



Рис. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ХРОСОМНЫХ АНОМАЛИЙ

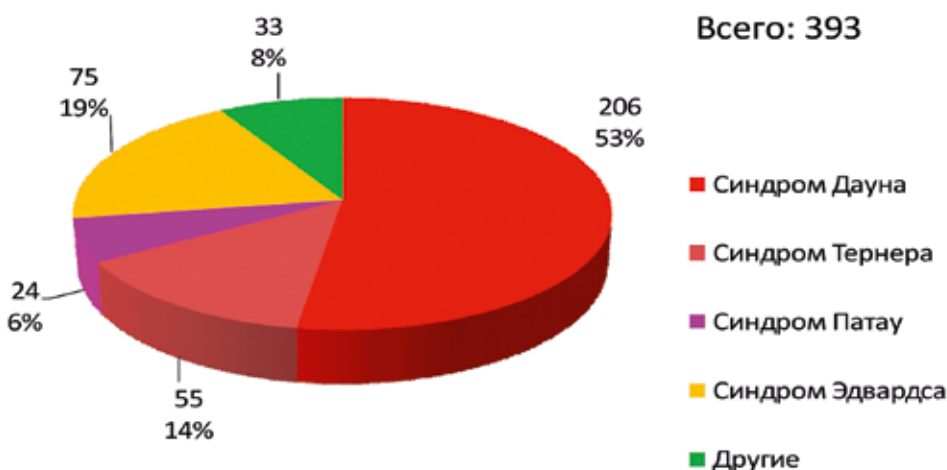


Рис. 2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНВАЗИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

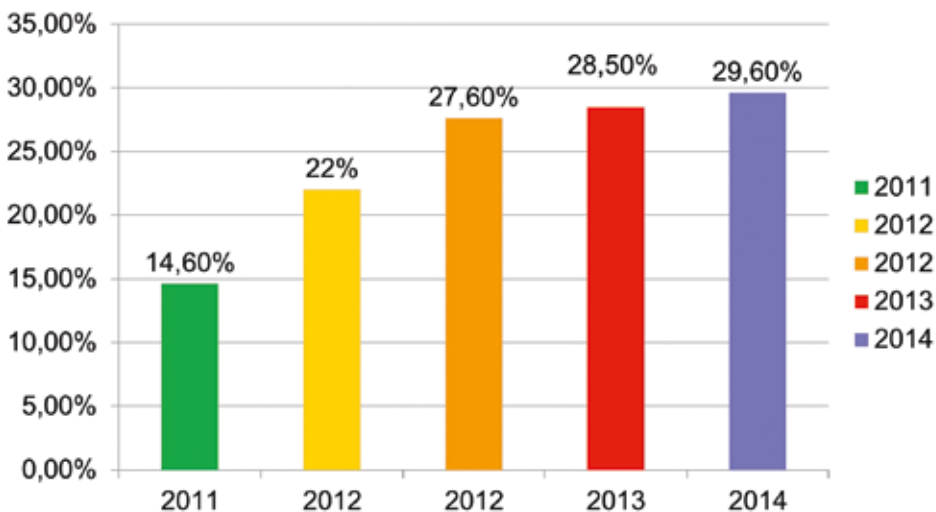
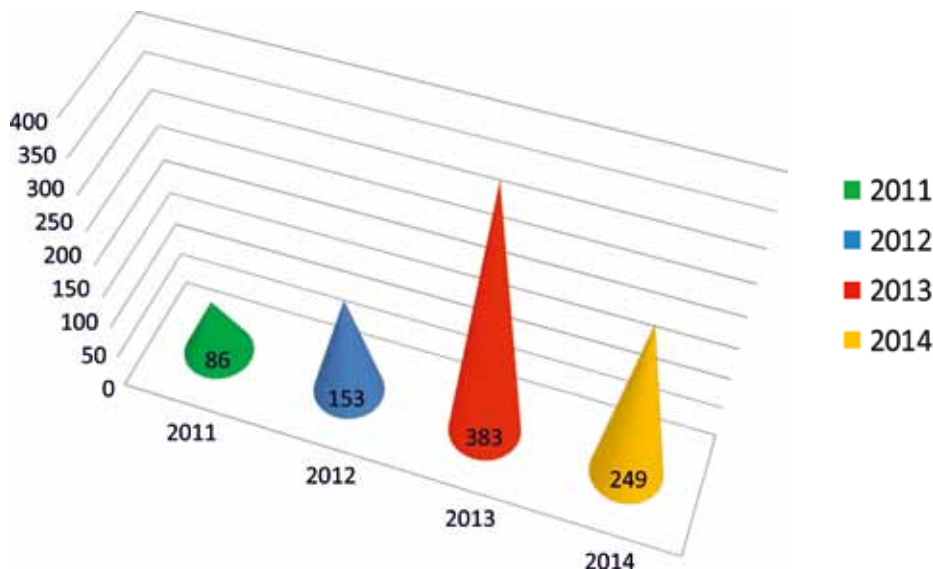


Рис. 3. ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ



РЕЗУЛЬТАТЫ

В рамках массового централизованного пренатального скрининга I триместра обследовано 94609 беременных, группу риска составили 1217 беременных (1,3%), выявлено 393 случая хромосомной патологии (32,3%), 871 тяжелый порок развития плода (0,9%)

Структура выявленной хромосомной патологии представлена на рис 1.

Среди выявленной хромосомной патологии больше половины случаев связано с синдромом Дауна, что соответствует литературным данным, на втором месте находятся трисомия по 18 хромосоме и моносомия по X-хромосоме. В целом, каких-либо значимых отличий полученных данных от европейских многоцентровых исследований не выявлено.

При сравнении результатов, полученных в ходе скрининга по алгоритму FMF, с показателями 2011 года оказалось, что выявляемость хромосомных аномалий повысилась в 1,7 раза, результативность инвазивных исследований выросла в 2 раза, то есть на каждые 100 инвазивных процедур, проведенных беременным, попавшим в группу риска, количество выявленных ХА выросло на 70% (рис. 2). Это связано с тем, что группы риска формировались в соответствии с индивидуальным риском, основанным на сложном многофакторном статистическом анализе, лежащем в основе модуля FMF. В 2011 году группы риска формировались отдельно по возрасту и отдельно по биохимическим и эхографическим маркерам ХА.

Количество пороков развития, выявленных в I триместре, возросло многократно, стали выявляться пороки, которые до этого выявлялись спорадически, например, пороки сердца, дефекты позвоночника, лица, гипоплазии и аплазии конечностей. Резко повысилась выявляемость таких летальных пороков как акрания, голопрозэнцефалия (рис. 3). Результативность инвазивных исследований плода за 2012-2014 гг. по сравнению с показателями 2011 года возросла более чем в два раза - с 14,6% до 32,3%, выявляемость хромосомных аномалий развития плода в первом триместре беременности увеличилась в 2,6 раз, врожденных аномалий развития плода в первом триместре - в 2,9 раз, результативность скрининга достигла 90,2%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Результаты массового централизованного пренатального скрининга I триместра беременности показывают высокую эффективность алгоритма FMF в Татарстане.

2. Используемый алгоритм, нацеленный на выявление трисомий по 21, 18 и 13 хромосоме, позволяет обнаруживать и другие ХА.

3. Проведение скрининга I триместра врачами-экспертами позволило выявить большинство клинически значимых пороков развития плода на сроке до 14 недель беременности.

4. Централизованный характер скрининга позволяет осуществлять постоянный аудит над проводимыми ультразвуковыми и биохимическими исследованиями.



ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ЗДОРОВЬЯ

ОКТАБРЬ 2014
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
ЛЕНЭКСПО | ПАВИЛЬОН 7



6+



www.pmfz.expoforum.ru
+7 812 240 40 40

Реклама

Организаторы:



primexpo



Сервисное обслуживание - решение профессионалов



Диагностика и лечение пациента в современном ЛПУ сопряжены с использованием сложной медицинской техники. Любая неисправность оборудования может стать причиной постановки неправильного диагноза, неэффективной терапии и даже приостановить работу целого отделения. Избежать подобных эксцессов позволяет аутсорсинг в сфере сервисного обслуживания медицинской техники.

В ходе модернизации здравоохранения количество сложной медицинской техники в лечебных учреждениях Татарстана увеличивается, растет и число вопросов, связанных с его сервисным обслуживанием. Любое оборудование, а медицинское – тем более – требует не просто внимательного ухода, а регулярного технического обслуживания, проверки, юстировки и, если это необходимо, ремонта и замены блоков и деталей, отработавших свой ресурс. Первый вопрос, который

при этом возникает у руководителя ЛПУ – о стоимости сервисных услуг. С одной стороны, необходимо обеспечить бесперебойную работу оборудования, с другой – уложиться в бюджет. При этом чрезмерная экономия на обслуживании может привести к быстрому износу и выходу из строя даже самых современных и дорогостоящих аппаратов.

Эффективным решением вопроса сервисного обслуживания и ремонта оборудования является переход на аутсорсинговое взаимодействие с компаниями, обладающими всеми необходимыми ресурсами, оборудованием и компетентными сервисными центрами. Серьезные специализированные предприятия, которые занимаются поставкой и обслуживанием всего ряда медицинских приборов, имеют в своем арсенале контрольно-диагностическое, испытательное и ремонтное оборудование, работы выполняются высококвалифицированными специалистами в области метрологии, радиоэлектроники механики с соответствующими допусками.

На российском рынке сервисных услуг предложений от различных компаний достаточно много. Для того чтобы выбрать наиболее надежного партнера, необходимо обратить внимание на перечень предлагаемых услуг и степень компетенции, что определяется соответствующими сертификатами. Узкоспециализированные компании и производители, как правило, имеют дело только с одним определенным видом оборудования или обслуживают аппараты лишь одного бренда. Более выгодным представляется сотрудничество с предприятием, готовым взять на себя ответственность за работу всего списка медицинских приборов лечебного учреждения.

Для улучшения качества предоставляемых услуг и координации совместных усилий многие компании, специализирующиеся на ремонте и обслуживании медицинского





Эффективным решением вопроса сервисного обслуживания и ремонта оборудования является переход на аутсорсинговое взаимодействие с компаниями, обладающими всеми необходимыми ресурсами, оборудованием и компетентными сервисными центрами.

оборудования, объединились в рамках Российской ассоциации по продаже и ремонту медицинской техники «РАПМЕД». В 2010 году на основе этого объединения была создана саморегулируемая организация, в которую вошло 108 российских компаний - от Южно-Сахалинска до Калининграда. Одна из них - ООО «РЕНИР», специализирующееся на комплексной поставке медицинского оборудования отечественных и зарубежных производителей, изделий медицинского назначения, расходных материалов, техническом (сервисном) обслуживании и ремонте медицинской техники всех видов. Предприятие имеет собственные испытательный центр, оснащенный самым современным оборудованием ремонтную базу и несколько специализированных подразделений: лабораторию радиационного контроля, лабораторию электроизмерений и методико-консультативный отдел по разработке профильных методик и консультированию врачей по вопросам дозиметрии и радиационной безопасности. Но главным ресурсом компании являются высококвалифицированные специалисты, имеющие соответствующие сертификаты, регулярно проходящие обучение и сдающие экзамены на подтверждение квалификации. Они имеют допуски на проведение технического обслуживания медицинского оборудования, работы с источниками ионизирующего излучения, ремонт и поверку измерительных приборов.

Инженерные подразделения осуществляют техническое обслуживание медицинской техники согласно регламенту,

прописанному в эксплуатационной документации производителя, причем на обслуживание берется не только относительно новая аппаратура, но и старое оборудование. Проводится диагностика, определяется степень изношенности, ремонтпригодность, при необходимости технику восстанавливают.

Ремонтные бригады оснащены диагностическим оборудованием и контрольно-измерительными приборами отечественных и зарубежных производителей. В том числе используется продукция Fluke Biomedical - мирового лидера в производстве био-медицинского контрольно-измерительного оборудования и продуктов для имитационного моделирования, что включает в себя тестеры электрической безопасности, пациентские симуляторы, анализаторы производительности, полностью интегрированные и автоматизированные системы тестирования и документирования эксплуатационных характеристик приборов. Это позволяет производить сервисное обслуживание и комплексную проверку широкого спектра медицинской техники: дефибрилляторов, кардиостимуляторов, электрокардиографов, электрохирургических приборов (коагуляторов), ультразвуковых диагностических аппаратов, мониторов жизненных функций пациента, измерителей артериального давления, фетальных мониторов, пульсоксиметров, аппаратов искусственной вентиляции легких, наркозно-дыхательных аппаратов, вакуумных экстракторов, инфузионных и шприцевых насосов, инкубаторов для новорожденных, магнитно-резонансных



томографов, рентгеновских систем. Кроме того, в компании организована собственная служба контроля качества, которая проводит выборочную проверку оборудования после проведения ремонтных работ по всем ключевым параметрам.

Компания «РЕНИР» является официальным партнером и тесно сотрудничает со многими отечественными и зарубежными производителями в рамках сервисного обслуживания, такими как Covidien, GE Healthcare, Philips, Draeger, B. Braun, Johnson & Johnson, Dixon и других. Так, на базе сервисной службы компании создан центр ремонта и обслуживания шприцевых и волюметрических дозаторов компании B. Braun, а также всего комплекса оборудования Dixon, поставляемого в Татарстан и ближайшие области ПФО.*



В профессиональных интересах

На сегодня в Ассоциацию медицинских работников Республики Татарстан (АМР РТ) вступило около 3000 человек, и она обрела легитимность с точки зрения федерального законодательства. Растущая роль профессионального союза в современных реалиях, демократизация управления здравоохранением и другие не менее актуальные темы были затронуты на отчетной конференции АМР РТ.



В мероприятии приняли участие представители Ассоциации, Минздрава РТ, руководители учреждений здравоохранения, врачи и специалисты. Конференция вызвала живой интерес медицинского сообщества республики, что вполне объяснимо: требования к качеству оказания медицинских услуг становятся все выше, любая нештатная ситуация в работе врачей может стать поводом для появления резонансных публикаций в СМИ, а зачастую - и уголовного преследования. И если интересы пациента представляют правозащитные организации, надзорные и правоохранительные органы, то медицинский работник зачастую остается со своей проблемой один на один.

КОНСУЛЬТАЦИЯ

Ассоциация медицинских работников РТ

г. Казань, ул. Хади Такташа, д. 75

Тел. : +7 (843) 221-16-90

Сайт: www.amrrt.ru

E-mail: dc.info@tatar.ru

«Татарстан работает в новых условиях - в условиях информационной открытости, - сказал Министр здравоохранения РТ Адель Вафин. - Каждый человек имеет возможность выразить свое отношение к нашей работе в социальных сетях, СМИ». Глава Министерства отметил, что положительно относится к появлению новых институтов гражданского общества. При этом врачи тоже являются его частью - интеллектуальным активом, играющим огромную роль в сохранении здоровья нации.

Во всем цивилизованном мире интересы медицинских работников представляют профессиональные объединения, которые обладают достаточно широкими полномочиями, решая вопросы обучения, страхования ответственности, контроля качества и многие

другие. «Еще со времен Бисмарка ведущие экономики мира выделили медицину в отдельный кластер, где определяющую роль играют демократизация управления и профессиональная ответственность, - заявил председатель правления Ассоциации медицинских работников Ростислав Туишев. - Сегодня системы здравоохранения ведущих стран регулируются двумя ветвями управления: административной и профессиональной. Во многих из них членство в Ассоциации или Палате является обязательным условием деятельности врача».

В Татарстане Ассоциация существует уже два года, являясь одним из учредителей Национальной медицинской палаты Российской Федерации. Цели АМР РТ - объединение медицинских работников Татарстана на принципах саморегулирования, повышение престижа профессии, обеспечения открытости системы здравоохранения, улучшения качества оказания медицинской помощи, оказания правовой помощи медикам. Как сообщил председатель правления АМР РТ, согласно федеральному законодательству, в целях придания легитимности некоммерческому партнерству было необходимо участие более 25% от общей численности врачей - это, как минимум, 2,9 тысяч медиков, работающих в государственном секторе здравоохранения. К моменту проведения отчетной конференции этот барьер был преодолен.

Говоря об актуальных проблемах здравоохранения, Ростислав Туишев упомянул о резонансных случаях из медицинской практики. «Я далек от мысли, что надо скрывать врачебные ошибки. - отметил он. - Однако



особенности нашей профессии таковы, что необоснованные комментарии и поспешные оценки могут нанести огромный вред нашему сообществу. Мировой опыт говорит о том, что подобные случаи должны прежде всего разбираться именно в профессиональной среде. Оценка специалистов более компетентна и строга. Взаимодействие со СМИ и общественными организациями - прямая обязанность профессионального союза». Председатель правления АМР РТ предложил рассмотреть возможность создания третейского суда, а также публикации рейтингов специалистов и учреждений здравоохранения в открытом доступе, развития юридической службы Ассоциации для проведения консультаций медицинским

работникам и представления их интересов. В повестку дня также вошел вопрос о принятии Этического кодекса врача, предложенного АМР РТ.

Отдельно была затронута тема страхования профессиональной деятельности. Ассоциация несколько месяцев занималась этой проблемой, и совместно с одной из ведущих российских страховых компаний было разработано решение, предусматривающее консолидированную ответственность медиков. Подобная схема коллективного страхования была предложена в России впервые. Ассоциация планирует заключить договор, который обеспечит страховое возмещение случаев, связанных с врачебной деятельностью.

На конференции также был затронут вопрос расширения полномочий АМР РТ, в частности, ее участия в формировании тарифов, программы госгарантий, аттестации медицинских работников. Министр здравоохранения РТ Адель Вафин поддержал эти инициативы, в ближайшее время будет подписано соответствующее соглашение о сотрудничестве между Ассоциацией и Минздравом РТ.

«Согласно действующему законодательству, мы можем принимать участие в разработке норм и правил в сфере здравоохранения, порядка оказания медицинской помощи, в программах повышения квалификации, - сказала президент АМР РТ Ирина Питулова. - Через Национальную медицинскую палату проходит множество документов - постановления, приказы, которые даются нам на рассмотрение. Есть возможность влиять на эти решения».



Президент Ассоциации также сообщила о том, что в Государственной Думе РФ готовится новый закон о саморегулировании в здравоохранении.

«Я прошу ответственно и с пониманием отнестись к той роли, которую играет Ассоциация медицинских работников РТ, - подытожил Адель Вафин. - Каждый из вас будет либо формировать активную позицию медицинского сообщества, либо превратится в стороннего наблюдателя. Давайте под новым ракурсом взглянем на роль профессионального союза и сделаем все, чтобы он в Татарстане состоялся, реально влиял на реформы, проводимые в здравоохранении, на ситуацию в обществе».

ВОПРОС РЕБРОМ

ЧТО ТАКОЕ ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА?

Ответ на этот вопрос дал юрист АМР РТ Ирек Гайфуллин:

- Понятия «врачебная ошибка» в уголовном праве не существует. Оно применяется в общении между медицинскими работниками и трактуется как неосторожное заблуждение врача при исполнении им своих должностных обязанностей. Среди статей, по которым возбуждаются дела против медицинских работников, можно упомянуть следующие: №109 - причинение смерти по неосторожности, №118 - причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, №124 - неоказание помощи больному. В последнее время следственными органами чаще всего применяется статья №293 - халатность.

Ответственность по ней наступает в случае, когда должностное лицо отходит в своей практике от действий, которые указаны в должностной инструкции. Следственные органы выявляют следующие виды так называемых врачебных ошибок: диагностические, лечебно-тактические, этические, связанные с недостатками в организации медицинской помощи, в поведении врача и медицинского персонала, в оформлении медицинской документации. Причем особое внимание они уделяют именно последнему пункту. Если документация оформлена не в срок, с пометками - это может стать отправной точкой для «раскручивания» дела.

Согласно статье Конституции РФ №51, гражданин имеет право не свидетельствовать против себя. Также медицинским работникам необходимо знать, что в отношении них действует презумпция невиновности (статья 14 УК): подозреваемый не обязан доказывать свою невиновность. И еще один момент - медицинский работник не подлежит уголовной ответственности, если в своей работе он руководствовался обычной врачебной практикой, общепризнанными правилами медицины. Зачастую уголовное дело разваливается на глазах, когда выясняется, что врач действовал согласно общепринятым нормам, не отступал от них.



Рафаэль ШАВАЛИЕВ,
главный врач ГАУЗ «Детская республиканская
клиническая больница МЗ РТ»

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

Ильнар ВИЛЬДАНОВ,
заместитель главного врача
по поликлинической работе

Эффект синергизма

три уровня оказания педиатрической помощи в одной клинике

Существенное снижение уровня младенческой и детской смертности, повышение выживаемости при онкологических заболеваниях, значительное улучшение качества выхаживания недоношенных новорожденных детей – эти и многие другие показатели наглядно демонстрируют первые позитивные результаты модернизации системы здравоохранения в целом и отечественной педиатрии, в частности. Однако в отрасли по-прежнему сохраняются серьезные проблемы на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Не секрет, что именно по состоянию детских поликлиник, уровню доступности и качеству медицинской помощи, население судит обо всей системе детского здравоохранения в целом. Опыт ДРКБ МЗ РТ показывает, что продуманная межуровневая интеграция позволяет достичь новых высот в качестве медицинской деятельности за счет внутриотраслевого синергетического эффекта.

В сентябре 2013 года в истории Детской республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан произошло знаменательное событие. Впервые в состав учреждения вошло подразделение, оказывающее первичную медико-санитарную помощь детям и подросткам. В микрорайоне «Азино» – одном из самых густонаселенных жилых массивов Казани – была запущена в эксплуатацию детская поликлиника с прикрепленным населением более 29 тысяч человек. Проведенная реорганизация учреждения потребовала от руководства пересмотра всей дальнейшей стратегии развития. Прошел ровно год интенсивной работы всей команды управленцев ДРКБ МЗ РТ по организации взаимодействия с изменившимся составом стейкхолдеров (причастных сторон), внедрению новых бизнес-процессов и изменению подходов в системе риск-менеджмента. В данной статье на примере нового подразделения больницы мы постараемся определить роль детских поликлиник в современной системе здравоохранения Республики Татарстан.



ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации, в целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи российские субъекты должны сформировать трехуровневую систему организации оказания гражданам медицинской помощи:

- первый уровень - первичная медико-санитарная помощь, в первую очередь - в городских поликлиниках и центральных районных больницах;
- второй уровень - специализированная медицинская помощь в медицинских организациях, имеющих в своей структуре межмуниципальные центры, а также в диспансерах и многопрофильных больницах;
- третий уровень - специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь в региональных медицинских организациях.

В Республике Татарстан такая система создана и успешно функционирует в соответствии с Государственной программой «Развитие здравоохранения Республики Татарстан до 2020 года».

Детская поликлиника «Азино», кроме оказания первичной медико-санитарной помощи, также осуществляет свою деятельность в качестве межмуниципального центра второго уровня. На базе учреждения открыто несколько подобных подразделений: межрайонное консультативно-диагностическое отделение, отделения травматологии и ортопедии, медико-социальной помощи, физиотрического скрининга. Положительным моментом такой межуровневой интеграции в рамках одного учреждения является организация оптимальной маршрутизации пациентов с целью обеспечения необходимого объема профилактической, лечебно-диагностической

и реабилитационной помощи. Наличие подобных центров в составе региональной больницы позволяет использовать кадровые ресурсы стационара для их усиления, а также обеспечивать реализацию программ непрерывного профессионального обучения врачей и средних медицинских работников.

СТРАТЕГИЧЕСКАЯ БИЗНЕС-ЕДИНИЦА

Одним из главных направлений оптимизации ресурсов первичного здравоохранения крупных населенных пунктов следует считать реорганизацию существующих государственных учреждений путем объединения в многопрофильные клиники. Возможны различные варианты в зависимости от имеющихся ресурсов, целей и задач. Это может быть объединение в составе одного учреждения по территориальному принципу взрослой и детской поликлиники, а также женской консультации (по примеру Санкт-Петербурга). Второй вариант - объединение не только по территориальному, но и по межуровневому принципу с сохранением деления по группам потребителей (по образцу Москвы). Возможен третий вариант, когда проводится объединение между стационарным учреждением и амбулаторно-поликлиническим (пример - некоторые медучреждения Казани). В каждом из вариантов, на наш взгляд, имеются свои плюсы и минусы. В рамках данной статьи мы не ставили перед собой задачу их определять и оценивать. Рассуждая с позиции стратегического менеджмента, мы считаем, что при любой реорганизации должны быть обеспечены условия для функционирования каждого подразделения, включая амбулаторно-поликлиническое, как обособленной стратегической бизнес-единицы (СБЕ).

Детская поликлиника «Азино» изначально является полноценной СБЕ наравне с други-

ми пятью подразделениями ДРКБ МЗ РТ, так как обладает всеми необходимыми для этого атрибутами: собственными потребителями и конкурентами; возможностью самостоятельного тактического и оперативного планирования деятельности в рамках действующей корпоративной стратегии; наличием руководителя-менеджера (заведующего поликлиникой), отвечающего за подготовку и выполнение производственных и финансовых планов. Первым результатом деятельности руководства поликлиники в этом направлении стала разработка конкурентной стратегии, в основу которой заложена идея дифференциации. Следует отметить, что использование известного бренда «ДРКБ» позволило достичь поликлинике «Азино» большей степени лояльности среди пациентов, а также привлечь квалифицированные кадры и закрыть все имеющиеся вакансии участковых врачей-педиатров и специалистов. Таким образом, функционирование подразделения первичного уровня в составе клиники третьего уровня обеспечивает ему более успешное достижение дифференциации.

ЦЕНТР ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ

Традиционно считается, что поликлиника - это место, где рутины преобладают над новациями. Как в прошлом веке, так и в нынешнем в арсенале участкового врача-педиатра имеется скудный набор вспомогательных средств, при этом главными инструментами его профессиональной деятельности остаются собственные глаза, уши, руки и мозг. Однако мы не можем согласиться с такой практикой, так как именно в первичном звене формируется схема маршрутизации каждого пациента. Поэтому здесь необходимо активно внедрять современные медицинские



Первым результатом деятельности руководства поликлиники в этом направлении стала разработка конкурентной стратегии, в основу которой заложена идея дифференциации. Следует отметить, что использование известного бренда «ДРКБ» позволило достичь поликлинике «Азино» большей степени лояльности среди пациентов, а также привлечь квалифицированные кадры и закрыть все имеющиеся вакансии участковых врачей-педиатров и специалистов.

и информационные технологии массового профилактического скрининга, персонализированного мониторинга здоровья, реализации профилактических, оздоровительных и медико-социальных программ.

Детская поликлиника «Азино» изначально была задумана как инновационная площадка Республики Татарстан в области амбулаторной педиатрии. Именно здесь началась реализация проекта «Безбумажная больница», который был подробно описан в предыдущем выпуске Healthy Nation, №2 (17).

На базе нашей поликлиники впервые было открыто специализированное отделение травматологии и ортопедии, которое одновременно осуществляет функции межрайонного детского травмпункта и консультативно-реабилитационного отделения. Тесное взаимодействие специалистов отделения с коллегами из стационара и консультативных поликлиник ДРКБ позволило обеспечить оптимальную маршрутизацию пациентов и своевременное получение ими реабилитационного лечения.

В рамках реализации региональной системы оказания медико-социальной помощи детям и подросткам республики Татарстан, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально-опасном положении, было создано отделение медико-социальной помощи «Ышаныч». Благодаря его успешной деятельности в поликлинике впервые был внедрен мониторинг медико-социального благополучия новорожденных детей, организована работа специальной комиссии, налажено межведомственное и внутриведомственное взаимодействие. Это профильное отделение стало своеобразной обучающей площадкой для специалистов и организаторов детского здравоохранения республики по внедрению современных медико-социальных технологий.

Тесное содружество поликлиники «Азино»

с Центром здоровья ДРКБ позволили приступить к реализации нового проекта по организации скрининга здоровья школьников с использованием аппаратно-программного комплекса «Армис». Его интеграция в Единую государственную систему электронного здравоохранения Татарстана позволит участковому педиатру и специалистам поликлиники получать результаты обследования детей в образовательных учреждениях, не покидая рабочего места. Для проведения комплексных профилактических осмотров детей бригадой специалистов поликлиники широко используется имеющийся в ДРКБ Мобильный центр, на базе которого размещены рабочие места офтальмолога, оториноларинголога, стоматолога-гигиениста, специалистов по ультразвуковой, лабораторной и ЭКГ-диагностики.

Именно в нашей поликлинике были впервые апробированы новые организационные технологии по замещению врачебных должностей специалистами со средним медицинским образованием. В 2014 году были приняты на работу пять выпускников медицинского колледжа на должность фельдшера, на которых, в соответствии с Приказом Минздрава России 23.03.2012 г. №252н, была возложена часть функций участкового педиатра. Это позволило более рационально использовать труд специалистов с высшим медицинским образованием. Также в поликлинике было открыто отделение неотложной помощи, которое обеспечивает оказание медицинской помощи по принципу стационара на дому. Таким образом, был сделан первый шаг по оптимизации кадрового состава ДРКБ в сторону увеличения доли средних медработников.

Планируется, что поликлиника «Азино» станет полноценным участником проекта по внедрению системы управления маршрути-

зацией пациентов ДРКБ. Именно здесь будет реализовываться его амбулаторная часть.

Хочется отметить, что интеграция поликлиники с ДРКБ не происходит в одностороннем порядке. Функционирование данного подразделения также важно для успешной деятельности и самого стационара. Наличие первичного амбулаторного подразделения является основой для создания успешной модели всего детского здравоохранения республики. Во-вторых, поликлиника «Азино», наравне с лечебным корпусом №3, являющимся «больницей-спутником» ДРКБ, стала опытной площадкой для внедрения технологий долечивания после оказания высокотехнологичной стационарной помощи. Это обеспечивает рациональную маршрутизацию пациентов в восстановительном периоде и позволяет существенно экономить ресурсы клиники. Данный опыт в области оказания первичной помощи оказался очень полезен для работников стационара, включая его руководителей.

В заключение статьи хочется отметить, что реализация этого проекта оказалась сопряжена не только с выгодами, но и с определенными рисками. Любая поликлиника, даже самая современная и супероснащенная, остается по своей сути амбулаторией в широком смысле этого слова. В условиях существующей системы бесплатного здравоохранения, несовершенных инструментов финансирования, «потребительского» поведения законных представителей пациентов при низком уровне ответственности значительного числа граждан оказалось невозможным избежать существенного роста жалоб. В результате на первом этапе реализации проекта появился ощутимый риск для бренда «ДРКБ». Однако внедрение в работу поликлиники инструментов менеджмента качества по предупреждению рисков позволили нам данную ситуацию переломить.

«Сэламэт булыгыз!»: 10 лет в эфире



В сентябре 2004 года на телеканале «Россия» вышел первый выпуск программы «Сэламэт булыгыз!» («Будьте здоровы»). С тех пор было снято более 1000 экспертных интервью, а передача завоевала весомый авторитет среди татароязычной аудитории. Об итогах десятилетней работы - в интервью автора и ведущего программы Айдара ХАЛИУЛЛИНА.



- Расскажите, пожалуйста, о первых выпусках программы «Сэламэт булыгыз!».

- Первые выпуски программы длились по 25 минут и состояли из нескольких рубрик: официальная новость, советы о том, как сохранить здоровье, от наших телезрителей и комментариев специалиста. Основную часть контента составляли «народные» сюжеты. Также у нас были советы по здоровому образу жизни от звезд татарской эстрады. Так, в одном из выпусков народная артистка Татарстана Хамдуна Тимергалиева готовила настой с овсом, который улучшает функционирование печени.

В те времена государство не уделяло большого внимания здравоохранению, не было таких масштабных новостных поводов, как модернизация. Медицинской информации, особенно на татарском языке, было очень мало, и в этом начинании нас поддержало Министерство здравоохранения РТ и Республиканский центр медицинской профилактики.

- Съемки какого сюжета вам запомнились больше всего?

- Помню, как в 2005 году мы снимали ангиопластику в ДРКБ. Операция проводилась в экстренном порядке. Мать привела своего ребенка к врачу с жалобами на одышку, общую слабость. При обследовании выяснилось, что у него порок сердца, и он сразу же попал на операционный стол. Это было удивительно: по окончании операции цвет кожи больного буквально на глазах поменялся из синюшного к нормальному. А после мы записали небольшое интервью с матерью ребенка, которая со слезами на глазах сказала врачам «спасибо».

- Что изменилось за эти годы?

- Если говорить о формате передачи, то сегодня акцент сместился на экспертное



мнение, при этом каждый выпуск подчинен центральной теме. Зрителю предлагается история реального больного, который посещает ЛПУ, а специалист в мини-интервью рассказывает, как предупредить и болезнь и что делать, если этого сделать не удалось.

Среди негативных тенденций могу отметить, что, к сожалению, врачей, хорошо владеющих татарским языком, становится все меньше. Кроме того, пациенты стали более закрытыми. Тем не менее, я считаю, что нам удается создавать медиа-продукт, который доступен каждому, рассказывает о медицине популярным и понятным языком. Это серьезная и кропотливая работа, так, интервью с экспертом обычно длится около часа, из него в программу может войти 2-3 блока по 40 секунд. Популяризация здорового образа жизни веду и на собственном примере: были выпуски, которые я проводил, стоя на лыжах или оседлав велосипед.



- Каковы ваши планы на будущее?

- Сегодня мы выходим на федеральном канале перед утренним выпуском «Вестей», и это очень удобное время. Эфирное время оплачивается из бюджета, что, с одной стороны, позволяет нам делать программу без рекламы, не иметь коммерческих обязательств, однако, с другой, - накладывает определенные ограничения. «Сэламэт булыгыз!» выходит раз в две недели, конечно, хотелось бы выпускать ее чаще и более длительными по хронометражу.

В наших планах на будущее - освоение новых информационных площадок, в том числе в интернете. Сегодня мы представлены на Youtube и в социальных сетях, и наша творческая группа будет развивать это направление, чтобы доносить информацию о том, как сохранить здоровье, до еще большей аудитории.



Геннадий МУЛЛИН,
генеральный
директор Закамского
торгово-сервисного
объединения
«Медтехника»,
Отличник
здравоохранения РФ.



В постоянном развитии от обслуживания медтехники — к медицинским услугам

За 25 лет пройден путь от небольшого магазина до группы компаний, оказывающей в Закамском регионе комплекс услуг по оснащению лечебных учреждений, обслуживанию медицинской техники, подготовке кадров, а также медицинские услуги населению.

– Геннадий Николаевич, четверть века – это немалый путь для любой компании. Какие выводы вы для себя сделали, приближаясь к юбилею?

– Каждое время диктует свои правила. 25 лет назад мы начинали как государственная организация, но в 90-х начался переход к рынку – и это были уже совершенно другие условия. Мы учились сами принимать решения, выживать, сохранять коллектив, думать о развитии. Первое время после акционирования предприятия люди с опаской относились к перспективе работать на частника, но со временем поняли, что дело не в организационной форме. Если руководитель нормальный, то у него и в частной фирме стопроцентный соцпакет, достойная зарплата, профсоюз. Этот страх мы преодолели. Потом оказалось, что такой машиной (а у нас работают более 500 человек) трудно управлять, и мы раздробили ее по направлениям, создали группу компаний, каждой дали юридический статус и возможность проявить инициативу. Кроме поставок медтехники и соответствующего сервиса мы занимаемся монтажом и обслуживанием систем венти-



ляции и кондиционирования, открыли сеть салонов «Оптика», развиваем направление оказания медицинских услуг населению, проводим обучение среднего медперсонала, создали Центр стерилизации, обеспечивающий нужды всех ЛПУ Нижнекамска с помощью самых современных методов. Ближайшим его аналогом можно назвать только Центр стерилизации ЦКБ Управления делами Президента РФ. Такое разнообразие видов деятельности позволяет нам быть устойчивыми в меняющихся условиях рынка. Было время, когда в экономике не хватало денег, а зарплату работникам платить надо – вот здесь нас и выручила розничная торговля изделиями медицинского назначения и салоны «Оптика», которые приносили живые деньги. Мы никогда не задерживали зарплату и не выдавали ее продукцией.

– Но основой всего спектра деятельности остается все же обслуживание медтехники – это уже скорее привычка или призвание?

– Пусть нашу работу не видно напрямую, но мы оказываем колоссальную помощь людям, нуждающимся в лечении. Порой от оперативной и качественной работы наших специалистов зависит жизнь пациентов, для которых тот или иной аппарат может стать последней надеждой на исцеление. Наши инженеры – тоже своего рода врачи, только «лечат» не самих людей, а сложное оборудование, которое сегодня стало неотъемлемой частью современной медицины. От того, как откалиброван прибор, зависит насколько информативны его показания, а значит – и



насколько правильное лечение назначит доктор пациенту. Наш подход – это комплексное решение всех вопросов, связанных с медицинской техникой, – от поставки, запуска в эксплуатацию до списания и утилизации. Мы обслуживаем 25 районов Татарстана, являясь самой крупной в республике профильной компанией. Шесть мобильных бригад осуществляют ремонт и обслуживание по всему региону Закамья и юго-востока, а если это невозможно сделать на месте – доставляют аппаратуру на базу Нижнекамска, которая оснащена необходимыми приборами. Мы проводим сервисное обслуживание оборудования любой сложности – томографов, рентгеновских установок, аппаратов УЗИ, недавно открыли направление по ремонту эндоскопов. В нашем комплексе предусмотрены и метрологические услуги, и обеспечение радиационной безопасности, и поставка комплектующих и расходных материалов, даже выдача удостоверений специалистам и заключений о соответствии системы вентиляции требованиям СанПиН, что необходимо для лицензирования ЛПУ. При сотрудничестве с нами главврач полностью избавляется от этой головной боли.

- Как для подобной работы вам удается найти достаточное количество специалистов высокой квалификации?

- У нас работают инженеры от третьей до высшей категории и электромеханики от третьего до шестого разряда. Чтобы вырастить хорошего инженера по обслуживанию медицинской техники необходимо 5-10 лет. Их нигде не готовят, в основном к нам приходят выпускники КНИТУ им. А.Н. Туполева. Мы постоянно их обучаем, проводим тренинги, посылаем в Санкт-Петербург, за границу – к производителям оборудования. Каждый год они сдают экзамены на категорию.

- Какие направления в структуре компании развиваются наиболее быстро?

- В группе компаний ежегодно происходит подведение итогов своего рода соревнования между подразделениями. В нем учитываются многие показатели – от полученной прибыли и роста зарплаты до количества больничных и участия в художественной самодеятельности. И от занятого места существенно зависят бонусные выплаты как руководителям, так и сотрудникам. В прошлом году заслуженно победил Медицинский центр «Гармония».



Он занимается оказанием различных медицинских услуг населению, специализируясь по профилям гинекологии и андрологии, и уже заслужил признание у жителей Нижнекамска. Клинико-диагностическая лаборатория «Гормон» проводит исследования на гормоны и аутоантитела, исследования бактериальных и вирусных инфекций методом полимеразной цепной реакции и многие другие. Настоящим прорывом в развитии здравоохранения города стало приобретение центром «Магнит» в 2012 году магнитно-резонансного томографа Hitachi, который был смонтирован собственными силами и используется, в том числе, по программе ОМС для диагностики больных и проведения диспансеризации населения. В этом году введен в строй еще и высокопольный томограф

мощностью 1,5 Тл. Реализация этого проекта позволит нам выполнять 1600 исследований в год – это 80% всех квот по линии ОМС в городе. Число салонов «Оптика» с двух увеличилось до десяти. Они все оснащены новейшим автоматическим оборудованием, изготавливающим буквально за час линзу любой сложности. Врачебные кабинеты оборудованы приборами компьютерной диагностики зрения и приборами для лечения спазма аккомодации, астиопии, косоглазия и других заболеваний. Один такой салон открыт в Казани, где он тоже пользуется успехом у горожан.

- Геннадий Николаевич, вы много занимаетесь благотворительностью и даже получили звание «Человек - золотое сердце». Это ваша личная инициатива или все-таки политика предприятия?

- И то, и другое. В том ежегодном конкурсе, о котором я рассказывал ранее, рост зарплаты в подразделении оценивается в 5 баллов, а участие в благотворительности – в 10 баллов. Но, конечно, дело совсем не в баллах. На прошлое 9 мая внучка одного фронтовика, который считался пропавшим без вести, нашла о нем сведения – он, оказывается, был награжден орденом Красной Звезды. Мы сделали из гранита монумент с его портретом, пригласили всех родственников и жителей окружающих семи деревень, торжественно открыли. Люди читали свои стихи. Столько было душевности и теплоты. Вот ради таких моментов вся наша забота. Мы ремонтируем дороги, помогаем мечетям, в церковь 580 тысяч рублей перечислили на иконостас. Полностью благоустроили Святой ключ в деревне Клятли, праздники проводим, которые возрождают народные традиции. В Нижнекамске оказали помощь в оснащении конно-спортивной школы, ведем шефскую работу в ДЮСШ №1. Закамское торгово-сервисное объединение «Медтехника» является ежегодным спонсором различных городских мероприятий. Благотворительность стала частью нашей жизни. *



Путем Бехтерева

К юбилею Республиканской клинической психиатрической больницы

В июле состоялась республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы психиатрии», посвященная 145-летию Республиканской клинической психиатрической больницы имени академика В.М. Бехтерева и 100-летию психиатрической клиники Казанского государственного медицинского университета.

На торжества были приглашены более 200 научных сотрудников, врачей-психиатров и психотерапевтов Республики Татарстан, руководителей психиатрических учреждений Приволжского федерального округа и других регионов России. В праздничных мероприятиях приняли участие ведущие российские ученые в области охраны психического здоровья из Москвы и Санкт-Петербурга: председатель Российского общества психиатров, директор Санкт-Петербургского НИПНИ Николай Незнанов, академик РАМН Анатолий Смулевич, член-корреспондент РАМН Юрий Александровский, член правления Всемирной психиатрической ассоциации Петр Морозов.

Поздравляя коллектив РКПБ, Министр здравоохранения Республики Татарстан Адель Вафин подчеркнул: «Мы, без-

ИЗ ИСТОРИИ

Первая в России психиатрическая лечебница окружного значения была открыта в Казани 1 июля 1869 года на 200 коек для семи поволжских губерний: Казанской, Вятской, Нижегородской, Пензенской, Самарской, Саратовской и Симбирской. Ее основателем стал Александр Фрезе, одновременно руководивший кафедрой психиатрии Императорского Казанского университета. Построенный по последним технологиям того времени, дом умалишенных стал образцовым лечебным учреждением России.



условно, будем работать над тем, чтобы и будущее казанской психиатрической школы было таким же богатым, таким же содержательным на открытия...»

Профессор Незнанов отметил: «Особую значимость этому событию придает то, что сегодня мы собрались по случаю празднования юбилея больницы и клиники. Если проследить историю становления психиатрии в Республике Татарстан, то можно обратить внимание на то, что наука и практика взаимосвязаны на всех этапах становления научной дисциплины. Тем самым была реализована идея выдающегося ученого В.М. Бехтерева по созданию комплекса научных и практических учреждений, которые взаимно



обогащают друг друга, развивая нашу дисциплину. Вы все делаете хорошо и с высоким качеством. То, что закладывали наши предшественники, вы успешно реализуете в настоящее время».

В настоящее время РКПБ имени Бехтерева является не только старейшим, но и крупнейшим специализированным учреждением здравоохранения России. Коэффициент фонда больницы насчитывает 1789 коек, в том числе 1494 – круглосуточных. Филиалами больницы являются психоневрологические диспансеры городов Набережные Челны, Альметьевск, Нижнекамск, Зеленодольск с общим коечным фондом 858 коек, в том числе 621 – круглосуточных. На базе учреждения функционируют 5 клинических кафедр КГМУ и КГМА, где ежегодно проходят подготовку более 500 студентов, интернов и ординаторов, а также усовершенствование свыше 150 врачей из различных регионов России. Опираясь на богатую историю и традиции, больница получила мощный импульс в своем развитии: внедряются прогрессивные формы и методы лечения, открываются новые подразделения.

В 2011 году впервые в истории психиатрической практики Татарстана за счет средств инвестора построена новая поликлиника для жителей районов Заречья города Казани. В том же году создана круглосуточная медицинская психоло-

гическая служба «Сердэш-129». Специалисты больницы оказывали помощь родственникам и близким погибших при крушении теплохода «Булгария», в авиа-

катастрофе Боинга-737.

РКПБ имени Бехтерева – неоднократный победитель Всероссийского конкурса «За подвижничество в области душевного здоровья»: в 2012 году – в номинации «Лучшее учреждение», в 2013 году – в номинации «Психореабилитация детей и подростков». В 2012 году лауреатом конкурса «100 лучших товаров России» стала медицинская психологическая служба «Сердэш 129», в 2013 году – психоневроэндокринологическая служба.

Впрочем, даже праздник не избавляет психиатров республики от насущных проблем. Как отмечает главный врач РКПБ Фарит Зиганшин: «Беда в том, что зачастую родственники стремятся избавиться от психически больных. Мы их понимаем прекрасно, с такими людьми тяжело жить. Но мы должны лечить обострения, потом пациенты должны возвращаться в свои дома и находиться на амбулаторном наблюдении. Зачастую этого не случается. Их просто бросают».

Как отметила заместитель главврача по медицинской части Татьяна Гурьянова, для РКПБ эта проблема становится более актуальной в связи с переходом учреждения на более прогрессивную форму работы с уменьшением роли стационара. Для этих целей сейчас амбулаторная служба укрепляется психологами и психотерапевтами, специалистами по социальной работе, которые могут оказать квалифицированную помощь больному и его семье.

Актуальность темы подтверждает и профессор Незнанов: «Что душевнобольные, что психиатры на сегодняшний день – люди стигматизированные. От них общество стремится дистанцироваться».

Юбилейные торжества должны помочь в решении и этой проблемы, изменить образ психиатрии и психиатров в глазах общества. Поэтому одной из составляющих праздника стал костюмированный «Бал у Бехтерева» – в саду у входа в клинику. Сотрудники и гости праздника, в числе которых были Министр здравоохранения республики Адель Вафин и уполномоченный по правам человека в Республике Татарстан Сария Сабурская, как будто перенеслись на 145 лет назад. Звуки классической музыки гармонировали с архитектурой и костюмами XIX века, создавая связь времен, поколений, напоминая о прошлом и давая ориентиры для будущего.

ИЗ ИСТОРИИ

Владимир Бехтерев, сменивший Фрезу на посту заведующего кафедрой психиатрии, работал в лечебнице как научный консультант. При его участии в Казани организовано общество невропатологов и психиатров, начал издаваться «Неврологический вестник», открыта первая в России психофизиологическая лаборатория. Окружная лечебница являлась местом богатейшего клинического материала. В Казани он создал новую психотерапевтическую методику, микстуру для лечения эпилепсии и других нервных болезней, проводил групповые сеансы гипноза при лечении больных алкоголизмом. В 1892 году в «Ученых записках Казанского университета» вышел основополагающий труд В. М. Бехтерева «Проводящие пути мозга», переизданный во многих странах мира и принесший автору почетную премию Бэра.

Четверть века в борьбе со СПИД

Юбилейная научно-практическая конференция, посвященная 25-летию Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями, состоялась в Казани.



Открыл конференцию Министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин. «Сегодня мы адресуем слова искренней благодарности специалистам за самоотверженный труд, за сбережение здоровья населения, - сказал он. - Центр СПИД заслуживает высокой оценки. Для борьбы с ВИЧ-инфекцией предпринимаются эффективные комплексные мероприятия.

Охват лечением больных ВИЧ-инфекцией в Татарстане в полтора раза выше, чем в среднем по России».

Стоит отметить, что поводом для сбора руководителей центров СПИД России и Татарстана, медучреждений, ответственных за оказание медицинской помощи больным с ВИЧ-инфекцией, врачей и специалистов стал не только юбилей, но

и актуальная повестка дня. Как отметил руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД, академик Вадим Покровский, в России отмечается рост общего числа ВИЧ-положительных граждан, увеличение количества новых случаев и смертей, связанных с ВИЧ.

За последние годы изменился и типичный портрет ВИЧ-инфицированного, почти половина новых случаев — это люди в возрасте 30-40 лет. «Многие радуются, что у нас отмечается меньше новых случаев среди молодежи, - заметил академик Покровский, - что, конечно, само по себе хорошо. Но при этом надо понимать, что общая пораженность растет. Страдает более старший возраст — люди, которые получили образование, начали работать. Это создает реальную демографическую и экономическую угрозу государству».

Среди актуальных тенденций, отмеченных Вадимом Покровским, также стало то, что сегодня ВИЧ-инфекция в России распространяется преимущественно среди гетеросексуальной части населения — чаще всего при употреблении наркотиков и половых контактах между мужчинами и женщинами.

Эпидемиологические данные по ВИЧ-инфекции в Татарстане в целом коррелируют с общероссийскими. Как отметил главный врач Республиканского центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекционными заболеваниями МЗ РТ Нияз Галиуллин, 64% случаев инфицирования приходится на возрастную группу 30-50 лет, большинство из них заразилось половым путем. По итогам первого полугодия 2014 года, половой путь заражения в Татарстане составил 66%, ежегодный темп прироста — 10% среди новых случаев.

При этом, в отличие от других регионов, в республике наблюдается снижение парентерального пути передачи на 25% за последние 3 года. Это можно считать итогом антинаркотической политики, проводимой по патронажем президента РТ. Также свой эффект дают профилактические программы по снижению вреда, реализуемые среди потребителей инъекционных наркотиков.





В целом же, по словам Нияза Галиуллина, эпидемиологическая ситуация в республике расценивается как одна из благоприятных среди регионов. Так, по итогам первого полугодия 2014 года заболеваемость у нас в два раза ниже чем в ПФО, и в полтора раза ниже, чем в Российской Федерации.

Эпидемиологические данные по республике находят отражение в комплексных мерах по борьбе со СПИД. В последние три года разрабатываются и реализуются профилактические программы для трудовых коллективов. Центром СПИД были изданы специальные брошюры и фильмы, ориентированные на старшую возрастную группу. Уникальным опытом можно считать профилактические меры в отношении социально-значимых заболеваний в рамках трехстороннего соглашения между Федерацией профсоюзов РТ, Координационным советом объединения работодателей РТ, Кабинетом министров республики.

Сегодня Казань по праву можно назвать спортивной столицей России. В 2013 году здесь прошла Универсиада, на 2015-й запланировано проведение Чемпионата мира по водным видам спорта, в 2018 состоится Чемпионат мира по футболу. Пропаганда здорового образа жизни включает в себя также и меры по формированию безопасного поведения, привитию населения культуры тестирования на ВИЧ. В рамках этой стратегии запланирован ряд мероприятий по профилактике ВИЧ и гепатитов, которые будут реализованы за счет межбюджетных трансфертов. В 2014 году на эти цели впервые из федерального бюджета было выделено более 4 млн рублей. В ближайшие дни начнутся трансляции тематических видеороликов по 3 республиканским и 16 муниципальным каналам, а также аудиороликов по радио. Предусмотрены публикации в печатных СМИ, распространение информационно-просветительских материалов. Размещены 25 тематических баннеров на рекламных щитах, стартовала информационная кампания на общественном транспорте в Казани, Альметьевске и Набережных Челнах.



В последние два года наблюдается увеличение выявления ВИЧ-инфекции на ранних стадиях заболевания, пораженность населения республики составляет 0,3%. В целях своевременного выявления и недопущения дальнейшего распространения заболевания в республике ежегодно проходит тестирование на ВИЧ-инфекцию более 1 млн человек. С 2002 года в Татарстане проводится обследование больных, поступающих в стационары. За 12 лет среди них было выявлено 2 940 ВИЧ-инфицированных. Также приказом Минздрава РТ было введено двукратное обследование половых партнеров беременных женщин. За полтора года среди них выявлено 35 новых случаев ВИЧ-инфекции. Одновременно с этим большое внимание уделяется вопросам повышения эффективности тестирования на ВИЧ в уязвимых группах населения. Так, с 2013 года проводятся обследования лиц, доставленных правоохранительными органами в учреждения здравоохранения на медицинское освидетельствование. Выявляемость среди данного контингента составила 0,6%. В целом по республике количество обследований в группе риска увеличилось на 13% по итогам 2013 года и на 8% – за 8 месяцев 2014-го. В решении этих вопросов центр СПИД активно сотрудничает с рядом некоммерческих общественных организаций. Совместно с ними реализуются проекты, направленные на профилактику ВИЧ-инфицирования, повышение доступа к оказанию медико-социальных услуг для коммерческих секс-работниц, наркопотребителей, беременных женщин и детей, затронутых проблемой ВИЧ, лиц, освободившимся из мест лишения свободы. Для организации профилактической работы из республиканского бюджета были выделены субсидии: 10 млн рублей в 2013 году и 7 млн – в текущем.

«К сожалению, в нашей стране нет единого подхода к контингентам, подлежащим тестированию на ВИЧ, – заметил руководитель республиканской службы по борьбе со СПИД, – обследование для них не является обязательным, а носит рекомендательный характер».

Тем не менее в Татарстане отмечается ежегодное увеличение числа выявленных больных на ранних стадиях заболевания, что позволяет своевременно назначать лечение и предупреждать развитие СПИД.

Поставлением КабМина РТ развитие службы СПИД включено в государственную программу развития здравоохранения республики до 2020 года. Общий объем финансирования в текущем году составил 920 млн рублей. При поддержке Минздрава РТ проведена реорганизация лабораторной службы, что позволило усовершенствовать ее работу, увеличить количество исследований до 2,5 млн анализов в год.

В рамках информатизации здравоохранения центр СПИД был подключен к ЕГИЗ ЭЗ РТ, для записи больных ВИЧ-инфекцией используются инфоматы, соответствующая информация размещена на портале государственных и муниципальных услуг. Все подразделения службы, учреждения здравоохранения подключены к единой информационной системе AIDSNET, сегодня в ней работают более 500 пользователей из 80 ЛПУ. В AIDSNET содержится вся необходимая информация о пациентах с положительным ВИЧ-статусом, что позволяет проводить динамическое наблюдение в онлайн-режиме, вести персонализированный учет использования препаратов и диагностических средств.

В рамках трехуровневой системы медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией оказывается как в учреждениях первичной сети, так стационарно и в специализированных центрах. Эффективное взаимодействие между ЛПУ позволило ежегодно достигать высоких показателей диспансеризации, лабораторного мониторинга и, самое главное, – снизить показатель смертности от СПИДа за последние 3 года на 30%.





Больше, чем просто переливание крови

В Казани прошла III Всероссийская научно-практическая конференция «Трансфузиология XXI века: проблемы, задачи, перспективы развития», на которой обсуждался широкий круг актуальных вопросов в рамках этого направления. Впрочем, поднятые темы были интересны не только специалистам узкого профиля, возможность узнать новое для себя получили и клиницисты, научные работники и организаторы здравоохранения.

Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения РТ, Республиканский центр крови, Казанский государственный медицинский университет и Казанская государственная медицинская академия, а также Центральный научно-исследовательский институт трансфузионной медицины и медицинской техники (г. Москва). В обсуждении приняли участие ведущие ученые России, руководители центров и станций переливаний крови Поволжья и других регионов страны.



С приветственным словом от лица Минздрава РТ выступил Сергей Осипов, первый заместитель министра здравоохранения РТ, который подчеркнул важность этого раздела медицины для науки и системы здравоохранения в целом.

«Сегодня служба крови – это не просто переливание, как было раньше, это огромное количество новых подходов, которые используются в совершенно различных областях медицины, – отметил Сергей Осипов. – С каждым годом мир обогащается передовыми технологиями, в основе которых – компоненты крови. На сегодняшний день это одно из самых перспективных и интересных направлений развития медицины».

Вопросы, с которыми трансфузиологам, хирургам и многим другими специалистам приходится сталкиваться в своей практике, были рассмотрены, в частности, в докладе профессора Сергея Свиридова, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Российского государственного медицинского университета (Москва), д.м.н. Вот основные тезисы, которые отметил эксперт:

- Инфузионная терапия – это мощный и сложный инструмент лечения больных. Организм человека состоит главным образом из воды и растворенных в ней солей, причем они распределены по разным секторам. Поэтому инфузионная терапия направлена преимущественно на введение солевых растворов различного состава и конфигураций
- Водный статус пациентов может различаться, важно научиться определять его



Сегодня в распоряжении Республиканского центра крови находится трехэтажное здание, возведенное с учетом всех действующих санитарных норм и правил, где созданы комфортные условия для сотрудников и доноров. Так, в Центре действует четкая система входного и выходного контроля, продумана логистика движения доноров; сотрудники общаются между собой с помощью пневмопочты и IT-систем. Для удобства доноров используются инфоматы, которые позволяют быстро получить информацию о количестве донаций, их дате, результатах лабораторных исследований.

Не забыты и отделения службы в других городах – проведены ремонт филиалов в Набережных Челнах, Нижнекамске, Альметьевске, техническое переоснащение новейшим оборудованием.

Одним словом, сегодня у службы крови есть все возможности для выполнения задач, которые перед ними стоят. Так, ежегодно увеличивается производство форменных элементов крови. Особое внимание уделяется обеспечению лечебной сети вирусобезопасной плазмой. Современная лабораторная служба РЦК, помимо других исследований, проводит ПЦР-исследование крови на маркеры вирусов ВИЧ, гепатита В и С.

Впрочем, и перспективы у службы – множество. В частности, планируется создание банка аутодонорской плазмы и аутоэритроцитарной массы для тех, чья работа связана с постоянным риском для здоровья и жизни, а также для всех желающих.

История службы, которая началась 80 лет назад, продолжается – уже в новых условиях и с новыми возможностями.

характеристики, диагностировать его степень. Недостаточно уделять внимание только факту возможной дегидратации, необходимо понимать, имеет ли место дегидратация гипотоническая, изотоническая или гипертоническая – для каждого состояния существуют свои способы коррекции.

- Человеческий организм функционирует благодаря процессам регуляции обмена жидкости в организме. Путем вливания в организм жидкостей различной направленности врачи могут влиять на эти процессы, изменяя их, причем иногда не в лучшую сторону.

- Сегодня общее положение в мировой практике таково: нужно четко индивидуализировать проведение инфузионной, а также базисной терапии с учетом возраста больного, тяжести состояния и других факторов. Программы, с которыми работают врачи, сейчас пересматриваются, и вероятно, в течение 2-3 лет появятся иные рекомендации и гайдлайны, которые помогут по-другому, более качественно подойти к лечению больных, нуждающихся в инфузионной терапии.

О современной службе крови в Татарстане рассказал Рамиль Тураев, главный врач Республиканского центра крови МЗ РТ (РЦК). Учреждение представляет собой целый холдинг со станциями переливания крови в Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске и Альметьевске. Кроме того, в республике работает еще несколько отделений переливания крови при крупных государственных клиниках.

«Сердцем» республиканской службы крови можно назвать новое здание, в котором РЦК отметил новоселье этим летом. Это стало возможным благодаря решению правительства Татарстана и Президента республики Рустама Минниханова о строительстве нового здания, которое отвечало бы всем современным требованиям. Было выделено 422 млн рублей, торжественная закладка нового центра состоялась 28 июня 2013 года. И уже через 10 месяцев – 14 мая 2014 – прошла церемония открытия с участием Министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, Премьер-министра РТ Ильдара Халикова, Министра здравоохранения РТ Аделя Вафина.



ЦИФРЫ

- Общая площадь зданий Республиканского центра крови МЗ РТ – **8,03** тысяч кв. м.
- В год в РЦК МЗ РТ заготавливается **35** тонн донорской крови.
- Служба крови обеспечивает бесперебойное и полноценное снабжение гемотрансфузионными средами более **80** учреждений здравоохранения РТ.
- В среднем в год проводятся трансфузии **30** тысячам больным.
- По результатам **2013** года было заготовлено более **44** тысяч литров консервированной крови.
- В прошлом году почти **38** тысяч татарстанцев стали донорами, **15,5** тысяч из них сдавали кровь впервые.



16+

ЭКСТРАОРДИНАРНО ИННОВАЦИОННАЯ И ВЫСОКОЭФФЕКТИВНАЯ АУТОТРАНСФУЗИОННАЯ СИСТЕМА

 **SORIN** | XTRA®



Sorin XTRA - 6-е поколение аутотрансфузионных систем.

Sorin XTRA объединяет лучшие идеи от аппаратов Brat 2 и Electa, представляя дальнейшую инновационную разработку аутотрансфузионных технологий.

Sorin XTRA - компактная, эргономичная и с привлекательным дизайном.

Sorin XTRA производится Sorin Group Deutschland GmbH, Мюнхен, Германия, что гарантирует непревзойденное качество и надежность, хорошо известную во всем мире по аппаратам искусственного кровообращения Stockert.

Sorin XTRA включает модуль вакуумного аспиратора Sorin Xvac, полностью интегрированного в аппарат.

По любым вопросам обращаться в отдел аутотрансфузии.

imko
M E D I Z I N T E C H N I K

МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
И СЕРВИСНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

ООО «ИМКОСЕРВИС»

123458 г. Москва,
ул. Маршала Прошлякова, д. 30, оф. 305.
Тел.: +7 (495) 228-05-86.
Факс: +7 (495) 228-05-87.
E-mail: xtra@imko.ru
www.imko.ru

 **SORIN GROUP**
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY



Государство в государстве

В Казани прошел VIII съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии - пожалуй, одно из наиболее представительных и масштабных мероприятий онкологической службы на всем постсоветском пространстве.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

VIII съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии собрал на своей площадке около трех тысяч ведущих российских и международных специалистов. Как заявила заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева: «Татарстан для проведения съезда выбран не случайно: здесь имеются как научные, так и практические школы. Кроме того, если у нас сейчас по многим регионам наблюдается рост смертности от онкологических заболеваний, то в Татарстане смертность от онкозаболеваний ниже, чем по России. Здесь можно показать и базу, и квалификацию кадров, и науку».

Глава правительства Татарстана Ильдар Халиков отметил, что столь представительный форум - это прекрасный шанс для татарстанских специалистов различных направлений, представителей учебных центров, студентов познакомиться с актуальными тенденциями,



имеющимися на сегодняшний день в области онкологии.

Съезд был организован на принципах мультидисциплинарного подхода. Это естественно для онкологии, которая в медицине является

своеобразным государством в государстве - ведь опухоль может развиваться в любых органах человека, а средства их лечения чрезвычайно разнообразны и могут комбинироваться. Поэтому на съезде не было предусмотрено отдельных секций, таких, например, как «химиотерапия» или «хирургия», но представители разных специальностей нацеливались на решение общих задач в единой системе.

ДИАГНОСТИКА - ЧЕМ РАНЬШЕ, ТЕМ ЛУЧШЕ

На съезде было отмечено, что при диагностике и лечении онкозаболеваний в лучших клиниках России используются такие же современные и эффективные технологии, как в Европе и США. Вместе с тем заместитель министра здравоохранения России Татьяна Яковлева отметила: «По раннему выявлению онкологических заболеваний мы отстаем от ведущих европейских стран. С 1 января 2013 года государство платит врачам за профилактику, мы проводим всеобщую диспансеризацию населения. Благодаря диспансеризации впервые за 2013 год выявили 27 тысяч онкозаболеваний на ранних стадиях. За 7 месяцев 2014 года выявили уже свыше 30 тысяч на первой и второй стадиях. Перед нами стоит серьезная задача: мы должны довести выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях до 80%».

Скрининговые программы необходимы, но нужна и активная забота о своем здоровье со стороны населения. Министр здравоохранения РТ Адель Вафин подчеркнул: «Человек должен задуматься о том, что при достижении определенного возраста и при наследственной предрасположенности к онкозаболеваниям необходимо проходить регулярные осмотры, участвовать в диспансеризации. У нас такие же результаты лечения рака на ранних стадиях, как и в европейских стра-

Среди причин, приводящих к отставанию отечественной онкологии от мировых лидеров, Михаил Давыдов выделил недостаточность финансирования и технической оснащенности. По данным Всемирного банка за 2009–2013 гг., расходы – как государственные, так и частные – на здравоохранение в США составляют 18% ВВП, в то время как в России на нужды здравоохранения выделяется 6,3%. В России имеется около 150 медицинских линейных ускорителей

рованной помощью! Значит, финансирование должно проводиться из одного источника (бюджета РФ) по специально разработанным для онкологии тарифам. Это значительно упростит процедуру организации онкологической помощи нашим гражданам и сделает ее адекватной. Передача обеспечения специализированной онкологической помощи из компетенции федерального центра в компетенцию регионов – это все равно, что передача



нах. Но лечение будет эффективным только при условии своевременной диагностики».

Население могло бы внести вклад в профилактику рака, если бы вело себя более рационально. По данным главного врача РКОД Татарстана Рустама Хасанова, в России на первом месте по заболеваемости – рак легкого, основной причиной чего является курение. А вот в Татарстане на первое место вышел рак кожи. И объясняется это тем, что люди стали более успешными и начали массово ездить на отдых в Турцию и Египет, где инсоляция для белокожих слишком велика.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАСТЕТ, СМЕРТНОСТЬ СНИЖАЕТСЯ

Главный онколог России Михаил Давыдов утверждает: «Онкология стабильно занимает второе место и представлена 15% заболеваемости в нашей стране. Думаю, эти статистические данные в скором времени будут меняться, потому что по мере улучшения уровня жизни в стране и увеличения доли населения пожилого возраста этот показатель будет неуклонно расти». При этом смертность в России с 2003 по 2012 год снизилась с 33,8% до 26,1%. Это большой успех, но, например, в США в 2012 году летальность на первом году установления диагноза составила 18,5%. Особенно заметна разница при лечении рака молочной железы: в Америке излечивают 98% случаев, в России – только 60%.

заряженных частиц, но лишь 20 из них – последнего поколения. То есть на миллион населения приходится один ускоритель. В США используются 3,7 тысячи линейных ускорителей (один – на 84 тысячи человек), в Европейском союзе – 2,5 тысячи (один – на 150 тысяч населения).



Но есть и другие причины, которые нельзя отнести к объективным. «Необходимо понимание надуманности искусственного выделения высокотехнологичной медицинской помощи отдельно от специализированной, – заявил Михаил Давыдов. – И то, и другое является специализи-

обеспечения сил ядерного сдерживания в зону ответственности регионов, где они расположены».

ИТОГИ И НАГРАДЫ

Оценивая значимость форума, ректор Казанского государственного медицинского университета Алексей Созинов сказал: «Это мероприятие даст толчок в развитии онкохирургии и онкологии в самом широком смысле – в разрезе профилактики, диагностики и реабилитации пациентов. Мероприятие значимо не только для онкологов, но и специалистов первичного звена. На мероприятии присутствуют также интерны, ординаторы КГМУ и КГМА, которые могут прослушать лекции ведущих специалистов России, стран ближнего и дальнего зарубежья».

Данью уважения к Казанской школе онкологии стало награждение золотой медалью им. Н. Н. Блохина видных ее представителей – профессоров Р. Ш. Хасанова, Г. И. Володиной, Ф. Ш. Ахметзянова, Р. М. Тазиева, а также Президента Татарстана Р. Н. Минниханова, чей вклад в развитие онкологии в республике трудно переоценить.

Председатель президиума съезда Михаил Давыдов отметил: «Никогда еще съезд не проводился под личным патронажем главы региона. Казань становится лучшим местом для проведения различных конгрессов, потому что помимо высокого уровня организации город обладает богатым культурным наследием».



Сердечная команда



В Казани прошел Российский национальный конгресс кардиологов, который стал одним из крупнейших за последние годы - в его работе приняло участие более пяти тысяч специалистов со всей России - ведущие российские кардиологи, а также видные зарубежные эксперты.

Программа трех дней конгресса вышла насыщенной и разнообразной - лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания с участием президента Российского кардиологического общества Евгения Шляхто, главного сердечно-сосудистого хирурга Минздрава РФ Лео Бокерии, президента Европейского кардиологического общества Фаусто Пинто, паст-президента Американской коллегии кардиологов Уильяма Зогби.

Сложно переоценить важность затронутых тем - сегодня в структуре общей смертности населения России 60% приходится на сердечно-сосудистые заболевания. Впрочем, намечена тенденция к уменьшению этого показателя, оптимистичные цифры привел Евгений Шляхто: «За 8 месяцев этого года снижение смертности составило почти 10% по сравнению с аналогичным

периодом 2013 года. По Татарстану смертность ниже, чем в среднем по России».

О том, что позволило добиться таких результатов, в своем выступлении рассказал Адель Вафин. В частности, он отметил реализацию программы «Сердце Татарстана», результатом которой стала работа семи центров чрескожного коронарного вмешательства. Причем, они открыты не только в Казани, но и в Набережных Челнах, Нижнекамске, Альметьевске. Здесь же проводятся операции на открытом сердце и другие виды вмешательств и диагностических процедур. С 2007 года в 10 раз увеличилось количество операций по аорто-коронарному шунтированию (в год их проводится более 3 тысяч, больше трети из них - экстренные), в 21 раз чаще стали проводить коронарографию (8,5 тысяч процедур в

год). Как итог, показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Татарстане за пять лет снизился на 20%.

В целом изменения в организации работы российской медицины, в части кардиологии, оценил Лео Бокерия:

- Мы сделали гигантский скачок с 95-го года. Многие виды помощи увеличились в десятки раз в количественном отношении. Если продолжим эту тенденцию, то в течение ближайших 8-10 лет мы реально решим проблему обеспечения долголетия с хорошим качеством жизни.

На конгрессе обсуждали и направления, в которых предстоит работать в ближайшее время. Так, Баграт Алякян, руководитель отделения Научного центра сердечно-сосудистой хирургии имени Бакулева, рассказал о необходимости создания единого регистра: «Без него никаких выводов сделать не можем - ни в кардиохирургии, ни в эндоваскулярной хирургии, ни в кардиологии отдельно». Лео Бокерия, в свою очередь, подчеркнул важность этапности и преемственности в деятельности поликлиник и профильных учреждений, а также совместной работы разных специалистов - то, что в мире принято называть heart team, или «командой сердца».



4D

на каждый удар сердца



В Центре УЗ-диагностики ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» Казани проходит апробация ультразвукового сканера нового поколения GE Vivid E9. О единственном в России 4D-приборе, его диагностических возможностях и предварительных результатах тестирования рассказал заместитель главного врача по диагностике Марат САФИУЛЛИН.



«Обнаружить патологические изменения в тканях на начальных этапах развития заболевания, поставить точный диагноз - важнейшие задачи в клинической практике, особенно в кардиологии, - объясняет Марат Сафиуллин. - Для апробации ультразвукового аппарата нового поколения была выбрана Городская клиническая больница №7, которая позиционируется как одно из ведущих учреждений республики. Мы убедили производителя в том, что тестирование в реальных условиях действующей клиники такого уровня будет самым лучшим вариантом».

Уже в первые две недели врачи больницы по достоинству оценили высокое качество и четкость изображения во всех диагностических режимах, быстрое переключение между ними и все возможности аппарата в целом. GE Vivid E9 - кардио-васкулярный ультразвуковой сканер экспертного класса. Он способен выполнить построение 4D-модели сердца за один цикл. В течение одного удара происходит захват изображения всего органа, при этом обеспечивается прорисовка не только клапана, но и всего

желудочка, что позволяет врачам замечать патологию сосудов и сердца задолго до того, как она разовьется и станет заметна для обычной УЗ-диагностики.

«Отзывы наших специалистов об этом аппарате только положительные, - говорит Марат Сафиуллин. - Врачи отмечают отличную визуализацию, высокую степень чувствительности и детализации, которые позволяют проводить эффективную диагностику врожденных и приобретенных пороков сердца. Для примера: во время работы на Vivid E9 были выявлены дефекты межпредсердной перегородки размером от 2 до 5 миллиметров! На обычных аппаратах патологические изменения такого размера просто невозможно увидеть. На Vivid E9 врач может заметить уже изначальные признаки сердечной дистрофии. Таким образом, у врачей появляется возможность не допускать дальнейшего развития патологии, искореняя ее на начальных стадиях развития. Ранняя диагностика позволяет не доводить больного до стадии оперативного вмешательства. Безусловно, это влечет за

собой и немалую экономию сил и средств, затрачиваемых на диагностику и лечение, на время пребывания пациента в стационаре. А главное - повышается вероятность благополучного исхода лечения. Сегодня перед врачами-диагностами открывается возможность проведения 4D-исследований в рамках повседневной рутинной работы. Мы хотели бы внедрить этот аппарат в клиническую практику нашей больницы и будем рекомендовать его к применению в других лечебных учреждениях».*

Победители боли

В Казани прошел XIV Съезд Федерации анестезиологов и реаниматологов

Президент ФАР, профессор Виктор Мизиков: «Необходимо создание профессиональных стандартов, ориентированных на весь спектр профессиональных компетенций, с отказом от функционального подхода к описанию должностных обязанностей».



к применяемым технологиям, улучшилось техническое оснащение, но до сих пор существует дефицит кадров анестезиологов-реаниматологов».

Ученые по материалам судебно-медицинских экспертиз из города Санкт-Петербург выделили пять основ-



Министр здравоохранения Татарстана Аделя Вафин в своем приветственном слове к участникам конференции отметил, что в республике анестезиологии и реаниматологии всегда уделялось приоритетное внимание. Во многом именно с них начиналась модернизация отрасли, благодаря чему стало возможным развитие других направлений высокотехнологичной медицинской помощи.

Президент ФАР профессор Виктор Мизиков констатировал, что Казань действительно становится и культурной, и научной столицей. На съезде он уделил большое внимание организационным вопросам, в частности, повышению квалификации специалистов, где современные тенденции связаны с развитием непрерывного профессионального совершенствования. Достижение цели требует инновационного подхода к образованию: расширения видов и объемов дистанционных образовательных технологий; введения персонального учета компетенций на основе накопления

кредитов; создания структуры независимой оценки профессиональных квалификаций. В продолжение этой темы главный внештатный анестезиолог-реаниматолог Минздрава РТ Айнагуль Баялиева затронула вопрос о понимании анестезиологами фундаментальных механизмов возникновения боли. С существованием проблемы согласны и другие участники съезда, поскольку в нашей системе медицинского образования для ознакомления с теоретическими основами физиологии боли отводится, в лучшем случае, пара лекционных часов.

Главный анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ, профессор Игорь Молчанов отметил: «Основная задача съезда - это обсуждение девяти клинических рекомендаций, которые в дальнейшем будут направлены в регионы России для применения на практике. Я очень рад тому, что у нас была полностью пересмотрена нормативная база, которая оставалась неизменной в течение последних 25 лет. Появился новый порядок, изменились требования

ных дефектов в практике анестезиолога-реаниматолога: при обеспечении проходимости дыхательных путей (66,7%), периоперационном ведении (11,1%), выполнении нейроаксиальных блокад (8,6%), несоблюдение протокола мероприятий сердечно-легочной реанимации (8,6%), недопустимое сочетание лекарственных препаратов (4,9%). Наиболее часто критические инциденты возникали при выполнении ларингоскопии и интубации трахеи: 57,5% от числа дефектов при обеспечении проходимости дыхательных путей.

Интересными данными поделился представитель Красноярска Олег Корольков, который представил исследование, касающееся степени удовлетворенности профессией анестезиологов-реаниматологов этого города. 82% опрошенных считают, что они работают на своем месте, а вот полностью удовлетворенных качеством жизни лишь 17%. Такие «ножницы» говорят о том, что медицина в нашей стране во многом остается уделом подвижников.

Интеллектуальная адаптивная респираторная терапия для пациентов всех возрастных групп

Аппарат
ИВЛ «ЗисЛайн»

Мониторинг параметров метаболизма
в реальном времени.

Широкие функциональные
возможности респираторной
терапии.

Интеллектуальная адаптивная ИВЛ.

Мониторинг процесса вентиляции
и эффективности газообмена.

- Забота о сохранении собственного дыхания.
- Интуитивно понятное управление.
- Инспираторный триггер с малым временем отклика.
- Возможность автономной работы в условиях прекращения газо- и электроснабжения.
- Работа от источников кислорода высокого и низкого давления.



ZISLINE[®]

Тритон-ЭлектроникС, Екатеринбург
Тел./факс: +7 343 261 73 76, +7 343 261 58 63
Горячая линия: 8-800-700-86-30 (звонок по России бесплатный)
e-mail: mail@triton.ru
www.triton.ru, www.zisline.ru

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ФОРУМ



2014

Медицина

ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,
 ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

28 - 30 октября
 г.Уфа



БАШЭКСПО
 ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР

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

Место проведения: ВДНХ-ЭКСПО, ул. Менделеева, 158





Как лечат в США

Книга Александра Мясникова «Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о лекарствах и медицине» стала настоящим бестселлером, вызвав неподдельный интерес как у медиков, так у их пациентов. С разрешения издательства «Эксмо» Healthy Nation публикует выдержки из главы «Как лечат в США, Франции, Африке», в которой автор описывает свой опыт врачебной практики за рубежом.

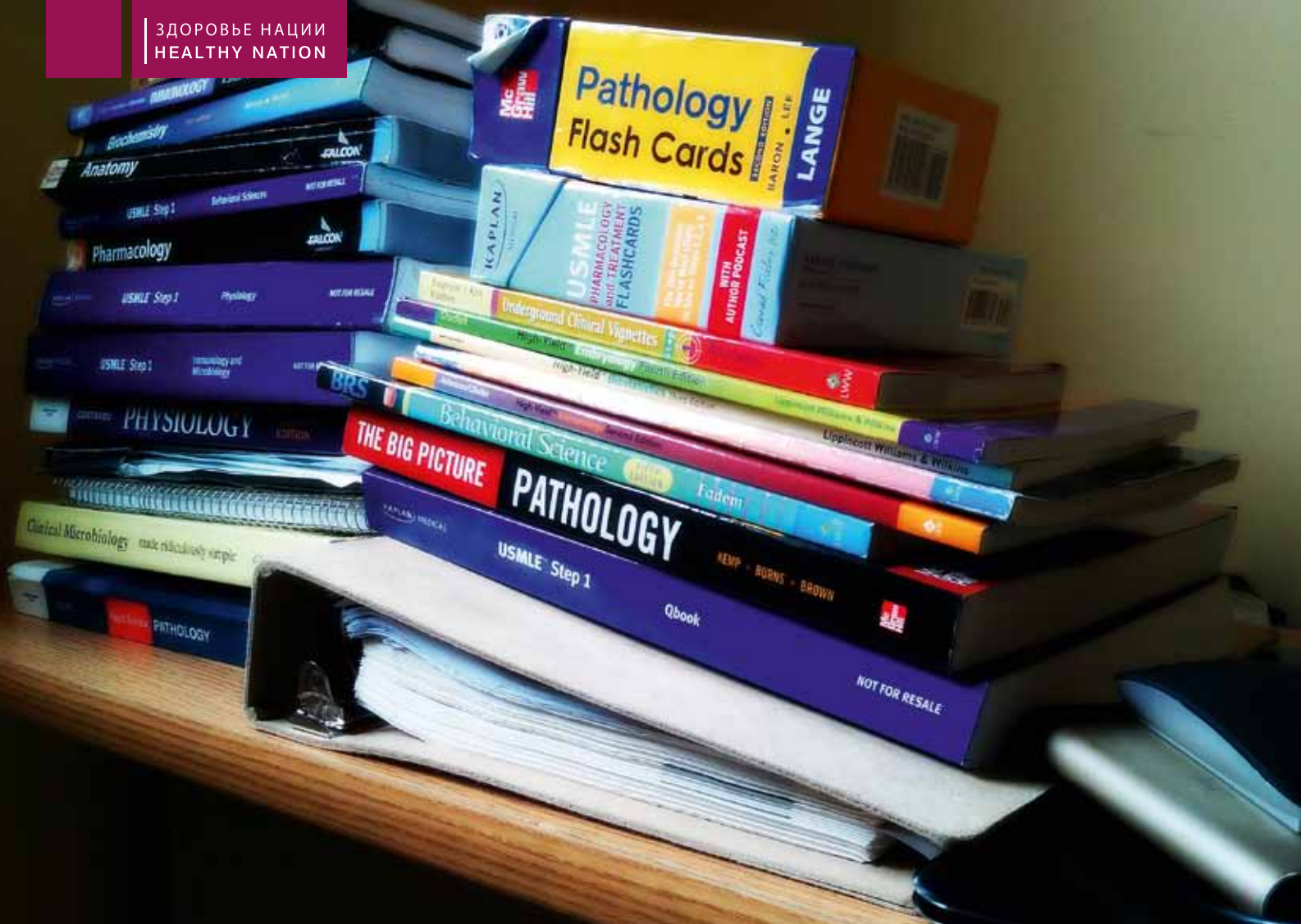
...Мне посчастливилось работать в Америке. У нас медицину делят на американскую, нашу российскую и бывшую советскую. А это неправильно! Медицина одна. Но она бывает грамотная и неграмотная. В нашей стране проповедуется медицина дикая, неграмотная. У нас врач по каким-то только ему понятным причинам назначает лечение, порой просто абсурдное. Во всем мире не так! Лечат по принятым стандартам. Это не значит, что всех одинаково. Стандарты лечения обеспечивают вам защиту от врача-дурака. И это минимальная медицинская помощь, которую вы получите. Если же случай более сложный, и медицинские стандарты не предусмотрены, диагностическая мысль будет развиваться дальше, но логично. Врачи Нью-Йорка не скажут, что в Чикаго вас лечили идиоты. Все не так! В Нью-Йорке врач посмотрит, чем вас лечили в Чикаго, посмотрит результаты и, опираясь на стандарт, попробует другие лекарства, потом третьи, если не помогли предыдущие. Если что-то пойдет не так, он станет думать, а что сделано не так и почему тысячам пациентам помогает, а этому, конкретному, нет. И начнется работа над стандартами, то есть дальнейший диагностический процесс. Это правильно. Так и должно быть!

... Я должен был подтвердить свой диплом, сдать медицинские экзамены. Дело в том, что весь твой предыдущий опыт работы в других странах здесь не учитывается. А я попал в Америку доктором с почти 20-летним медицинским стажем! Кандидатом наук. У меня были ученики. Короче, считал себя достаточно грамотным врачом. Но это только я так считал.

Делать нечего, пошел сдавать экзамены. Заплатил деньги и не стал готовиться, думая, что не сдам, но наберу приличный балл. Открыл экзаменационные бумаги, увидел около 700 вопросов, на которые надо ответить за три часа. И с удивлением обнаружил, что там о привычных и распространенных вещах, таких как инфаркт миокарда, пневмония, язва желудка, речь не идет. Экзаменационные вопросы представляли собой ситуации, из которых не сразу найдешь выход. Прилагалось четыре варианта ответа, надо было выбрать правильный. Но я порой не очень понимал, о чем идет речь. Хотя бывали и простые, например, как должна пристегиваться в автомобиле беременная женщина.

Во-первых, я понял, что от меня не требуют фундаментальных знаний, которые помогли бы мне всю жизнь. Во-вторых, увидел, что американец тратит на то, чтобы прочитать вопрос, 50 секунд. А мы должны за 40 секунд прочитать, принять решение и ответить. И если я буду каждый вопрос читать до конца, то не успею сдать экзамен. Поэтому создал сам для себя систему ключевых слов. Я не читал весь вопрос, а просто искал возраст пациента и основной симптом. Например, если пожилой человек с кровавым поносом, ищи в ответе ишемический колит.

В итоге сдал экзамен и начал искать работу. Это оказалось очень непросто. Огромная



Унифицированное лечение привело к тому, что на Западе гипертония перестала иметь характер эпидемии, и, как следствие, пошла вниз кривая сердечно-сосудистых заболеваний, инфарктов и смертей. Это просто один из примеров пользы от стандартизированной терапии. Сегодня, конечно, для нашего врача это звучит диковато.

конкуренция – много-много тысяч человек на одно место! Люди месяцами ходят по собеседованиям. Предпочтение отдается белым американцам. Я не могу сказать, что это расовая дискриминация, просто в первую очередь берут белых выпускников престижных школ. Это очень важно: если госпиталь начинает брать индийцев, русских и прочих иностранцев, его рейтинг падает. Выпускники медицинских школ не рвутся в госпиталь, где работают иностранцы. Поэтому нас, приезжих, принимают только в крупные госпитали, работающие по типу «Скорой помощи». Сюда не очень хотят идти работать, здесь надо пахать, пахать и пахать. Поэтому сюда берут дешевых рабов, которые взамен получают американскую медицинскую лицензию и незаменимый опыт.

... деятельность врача на Западе строго регламентирована. На все есть схема лечения, которой ты обязан придерживаться. Более того, если при лечении ты делаешь из пяти шагов первый, второй, третий, потом пятый,

а после этого возвращаешься к четвертому и тем самым спасаешь пациента, ты потом будешь отвечать за отступление от стандартов лечения. С этим там очень строго. Это серьезный повод для судебного преследования. Аргумент: «Зато я спас человека!» – не работает, с тобой будет разбираться суровая комиссия. Если же ты лечишь строго по схеме: один, два, три, четыре, пять, и после этого больной умер, тебе никто слова не скажет. Это нормально – ты же сделал все, что мог!

Конечно, нам, не привыкшим к такому подходу, на первый взгляд кажется, что это полный бред. Но поверьте мне: отступление от стандартов иногда действительно может спасти одного, двух, трех человек, но массовое несоблюдение принятых алгоритмов может убить не одну тысячу пациентов. Поэтому стандарты в Штатах обязательны.

Конечно, ошибки делают везде и все. Например, в Америке или в любой западной стране могут отрезать левую ногу вместо

правой и вырезать не ту почку. К сожалению, существует проблема с парными органами. Частота таких ошибок – 0,1%. Еще раз повторю: в Америке могут отрезать правую почку вместо левой, но никогда не назначают неправильный антибиотик!

... поголовно всем делаются прививки: и взрослым, и детям. Население ежегодно обследуется с целью раннего выявления фактора риска для сердечно-сосудистых заболеваний и рака.

Когда-то и в СССР профилактические обследования являлись нормой. Продвинутые западные врачи переняли у нас такой простой и эффективный способ заботы о здоровье населения. К моему огромному сожалению, все, что было важным в советской медицине, ушло на Запад, а у нас не осталось ничего. В новой стране, в России, не принято заботиться о здоровье. И в результате я вижу на улицах наших городов много полных людей с метаболическим синдромом на лице.

... Прошло много лет, а главными убийцами людей до сих пор остаются сердечно-сосудистые заболевания: инфаркты, гипертонии... Американцы достаточно быстро сообразили, что делать. Например, повышенное артериальное давление является одним из важнейших факторов риска для развития ишемической болезни сердца и, как следствие, инфаркта. Так американцы всем больным с гипертонией стали давать

мочегонные препараты. Всем, независимо от того, какая у кого гипертония. Они не разбирались, Вася он или Петя, толстый или худой, пожилой или молодой – всем мочегонные.

Интересно, что у 60% пациентов давление нормализовалось, а у 40% – нет. При повторных визитах к врачу второй категории больных добавляли бета-блокаторы. Опять же, поголовно всем. Через какое-то время они вновь приходили на прием, и выяснялось, что некорригированная гипертония имеется у 20% пациентов. Им добавлялись вазодилататоры. В итоге у 95% давление стабилизировалось, но для этого они должны были принимать все предписанные алгоритмом таблетки.

Унифицированное лечение привело к тому, что на Западе гипертония перестала иметь характер эпидемии, и, как следствий пошла вниз кривая сердечно-сосудистых заболеваний, инфарктов и смертей. Это просто один из примеров пользы от стандартизированной терапии. Сегодня, конечно, для нашего врача это звучит диковато.

Я приехал в Америку опытным кардиологом, а там переучивался на врача общей практики. Но кардиология всегда была мне близка. И меня немножко коробило, как американцы понимают свою работу и как они учили меня. «Александр, – говорили они, – забудь обо всех изысканиях и возьми как данность: есть четыре препарата, которые положено иметь любому сердечнику. То есть, если диагноз – «ишемическая болезнь сердца, сопровождающаяся редкими приступами стенокардии», то всем таким больным, без разбора, назначаем бета-блокаторы, статины, понижающие холестерин, аспирин, АПФ – ингибиторы. Все! И выписываем всем поголовно». «А если кому-то не поможет?» – не доверчиво спрашивал я. А кому не поможет, ты можешь добавлять понемногу один-два дополнительных препарата. Но это уже на твое усмотрение и по необходимости», – ответили мне американские коллеги.

...американские врачи суховаты, они никогда не пожалеют пациента так, как это делает наш врач. Они никогда не уделят больному более пятнадцати минут времени, если только это не вызвано жестокой необходимостью. Они всегда говорят пациенту правду, никогда не будут жалеть и обманывать, так как не видят в этом смысла. Они будут разговаривать очень жестко и, возможно, не станут отвечать на дополнительные вопросы, если сочтут, что все уже сказано...

...В Америке – никаких сантиментов! Жесткий, прагматичный подход. Отношения врача и пациента похожи на отношения механика автосервиса и клиента. Врач говорит: принимайте это и это, приходите через две недели. Он понимает: если он назначил что-то не то, клиент подаст на него в суд и взыщет большие деньги. Поэтому никаких экспериментов. Качественная услуга за деньги на профессиональном уровне. Получите–оплатите. Если у клиента есть сомнения в профессионализме – он молчать

не будет, и профессионалу тогда мало не покажется.

Что еще удивляет, так это стремление американских врачей быть всегда в курсе всего нового и передового. Если ты хочешь зарабатывать имя и деньги, значит должен постоянно учиться, развиваться, повышать свой профессиональный уровень. Тебе ежедневно на электронную почту присылают новости медицины, где можно прочитать обо всех новейших разработках, методах, исследованиях. Во всем мире, не только в Америке,

разбираться в портняжном искусстве, чтобы видеть, что сшитый костюм плохо на тебе сидит. Если на костюме разные пуговицы на разном уровне, разной длины рукава, брюки пузрятся на зад, значит портной плох. То же самое с лечением. Больной может не знать тонкостей медицины, но он имеет право спросить: почему при его заболевании назначили такое-то лекарство, а оно имеет такие-то противопоказания, которые у него, больного, как раз и есть? Если врач начинает морочить человеку голову или пытается зама-



...В Америке – никаких сантиментов! Жесткий, прагматичный подход. Отношения врача и пациента похожи на отношения механика автосервиса и клиента. Врач говорит: принимайте это и это, приходите через две недели. Он понимает: если он назначил что-то не то, клиент подаст на него в суд и взыщет большие деньги.

идет множество клинических испытаний различных препаратов, проходят исследования всевозможных методов лечения. Передовые умы медицины анализируют ретроспективу, т.е. ситуацию с лечением различных заболеваний за прошедшие годы. В результате мы получаем порой парадоксальные, иногда взаимоисключающие результаты, что, на самом деле, очень многое дает врачам.

...клинические испытания проводятся на протяжении нескольких лет на очень большом количестве людей, десятках тысяч! Эти исследования стоят гигантских денег, часто они оплачиваются фармакологическими компаниями. Результаты иногда раскрывают нам глаза на препарат, заставляют смотреть на него совсем с другой стороны, переворачивают наши привычные представления о лечении. А поскольку эти испытания, этот анализ идут постоянно, информация также поступает непрерывно, нескончаемо. И вся она выложена в интернете.

Вот к врачу приходит пациент, прочитавший обо всем этом. Если он увидит, что вы не ориентируетесь в новинках и разработках, он вам верить не будет. Таких пациентов в России называют всезнайками и не очень их любят. Мы говорим: «Они ничего не понимают в медицине, куда они лезут, это же у меня медицинское образование!». Знаете, не надо

скирывать незнание высоконаучными терминами, пациент это, поверьте, очень быстро почувствует. И сбежит к другому доктору.

Врач должен ежедневно читать, изучать все новое. Признаюсь: возвращаясь на работу после двухнедельного отпуска, я в первый день чувствую себя неуверенно, потому что не знаю, что за это время изменилось. Я понимаю, что потерял определенные навыки, остроту соображения. Это еще не так заметно на поликлиническом приеме, но во время дежурства в реанимации сказывается очень сильно. В Америке, например, в первый день по выходе из отпуска врач не допускается к пациенту. Он должен адаптироваться, находиться на подхвате у коллег. И это правильно.

Про Америку можно говорить долго, там много чего полезного делают для больных. Например, сразу настраивают их на то, что они не должны заниматься самолечением. Врач – профессионал, а если он ошибется, его могут лишить лицензии и отдать под суд. Это настолько прочно сидит в голове у населения, что никто не лезет в детали, понимая: если врач назначил таблетку, значит у него есть веские основания. Больной принимает необходимые лекарства, если они не помогают, снова приходит к врачу. Тот назначает другое лечение, если оно опять не помогает, то пациент идет уже к юристу...



Российская неделя здравоохранения



Реклама

24-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ»



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Центральный выставочный
комплекс «Экспоцентр»,
Москва, Россия

8—12 декабря 2014

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

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (800) 707-37-99
(звонок по России бесплатный),
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru, expocentr.pf

12+



Жизнь в ярких тонах

Травматолог и живописец в четвертом поколении



Заведующий
травмпунктом
при Городской
поликлинике № 7
Казани Альберт
Галимов
не представляет
свою жизнь как
без медицины,
так и без
живописи. Он
успевает все – и
объяснить режим
лечения пожилому
больному,
и рисовать этюды
на Алтае.



Дверь в кабинет заведующего травм-пунктом Альберта Галимова всегда открыта, он видит диванчик с ожидающими посетителями и примет каждого, терпеливо, но оперативно выяснит суть проблемы и при необходимости тут же отправится с пациентом в процедурную или операционную, где окажет необходимую помощь. На стремительного в движениях и неизменно доброжелательного заведующего в этом учреждении завязано все. То и дело к нему обращаются врачи и медсестры, к нему стекаются самые трудные больные и самые разнообразные заботы.

- Да, мне нравится такая жизнь. Я люблю свою работу. И не понимаю тех, кто непрерывно ноет и идет на работу как на каторгу, - улыбается Альберт Гранитович. - Я получаю удовольствие от того, что нахожусь в гуще событий, что распутываю какие-то сложные случаи.

Верьте или не верьте, но на пленэре это совсем другой человек.

- Я люблю побыть в одиночестве, в тишине, видеть порхание бабочек, слышать жужжание пчелы. - говорит художник Галимов. - Когда я выбираюсь в какое-нибудь безлюдное место на Казанке, в душу приходит покой. Я каждый день выделяю два часа, чтобы рисовать.

ПЕРСПЕКТИВА

Настоящее знакомство с художественным творчеством произошло в 1974 году, когда семилетний Альберт пришел в изостудию при

Дворце пионеров им. Абдуллы Алиша, которой руководил известный художник Вячеслав Лысков. Среди его учеников - авангардист Евгений Голубцов, художник кино Рашит Сафиуллин, работавший вместе с Тарковским над легендарным «Сталкером», популярный карикатурист Вячеслав Бибишев и многие другие.

- Я учился у Лыскова не так много, всего восемь месяцев, но это была хорошая школа, - рассказывает Альберт Галимов. - Никто с нами не сюсюкался. Обычное детское творчество - снизу травка, сверху солнышко - вежливо, но жестко пресекалось. А вместо этого сразу доступным языком объяснялись законы перспективы, светотени. Я уже задним числом, когда сам начал преподавать, понял, какой серьезный базис нам дали. Советская система в этом плане была великолепная.

Потом было обучение в художественной школе № 1 (педагог Кама Скамрова), влиянием фронтовика и заслуженного художника

РСФСР Виктора Куделькина, участие в группе «Дастан», лидером которой был Анвар Сайфутдинов. Мольберт всегда был с собой во время многочисленных путешествий: Урал, Алтай, Белое море, Италия, Франция, Голландия.

ПРИЗВАНИЕ

После первого курса мединститута Альберт Галимов, как, наверно, и большинство студентов, собирался стать хирургом, но придя на практику в поликлинику института травматологии, «заболел» этой специальностью. Сначала санитаром, а затем медбратором он проработал там до шестого курса. Правда, распределили его в интернатуру в РКБ все-таки хирургом, но он успевал одновременно бегать на операции в травматологическое отделение.

- Когда меня направили в травмпункт, то я относился к этому как ко временному назначению, - признается Альберт Галимов. - Думал, пересажу года два-три и пойду оперировать в РКБ или КНИИТО. И хотя было несколько возможностей уйти, но я как-то прикипел к этому месту, к этим людям, к своим пациентам. Решил, что амбулаторная медицина тоже нужна, и кто ей будет заниматься, если не я? Надо выхаживать больных после операций, объяснять им, на каком сроке можно сгибать ногу, а на каком нельзя, как в туалет, извините, ходить. К тому же здесь был удобный график - сутки через двое - что позволяло мне продолжать заниматься рисованием. А уж когда стал заведующим - отделение стало вторым моим домом.

На самом деле, сочетание интереса к живописи и к медицине у заведующего травмпунктом - это наследственное, врожденное. Он - врач в четвертом поколении, и живописец - хоть и с перерывами, но тоже в четвертом. В семье не было профессоров и докторов наук, все были практикующими докторами. Однако как гласит народная мудрость «У настоящего интеллигента должно быть три диплома о высшем образовании - свой, отца и деда». И, конечно, это семья настоящих интеллигентов.

ДИНАСТИЯ

Основателем династии был Вячеслав Кунин - прадед Альберта Галимова по материнской линии (именно по ней передавалась предрасположенность к медицине). Он был военным врачом, участником Первой мировой и (по некоторым сведениям) русско-японской войн. В гражданскую лечил красноармейцев. Прабабушка Ольга Федоровна была инженером-телеграфистом, но судьба распорядилась так, что после ее расстрела в 1937 году племянника и племянницу приютила родная сестра Вера Никитина - вот она была одновременно травматологом и живописцем.

Вера Федоровна была чрезвычайно интересной личностью. В Казанском художественном училище она училась у Николая Фешина, известного импрессиониста



и модерниста, академика Императорской Академии художеств. Участница знаменитого Египетского бала в КХУ в 1913 году. В Гражданскую войну была сестрой милосердия, участвовала в борьбе с холерой в Поволжье и на Украине. Затем окончила медицинский факультет КГУ, много лет была заведующей приемным покоем Казанского института травматологии, удостоена звания «Заслуженный врач ТАССР».

Ее супруг Константин Гаврилович – военный врач, дворянин, кавалер ордена Святого Станислава, которым до революции награждали гражданских лиц за заслуги перед обществом.

Бабушка доктора Галимова Наталья Крашенинникова (фамилия по мужу), также выбрала своей профессией медицину. В 1942 году, сразу после выпуска, отправилась на фронт, служила в зенитном батальоне, участвовала в сражении на Курской дуге, в форсировании Днепра, освобождении Киева. После войны работала рентгенологом.

Ее дочь Людмила Владимировна стала врачом-наркологом и вышла замуж за своего одногруппника Гранита Галимова, чем положила начало еще одной семейной традиции. Альберт Гранитович также нашел свою супругу в мединституте. Альфия Ибрагимовна работает ныне в МКДЦ в отделении функциональной диагностики. Сегодня вошло в медицину уже пятое поколение династии – Алиса Галимова недавно принята ординатором в НИИ неврологии при Академии наук РФ в Москве.

ЭСТЕТИКА И МЕДИЦИНА

За годы творчества Альбертом Галимовым создано более 500 картин – от маленьких, размером с ладонь, до крупных полотен размером 1,5 на 2 метра. Пейзажи, портреты, сюжетные картины, фигурные композиции выставляются на выставках, раскупаются в частные коллекции. Но есть у художественного творчества и еще один выход – в медицину.

– Можно говорить о релаксации при смене одного вида деятельности на другой, хотя оба физически довольно напряженные, – объясняет доктор Галимов. – Но дело еще и в том, что знание законов красоты, эстетическое чувство накладывает свой отпечаток на все и на работу травматолога в том числе. Красивая гипсовая повязка – она и для пациента удобней. Красиво наложенный шов будет меньше беспокоить. Еще Туполев отмечал, что только красивый самолет хорошо летает.

Есть и обратный эффект. Зная психологию людей, легче работать с заказчиком и с моделями. И художник, и врач имеют дело с человеческим телом – знание его анатомии обязательно для обоих. Хотя здесь важно не переусердствовать.

– Все-таки пластическая анатомия отличается от клинической, – отмечает Альберт Галимов. – Конечно, художник должен угадывать мышцы под кожей, но его задача вовсе не вскрыть и увидеть, куда эта мышца прикрепляется, а через ее рельеф передать душевные движения человека и его телесную красоту. Художник видит тело в его целостности.

ВОЗРАСТ МЕДИЦИНСКИЙ И ТВОРЧЕСКИЙ

Все течет, все изменяется. Эта древняя мудрость современна всегда. Как отмечает Альберт Галимов, творчество также имеет свойство меняться. Одно дело, когда молодой ординатор с жаром хватается хоть за клинический случай, хоть за большое полотно, насыщая его своей энергией. И совсем другое дело – умудренный опытом заведующий отделением, который умеет распределить силы и свои, и больного, а в творчестве тяготеет к экономности средств и стремится не столько выразить впечатления, сколько осмыслить их и обобщить.

– Больные мне, как заведующему отделением, тоже достаются в значительной мере возрастные, ведь у них все заживает труднее, дольше, с осложнениями. – говорит доктор Галимов. – По особенностям лечения пожилых людей написано множество диссертаций и монографий. Но главное, на мой взгляд – никогда не говорить пациенту, что у него что-то болит потому, что возраст такой, и что лечить бесполезно. Это в корне неправильно. Геронтология утверждает, что любому человеку можно подобрать лечение. Трудно, но можно. Люди в 80 лет и с парашютом прыгают, и компьютер изучают. У меня есть такие знакомые – с совершенно ясной головой, которые ведут полноценную жизнь, которая иным сорокалетним и не снилась.

Все изменяется. Но остается неизменной точка отсчета. Это радость жизни, радость творчества, радость служения.



Конвейер качества

Уникальный опыт клиники Мэйо был представлен в Казани

«Потребности пациента превыше всего». Очень простой лозунг. Но за 150 лет его последовательного применения провинциальная американская больница стала мировым лидером не только в лечении болезней, но и в научных исследованиях и медицинском образовании.

В Казани прошла Международная конференция «Мировой стандарт качества: от идеи до воплощения. Опыт клиники Мэйо». В ней приняли участие специалисты 16 регионов России.

«С этого мероприятия начнется новый этап во внедрении системы управления качеством в практику лечебных учреждений республики, поскольку для передачи опыта удалось пригласить лучшую команду в мире не только с точки зрения пациенто-ориентированности, но и с точки зрения высочайшей производительности труда, качества и безопасности оказания медицинской помощи, – заявил Министр здравоохранения Татарстана Адель Вафин». Он также отметил, что в республике имеется много профессионалов высочайшего уровня, но при этом персонал в больнице в целом зачастую может быть далек от совершенства. И история клиники Мэйо в этом плане очень показательна. Именно здесь за многие десятилетия удалось достигнуть того, что пациенты идут не к известному специалисту – они идут в клинику.

«Достижение высокого качества в работе медицинской организации является еще более сложной задачей, нежели приобретение оборудования и обучение персонала высоким технологиям, – утверждает Андрей Курклинский, ассистент-профессор Департамента сердечно-сосудистой медицины клиники Мэйо. – Это та сфера, в которой каждая мелочь имеет значение. Качество – не налог на производительность, это ключ к ней».

С ним согласен Тимоти Давлантес, ассистент-профессор Департамента семейной медицины, руководитель медицинской службы по качеству Клиники Мэйо: «Один из способов обеспечения качества – это наличие четких измеряемых показателей, которые показывают, насколько ожидания пациента удовлетворяются. Показатели, описывающие улучшения процесса, течение болезней, улучшение ситуации конкретных пациентов и другие».

Внимание к пациенту в клинике Мэйо начинается даже не с порога больницы, а с аэропорта. Поскольку в Рочестере про-



живает всего 100 тысяч жителей, а клиника оказывает помощь 1 млн пациентов в год, то можно быть уверенным, что большинство пассажиров самолета – это пациенты, направляющиеся в медицинский центр. Причем сюда прибывают самые тяжелые больные с самыми экзотическими болезнями из 140 стран мира. Их нужно доставить в больницу, помочь сориентироваться в незнакомом месте. И жизнь города во многом строится вокруг знаменитой клиники. Достаточно сказать, что сейчас рассматривается вопрос об оснащении такси... дефибрилляторами и

кто-то может быть оставлен на второй срок, но не более того. Так что любой руководитель знает, что он будет со временем понижен, а его подчиненный станет его боссом».

Руководитель не имеет возможности ни нанять сотрудника, ни его уволить – это вопрос особой комиссии. Вообще, все важные решения принимаются коллегиально. В клинике шутят: «Мы – последняя социалистическая республика Мэйо». Все это создает особую атмосферу сотрудничества и взаимопомощи. Даже сотрудники, покинувшие больницу по возрасту, не могут с ней расстаться и прихо-

а ежедневное руководство к действию. Сотрудники их повторяют часто, и это помогает настроиться на особую волну благожелательности и сотрудничества. Они же помогают находить выход в сложных ситуациях.

Про клинику Мэйо написано немало книг и научных исследований, ее алгоритмы производственных процессов описаны в учебниках по организации бизнеса (при том, что ее представители с гордостью заявляют, что они являются не корпорацией, а некоммерческой организацией). Но может ли этот опыт быть внедрен в Татарстане?

«На конференцию со всей республики приехали те люди, которые ответственны за управление качеством – это заместители главных врачей и руководители служб качества, – объяснил Адель Вафин. – А начали мы с главных врачей – уже порядка 40 управленцев прошли обучение. Ни одну систему невозможно внедрить, пока руководитель не поймет для чего это нужно, как это будет работать и насколько это важно».

Министр подчеркнул, что процесс этот непростой и на него может уйти несколько лет. В ближайшее время будет проведен аудит всей системы здравоохранения республики, эксперты помогут определить наиболее слабые места. И затем поэтапно будет выстраиваться система управления качеством – начиная с руководителей и заканчивая санитаркой, гардеробщицей и охранником.



обучении водителей их применению. В больнице работают 80 переводчиков с 25 языков, более 300 докторов владеют вторым языком.

Особая форма заботы о больных – это четкое планирование всей процедуры лечения десятков тысяч пациентов в течение суток, которое вполне можно сравнить с заводским конвейером. «Но этот конвейер особенный, – замечает Андрей Курклинский. – Он не имеет отношения к пациенту, он относится к производственному процессу. Пациент находится на первом месте. Мы проводим с ним столько времени, сколько нужно, у нас необычно долгий для большинства клиник первичный прием – до часа и более. Мы стараемся понять человека, обстоятельства его жизни. Но – вы удивитесь – именно это приводит к экономии средств, делает процесс эффективным еще и с экономической точки зрения».

Второй особенностью клиники Мэйо (но вытекающей из первой – ориентации на потребности пациента) является командный стиль работы. Здесь нет ни причин, ни возможностей для конкуренции и конфликтов внутри коллектива. Зарплата имеет фиксированный уровень, не полагается ни премий, ни бонусов.

«Занятие руководящего поста не ведет к увеличению зарплаты. Президент клиники получает столько же, сколько высококвалифицированный врач, – объясняет Андрей Курклинский. – Все руководство клиники и ее подразделений меняется каждые четыре года. При особых заслугах и необходимости



дять помогать в качестве волонтеров. И таких – около полутора тысяч. Каждый специалист готов помочь другому. В клинике Мэйо доминирует сотрудничество с гибким регламентом, позволяющим подобрать команду экспертов для индивидуального лечения людей.

Стремление к развитию, к исследованиям и открытиям – это третий принцип клиники, который создает основу для первых двух. Он является и заботой о пациентах, для лечения которых еще не имеется достаточно эффективных методов, и помощью докторам.

Принципы клиники, сформулированные в виде афоризмов – это не формальности,

В республике есть и свои флагманы, на которых стоит равняться. Так, ассистент-профессор Сандья Прути отметила, что в Республиканской клинической больнице организация очень многих процессов в вопросах управления качеством переключается с тем, что делается в клинике Мэйо. А Адель Вафин привел в пример Межрегиональный клиничко-диагностический центр, внедривший у себя европейскую систему качества ИСО 9001. Результаты не заставили себя ждать: так, в год клиники получает 1800 благодарственных отзывов, а из 15 жалоб только 2 обоснованных.

17-18 октября 2014

ГТРК «КОРСТОН» г. Казань

МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА ЛЕЧЕНИЕ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ



ВХОД СВОБОДНЫЙ

- ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ЭКСПЕРТОВ
- УСЛУГИ РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ И КЛИНИК
- БОЛЬШОЙ ВЫБОР НАПРАВЛЕНИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПОЕЗДОК

+7 (952) 043-30-90

optimaexpo@mail.ru

www.optimaexpo.ru



ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ
ОПТИМА ЭКСПО



Человек дела

19 лет руководил республиканской санэпидстанцией Борис Яковсон

Война, фронт, создание Куйбышевского и Нижнекамского водохранилищ, ликвидация массовых инфекций, строительство КАМАЗа и Нефтехима, городов Набережные Челны, Нижнекамск, Альметьевск. Иногда через жизнь отдельного человека видна целая эпоха.

Он не любил говорить «я», всегда предпочитал говорить «мы». Борис Яковсон был человеком удивительной скромности. Особенно, если учесть те проекты, в осуществлении которых он непосредственно принимал участие. Он никогда не вспоминал своих старых заслуг, и при этом умел поддержать свой авторитет постановкой каждого нового дела, которое ему поручали.

– Мы познакомились с ним в 1947 году, когда я после десятилетки поступила в Казанский стоматологический институт, – рассказывает Дина Яковсон, супруга Бориса Львовича. – А он пришел с фронта. Фронтовики все такие строгие были, в шинелях, учились очень серьезно и нас подтягивали. Многие наши однокурсники впоследствии стали руководителями высокого уровня.

На войне будущий глава республиканской санэпидстанции был артиллеристом. В армию ушел в 1941-м сразу после сдачи выпускных школьных экзаменов, а Победу встретил в Польше. Судьба его хранила, он ни разу не был ранен, но во время стрельбы у него лопнула барабанная перепонка. С таким повреждением многие инвалидность оформляют, а тогда фельдшер ваткой ухо заткнула, чтобы кровь не текла – и снова в бой.



ПРИВЕТ УЧАСТНИКАМ СОВЕЩАНИЯ ГЛАВНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ САНИТАРНЫХ ВРАЧЕЙ ТАССР



- Мы оба были отличниками. И на третьем курсе решили пожениться, - продолжает Дина Абдулхаевна. - Но доучиваться нам пришлось в Ленинграде, потому что в конце 1950-го года наш институт был расформирован и переведён в Караганду, где на его базе создали мединститут. По окончании учебы распределили нас в Куйбышев, но поскольку жилье нам так и не смогли предоставить, то отпустили вопреки закону. И мы приехали в Казань. Я устроилась эпидемиологом в НИИ эпидемиологии, потом работала там завэпидотделом. А Борис Львович как устроился в 1952 году в санэпидстанцию, так и проработал там всю жизнь.

Якобсон был сразу назначен на очень ответственный сектор - он стал госсанинспектором по подготовке ложа будущего Куйбышевского водохранилища - до сих пор крупнейшего в Европе и третьего по размерам в мире. В целях санитарной подготовки здесь проводились очистка от мусора, навоза и нечистот территории, выносимых из зоны затопления населённых пунктов, очистка загрязнённых фабрично-заводских территорий, засыпка колодцев, погребов и других искусственных углублений, вынос или укрепление кладбищ, скотомогильников (особенно сибиреязвенных) и другие. Некоторые села переносились не потому, что могли быть затоплены, а потому, что возле них возникали мелководья, где мог размно-

жаться малярийный плазмодий. Огромная работа была проведена по очистке поймы от леса и кустарника. И сделана она была качественно и в срок в отличие от некоторых других водохранилищ, в которых высокие деревья еще долго мешали судоходству.

После заполнения водохранилища в 1957 году Борис Львович стал госсанинспектором по коммунальной гигиене, а в 1965 году был назначен главным врачом Республиканской СЭС, главным государственным санитарным врачом и заместителем министра здравоохранения ТАССР. На посту главврача он сменил Иршата Мухутдинова, который занял пост министра здравоохранения автономной республики. Разумеется, их годами сложившееся взаимопонимание помогало в решении новых сложнейших проблем, которые возникали в ходе строительства Нижнекамской ГЭС, КАМАЗа, предприятий нефтехимии, развивающихся городов Набережные Челны, Нижнекамск, Альметьевск.

Чтобы оценить масштабы работы достаточно сказать, что ежегодно население Автограда увеличивалось на 30-40 тысяч человек, при том, что до начала строительства в городе проживало 27 тысяч человек. Поэтому надо было одновременно решать насущные вопросы и видеть перспективу при разработке генерального плана, выборе участков под различные виды строительства, расчете инсоляции зданий, мощности, технологии и эффек-

тивности очистки промышленных и бытовых выбросов в атмосферу, водоемы и почву.

Каждый год фактически строился целый город средней размерности, и при этом очень важно было не упустить вопросы социального, культурно-бытового и лечебно-профилактического обслуживания населения, создания условий для отдыха и занятий спортом, особенно в молодежной среде, которую создавала Всесоюзная комсомольская стройка. Аналогичные вопросы вставали при строительстве Нижнекамска и Альметьевска. И это не считая обычных для любой СЭС работы с предприятиями общепита, детскими учреждениями и предотвращения вспышек внутрибольничных инфекций.

- Борис Львович очень четко мыслит, ясно и коротко все излагал и так же все делал. Он, вообще, был человеком дела, - рассказывает Владислав Агнишвили. - Все самое новое, самое передовое он быстро принимал, схватывал и еще нам, молодым, объяснял. Хватка у него была железная. При нем наша служба очень сильно укрепилась в материальном плане, была одним из лидеров в стране. У нас был очень большой объем лабораторных исследований. В Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске не проводились всесоюзные семинары, конференции по внедрению передовых методов.

В те годы большинство СЭС получили новые здания и помещения, автотранспорт,



Борис Львович как устроился в 1952 году в санэпидстанцию, так и проработал там всю жизнь. Якобсон был сразу назначен на очень ответственный сектор - он стал госсанинспектором по подготовке ложа будущего Куйбышевского водохранилища – до сих пор крупнейшего в Европе и третьего по размерам в мире.

лабораторное оборудование и приборы. Санитарная служба Татарской АССР и города Казань не раз признавалась одной из лучших в РСФСР. В 1967 году в республике было 43 санэпидстанции, в которых насчитывались 371 штатная врачебная должность, 1421 средний медработник. За год санэпидстанциями было выполнено 52 тысячи санитарно-химических лабораторных и около миллиона бактериологических исследований.

- Он был очень принципиален в отстаивании интересов дела. Позиции не сдавал, - рассказывает супруга Бориса Львовича. - Мы же над одними вопросами работали, только я с научной стороны, а он с практической. Во все детали вникал. Его некоторые называли Тигр Львович за принципиальность. Но при этом он со всеми был в хороших отношениях. Его уважали. Академик Бургасов, главный санитарный врач Советского Союза, когда не смог приехать на приемку КамАЗа, прислал телеграмму: «За меня будет принимать Якобсон».

- Очень хорошо относился к молодежи, доброжелательно. Не поучительно, не снисходительно, а именно доброжелательно, - вспоминает Агнишвили. - А если было нужно, то не стеснялся у нас что-то спрашивать. Он говорил: «Я ведь не санитарный врач, я стоматологический факультет закончил. Я организатор здравоохранения, и если какие-то нюансы не знаю, это не страшно, когда в коллективе есть такие специалисты».

В 1985 году Якобсон в связи с преклонным возрастом принял решение уйти с поста главного врача республиканской СЭС и возглавил работу группы метрологии и стандартизации. Группа занималась вопросами организации работы лабораторий - бактериологических и санитарно-гигиенических - обеспечением их лабораторно-инструментальными оборудованием, приборами, их поверкой, а также аттестацией и аккредитацией в соответствии с требованиями законодательства. У Бориса Львовича давно было желание отладить

эту сферу, но в бытность главным врачом руки, что называется, «не доходили». И эту работу он исполнил на совесть. В том числе одним из первых в стране уделил внимание контролю над ионизирующими излучениями, возникающими при работе электроприборов и средств связи.

- Был очень дружный коллектив санэпидстанции. Зубры, знатоки, - рассказывает Дина Якобсон. - И не только общее дело делали, но и жили хорошо, весело, как родные. Были праздники совместные, самостоятельность, музыка, песни. И после смерти Бориса Львовича в 1997 году они меня не забывают, поздравляют с праздниками, помощь материальную оказывают, проявляют внимание.

- Главное, что было бы полезно усвоить молодому поколению - это значение человеческого фактора, - размышляет Владислав Агнишвили. - Меняется техническая база здравоохранения, появляются новые технологии, но все это работает благодаря людям. Доброжелательность, взаимная поддержка, обмен опытом и знаниями, наставничество в отношении молодых специалистов - это будет важно во все времена.

Борис Якобсон за заслуги перед страной награжден орденом Трудового Красного знамени, двумя орденами «Знак почета», в 1973 году ему присвоено звание «Заслуженный врач ТАССР», а в 1995 году - «Заслуженный врач Российской Федерации».

Healthy Nation

Здоровье нации | №3 (18)

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

Главный редактор
Елена СТЕПАНОВА
Elena Stepanova
taylena@mail.ru

Научный редактор
Ростислав ТУИШЕВ
Rostislav Touishev

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

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

Коммерческий отдел
i.volkova@healthynation.ru
v_simacheva@healthynation.ru
reclama@healthynation.ru

Использованы фото: с порталов
www.prav.tatar.ru, www.minzdrav.tatar.ru,
Ростислава Туишева, Игоря Тутаяева,
Булата Низамудинова.
Учредитель - рекламное агентство
«Красная строка»



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

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

спонсор номера:



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

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

Все товары сертифицированы,
услуги лицензированы.

Номер заказа Л-2931
Тираж 3000 экз.
Подписано в печать 07.10.2014.
Отпечатано в типографии
ООО «КПК»,
г. Казань, пр. Ямашева, д.36, корпус 2.
Распространяется бесплатно.



Healthy Nation

INDEX КОМПАНИЙ

**ОАО «Азнакаевский завод
Нефтемаш»**
423330, РТ, г. Азнакаево,
ул. Гагарина, д. 6
Тел./Факс: (85592) 9-52-04,
9-44-97, 9-45-93
E-mail: azn500@mail.ru
Сайт: www.aznk.ru

ООО «Галс МТ»
420087, РТ, г. Казань,
ул. Родины, д. 7
Тел./Факс: (843) 229-59-23,
(843) 255-31-31
E-mail: info@galsmt.ru
Сайт: galsmt.ru

**ОАО «Казанский завод
Медтехника»**
420073, г. Казань, ул. А. Кутуя, д.116
Тел/факс: (843) 272-93-63
E-mail: kzmt@yandex.ru,
medtechnika2003@mail.ru
Сайт: www.kznmt.ru

ООО «ИМКОСЕРВИС»
123458, г. Москва, ул. Маршала
Прошлякова, д. 30, оф. 305
Тел.: +7 (495) 228-05-86
Факс: +7 (495) 228-05-87
E-mail: xtra@imko.ru
Сайт: www.imko.ru

ЗАО «МЕДИЭЙС»
официальный дистрибьютор
Самсунг Медисон
127422, Москва,
ул. Тимирязевская, д. 1, стр. 3
Тел.: (495) 921-39-81, 785 7220(21)
E-mail: info@medison.ru
Сайт: www.medison.ru

ООО «РЕНИР»
124460, г. Москва,
Зеленоград, 2-й западный проезд,
д. 4, стр.1, н. п. 8, ком. 4-11.
Тел.: 8 (499) 125-38-84
E-mail: renir-med@yandex.ru
mail@renir.ru
Сайт: www.renir.ru

**ООО «Закамское торгово-сервисное
объединение «Медтехника»**
423570, РТ, г. Нижнекамск,
ул. Бызова, д. 20а
Тел./Факс: 8(8555) 41-08-37,
41-08-38, 41-20-54
E-mail: office@medteh-nk.ru
Сайт: www.medteh-nk.ru

ООО «Ново Нордиск»
119330, РФ, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 38, оф. 11
Сайт: www.novonordisk.com

18th May 2012

19th February 2012

19th September 2011

ГЛАВНОЕ

Healthy Nation

Healthy Nation

Healthy Nation

RSS-лента

Передовые решения задач интенсивной терапии

Новый подход в решении проблемы рестенозов - баллоны с лекарственным покрытием

Телемониторинг кардиопацентов как основа развития дистанционного контроля состояния больных

Опыт лечения больных с острой почечной недостаточностью низкопоточными фильтрационными методами после операций на сердце

Важное звено кровообращения

Интервью Валерия Чисова

Сонноалостерография + гистодиагностика

Суставы - вторую жизнь

Скрытая угроза

Под контролем УЗИ-датчиков

Healthy Nation

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА

Healthy Nation

www.HealthyNation.ru



В ваших силах изменить диабет 2 типа

У пациентов с недостаточным контролем на фоне диеты и физических упражнений, а также на монотерапии метформинот **Виктоза®** обеспечивает быстрый и стабильный результат!

- Снижение HbA_{1c} и снижение веса уже в первые 12 недель!
- Устойчивый эффект в течение двух лет.

ИМТ
27 кг/м²

HbA_{1c}
7,6%

ГПН
9,4 ммоль/л

ИМТ
32 кг/м²

HbA_{1c}
7,8%

ГПН 9,2 ммоль/л

HbA_{1c} 8,2%

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Регистрационный номер: ЛСР-004405/10 **Торговое название:** Виктоза® **МНН:** Лираглутид. **Лекарственная форма:** Раствор для подкожного введения. **Состав:** В 1 мл препарата содержится активное вещество лираглутид 6 мг (в одной предварительно заполненной шприц-ручке объемом 3 мл содержится 18 мг лираглутида). **Показания к применению.** Препарат Виктоза® показан у взрослых пациентов с сахарным диабетом 2 типа на фоне диеты и физических упражнений для достижения гликемического контроля в качестве монотерапии; комбинированной терапии с одним или несколькими пероральными гипогликемическими препаратами (с метформинот, производными сульфонилмочевины или тиазолидинионами), у пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля на предшествующей терапии; комбинированной терапии с базальным инсулином у пациентов, не достигших адекватного гликемического контроля на терапии препаратом Виктоза® и метформинот. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к активному веществу или другим компонентам, входящим в состав препарата, беременность и период грудного вскармливания. **Не рекомендуется применять** у пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек; нарушениями функции печени; сердечной недостаточностью III-IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA (Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация)); воспалительными заболеваниями кишечника; парезом желудка; у детей младше 18 лет. **Способ применения и дозы.** Препарат Виктоза® используют один раз в сутки в любое время, независимо от приема пищи, его можно вводить в виде подкожной инъекции в живот, бедро или плечо. Место и время инъекции могут изменяться без коррекции дозы. Однако предпочтительнее вводить препарат приблизительно в одно и то же время суток, в наиболее удобное для пациента время. Дозы. Начальная доза препарата составляет 0,6 мг лираглутида в день. После применения препарата в течение минимум одной недели дозу следует увеличить до 1,2 мг. Есть данные о том, что у некоторых пациентов эффективность лечения возрастает при увеличении дозы препарата с 1,2 мг до 1,8 мг. **Побочное действие.** В ходе клинических исследований наиболее часто сообщалось о побочных эффектах со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота и диарея (зарегистрировано у > 10% пациентов); рвота, запор, боли в области живота и диспептические явления (зарегистрировано у ≥ 1%, но < 10% пациентов). В начале терапии препаратом Виктоза® уксанные желудочно-кишечные побочные явления могут встречаться чаще, но по мере продолжения лечения реакции обычно

уменьшаются в течение нескольких дней или недель. Побочные реакции в виде головной боли и инфекций верхних дыхательных путей наблюдались относительно часто (1-10% пациентов). Кроме того, возможно развитие гипогликемических состояний, особенно при применении препарата Виктоза® в сочетании с производными сульфонилмочевины (зарегистрировано у > 10% пациентов). Тяжелые гипогликемии главным образом развиваются на фоне комбинированного приема препарата Виктоза® с производными сульфонилмочевины. В ходе долгосрочных (26 недель или более) контролируемых исследований приблизительно у 2% пациентов, получавших препарат Виктоза®, отмечались реакции в месте введения препарата. Эти реакции носили, как правило, легкий характер. Сообщалось о нескольких случаях развития острого панкреатита (<0,2%) в ходе долгосрочных клинических исследований. Имеются сообщения о случаях развития панкреатита в пострегистрационном периоде. Частота развития панкреатита не отличается от таковой в данной популяции (пациенты с сахарным диабетом 2 типа). Данные, позволяющие подтвердить или опровергнуть причинно-следственную взаимосвязь развития панкреатита с приемом препарата Виктоза®, отсутствуют. В пострегистрационном периоде сообщалось о возникновении аллергических реакций, таких как крапивница, сыпь и зуд. О серьезных побочных эффектах сообщалось очень редко. **Особые указания.** Применение препарата Виктоза® противопоказано у пациентов с сахарным диабетом 1 типа или для лечения диабетического кетоацидоза. Виктоза® не заменяет инсулин. Назначение лираглутида у пациентов, уже получающих инсулин, не изучалось. Опыт применения препарата Виктоза® у пациентов с сердечной недостаточностью I-II функциональных классов в соответствии с функциональной классификацией хронической сердечной недостаточности NYHA ограничен. Отсутствует опыт применения препарата Виктоза® у пациентов с сердечной недостаточностью III-IV функциональных классов в соответствии с классификацией хронической сердечной недостаточности NYHA. Опыт применения препарата Виктоза® у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и диабетическим парезом желудка ограничен; поэтому применение препарата Виктоза® в данных группах пациентов противопоказано. Применение препарата Виктоза® ассоциируется с развитием переходящих побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта, таких как тошнота, рвота и диарея. **Срок годности.** 30 месяцев. **Условия отпуска из аптеки:** по рецепту. **Производитель:** Ново Нордиск А/С, Ново Алле, DK-2880 Багсваерд, Дания. Для более полной информации см. инструкцию по медицинскому применению препарата. **Только для специалистов здравоохранения.**

1. M. Nauck, A. Frid, K. Hermansen, A.B. Thomsen, M. Düring, N. Shah, T. Tankova, I. Mitha & D.R. Matthews, Long-term efficacy and safety comparison of liraglutide, glimepiride and placebo, all in combination with metformin in type 2 diabetes: 2-year results from the LEAD-2 study, Diabetes, Obesity and Metabolism, a Journal of Pharmacology and Therapeutics, volume 13, issue 4, March 2013, 2. A. Garber, R.R. Henry, R. Ratner, P. Haje, C.T. Chang & B. Bode on behalf of the LEAD-3 (Mono) Study Group, Liraglutide, a once-daily human glucagon-like peptide 1 analogue, provides sustained improvements in glycaemic control and weight for 2 years as monotherapy compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes, Diabetes, Obesity and Metabolism, a Journal of Pharmacology and Therapeutics, volume 13, number 4, April 2011