WWW.SOVSTRAT.RU

№ 17 • 2014

МЕДИЦИНА

целевые проекты

Издательский дом СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ

Вероника Скворцова:
ОБЛАСТЬ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ
стр. 8

Владимир Владимиров:
ИНВЕСТИЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЭТО ВКЛАД В БУДУЩЕЕ СТАВРОПОЛЬЯ
стр. 75

Виктория Дворниченко:
ОПЫТ, СОЗДАЮЩИЙ РЕЗУЛЬТАТ
стр. 34

Евгений Шляхто:
МОЙ ОТВЕТ НА ЗАПРОС ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ – МНОГОПРОФИЛЬНОСТЬ
стр. 20

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

4 600493 330120

ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иркутск

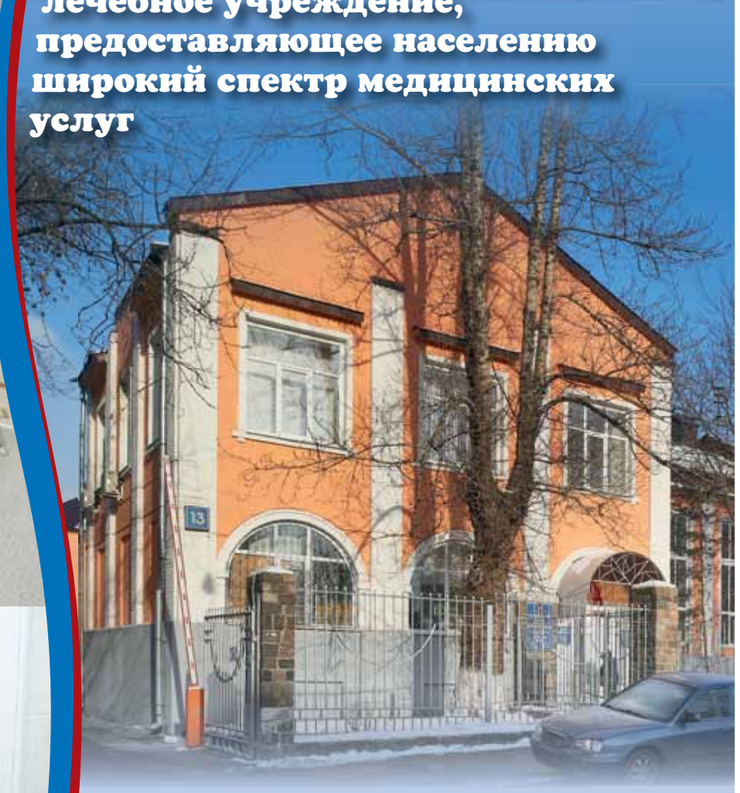
Иркутский областной онкологический диспансер является одним из ведущих медучреждений Сибирского федерального округа, занимается диагностикой и лечением злокачественных новообразований, это современнейшее медицинское учреждение, оказывающее специализированную высокотехнологичную помощь больным при лечении злокачественных образований всех локализаций, включая такие сложные случаи, как опухоли костей и мягких тканей, поджелудочной железы, печени, а также опухоли мозга. По уровню организации онкологической помощи населению, оснащению специальным оборудованием, применяемым методам диагностики и лечения злокачественных новообразований, уровню квалификации медицинских кадров в рейтинге онкологических учреждений Сибирского федерального округа Иркутский областной онкологический диспансер устойчиво занимает одно из ведущих мест.

664035, г. Иркутск, ул. Фрунзе, д. 32 • Тел.: (3952) 214-200
E-mail: vv.dvornichenko@gmail.com • Сайт: http://www.iood.ru

Городская поликлиника № 64

Департамента здравоохранения города Москвы

Многопрофильное лечебное учреждение, предоставляющее населению широкий спектр медицинских услуг



107023, г. Москва, ул. Малая Семёновская, дом 13
Телефон: (495) 963-42-46
Факс: (495) 963-42-55
E-mail: info@gp64.mosgorzdrav.ru
Сайт: www.mosgorzdrav.ru/gp64

28–30 мая

Москва, МВЦ, «Крокус Экспо»

VI Всероссийский научно-образовательный форум с международным участием

Медицинская диагностика

Форум «Медицинская диагностика» является одним из главных событий года в сфере медицинской диагностики России. Это масштабный общенациональный проект, который ежегодно объединяет специалистов во всех областях диагностики – около 4000 делегатов из 70 регионов России и 25 стран мира. Традиционно Форум собирает руководителей органов здравоохранения, рентгенологов, лучевых диагностов, лучевых терапевтов, врачей ультразвуковой и функциональной диагностики, медицинских физиков, ученых и преподавателей вузов.

Форум проводится при поддержке ведущих профессиональных научных обществ, ассоциаций, ВУЗов и НИИ:

Общество специалистов по лучевой диагностике

РАСФД

Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики

isuog

РАСУДМ

Международное общество ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии

Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине

2014

В рамках Форума «Медицинская диагностика – 2014» пройдут крупные конгрессно-выставочные мероприятия:

- VIII Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология – 2014»
- VI Всероссийская конференция «Функциональная диагностика – 2014»
- Международный учебный курс «Последние достижения в пренатальной ультразвуковой диагностике пороков развития плода»
- VI Международная специализированная выставка «МЕДиагностика – 2014»

Подробная информация и регистрация на сайте **www.mediexpo.ru**

Конгресс-оператор Форума – ООО «МЕДИ Экспо»

МЕДИ Экспо

Тел./факс: +7 (495) 721-88-66, e-mail: expo@mediexpo.ru

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ «ЗДРАВНИЦА-2014»

Алтайский край
город-курорт Белокуриха
21–24 мая 2014 года

В рамках Всероссийского Форума проводятся:

XIV Международный научный КОНГРЕСС

«Стратегическое значение курортов России в сохранении и восстановлении здоровья населения»

Научно-практические секции (круглые столы, пленарные заседания, симпозиумы, семинары):

- Этапность восстановительного лечения и медицинской реабилитации: долечивание — задачи и перспективы, межведомственное взаимодействие;
- Организационно-правовые формы развития и эффективного управления санаторно-курортной отраслью России, основные этапы формирования инновационной стратегии развития санаторно-курортных и лечебно-оздоровительных предприятий;
- Восстановительная и курортная медицина, медицинская реабилитация, спортивная медицина: достижения, перспективы, мировые тенденции, технологии, оборудование;
- Подготовка и переподготовка кадров в сфере медицинской реабилитации, оздоровления, восстановительной и курортной медицины, сервиса, гостеприимства;
- Современные оздоровительные технологии: технологии спа, велнес, фитнес, мировые тенденции антистарения, лечебный и оздоровительный туризм;
- Бизнес-контекст развития курортной отрасли РФ: международный опыт и глобализация, стратегии развития, пути повышения эффективности, управление бизнес-процессами, специфические особенности санаторно-курортного комплекса как объекта управления;
- Клиентоцентрированный подход в курортологии и восстановительной медицине: маркетинг и реклама, сервис, питание, досуг, консалтинг, медицинский менеджмент.

БИЗНЕС-СЪЕЗД:

«Современные организационно-правовые формы развития и эффективного управления санаторно-курортной отраслью»

включающий, Круглый стол по государственному регулированию санаторно-курортной деятельности, Круглый стол по инвестиционной политике, Ярмарку инвестиций, Заседание Экспертного Совета по развитию восстановительной медицины и курортного дела Комитета по здравоохранению ГД РФ.

ВЫСТАВКА ДОСТИЖЕНИЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ОТРАСЛИ

«Природные лечебные факторы, методы лечения, реабилитация и оздоровление в санаторно-курортных учреждениях»

Минеральные воды, лечебные грязи – Диагностическое, лечебное и вспомогательное оборудование – Физиотерапия – Оборудование и технологии для климато-, бальнео-, и грязелечения – Массаж – Тренажерное оборудование и инвентарь – Термотерапия (бани, сауны) – Рефлексотерапия – Механотерапия – Лечебная физкультура – Мануальная терапия и традиционные медицинские технологии – Лечебное и профилактическое питание – Анти-age технологии и продукция – Косметология и эстетическая медицина – Спа и веллнесс – Ресурсосберегающие и экологически чистые технологии – Технологии формирования здорового образа жизни – Оснащение санаториев – Фармацевтические средства и БАД – Компьютерные и информационные технологии – Оборудование пляжей – Мебель – Бассейны – Тренажерные залы – Оборудование пищеблоков – Одежда – Реклама – Транспорт – Реализация путевок – Медицинское и социальное страхование – Проектирование, строительство и благоустройство санаториев – Медицинский менеджмент, технологическое проектирование – Подготовка и переподготовка кадров – Консалтинг – Медицинская и курортная литература.

КОНКУРС ВЫСТАВКИ ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА «ЗДРАВНИЦА-2014»

Победители конкурса участников выставки по каждой номинации будут награждаться «Золотой» и «Серебряной» Медалями Всероссийского форума «Здравница-2014», Дипломами и Специальными призами.

РАЗЛИЧНЫЕ КУЛЬТУРНО-РАЗВЛЕКАТЕЛЬНЫЕ и ЭКСКУРСИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
организованные Администрацией Атайского края для участников Форума.

Форум «Здравница» — уникальная площадка для деловых контактов и получения комплексной информации о современных тенденциях развития технологий восстановительного лечения, медицинской реабилитации, курортологии, спортивной медицины, индустрии курортного и туристического бизнеса.

Дирекция форумов по восстановительной медицине и курортологии
105062, Москва, Фурманный переулок, дом 8, стр. 2
Телефоны: (495) 608-38-25, 608-39-48, 506-24-30, (499) 264-48-77
Факсы: (495) 608-37-80, (499) 264-00-69

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА

Ответственность – цена власти 6

Президент Российской Федерации
Владимир Путин

Крым возвращается домой 7

Председатель Правительства Российской Федерации
Дмитрий Медведев

Область особого внимания 8

Министр здравоохранения Российской Федерации
Вероника Скворцова

ФМБА России: итоги года 11

Руководитель ФМБА России
Владимир Уйба

Медицинское сопровождение сборных команд Российской Федерации на Олимпийских и Паралимпийских играх в Сочи 13

Здравоохранение и экономическое развитие 16

Директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»
Лариса Попович

Итоги и перспективы 18

Начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области
Иван Залогин

МЕДИЦИНА ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Мой ответ на запрос текущей ситуации – многопрофильность 20

Директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Евгений Шляхто

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи стало доступно жителям регионов России 24

Главный врач ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск)
Анатолий Овсянкин

ОНКОЛОГИЯ

«Хромая на обе ноги» 29

Председатель Ассоциации онкологов России
Михаил Давыдов

Возможности активного и раннего выявления злокачественных новообразований 31

Директор ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России
Андрей Каприн

VII Форум «Движение против рака»: «регионализация здравоохранения» существенно снизит доступность онкологической помощи 33

Опыт, создающий результат 34

Главный врач ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иркутск
Виктория Дворниченко

Редакционный совет: Президент Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности РФ Ю.Т. Калинин, президент Ассоциации медицинских физиков России, директор ИМФИ В.А. Костылев, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Самарского государственного медицинского университета Г.П. Котельников, заместитель директора ФГБУ «Государственный научно-исследовательский институт стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А. Тарасевича» А.А. Мовсесянц, ректор Волгоградского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист по клинической фармакологии Минздравсоцразвития РФ В.И. Петров, директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики» Л.Д. Попович, заместитель директора по науке ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» В.В. Старинский, директор Научно-исследовательского института питания РАМН В.А. Тутельян.

Редакция: Генеральный директор Е.В. Крюк. Главный редактор М.Г. Фролова. Заместители главного редактора А.В Милашевская, Л.В. Крюк. Руководитель проекта Т.С. Мальцева. Исполнительный директор Е.И. Вяжанская. Арт-директор Д.С. Муртазина. Начальник отдела по связям с органами государственной власти Т.Г. Васильева. Начальник отдела по работе с регионами РФ Л.Ф. Бондаренко. Руководитель отдела по спецпроектам Л.В. Петрова. Начальник информационно-аналитического отдела А.С. Теплякова. Начальник отдела распространения О.В. Заркова. Корреспонденты: А.Л. Петров, А.А. Давидьянц, С.В. Капитонов, З.И. Кратова. Фото: ИТАР-

Иркутский областной онкологический диспансер: высокие технологии на страже здоровья 37

ЯДЕРНАЯ МЕДИЦИНА

Развитие медицинской визуализации в России 40

Главный внештатный специалист по лучевой диагностике Минздрава России
Игорь Тюрин

На базе Южного федерального университета создается Центр ядерной медицины 42

Создание кластера ядерной медицины 43

Главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»
Андрей Важенин

В ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова состоялось собрание МОО «Общество ядерной медицины» 44

РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ

Медицинское сопровождение 45

Подведены итоги работы системы здравоохранения ОАО «РЖД» в 2013 году 45

Наш приоритет – не останавливаться на достигнутом! 46

Главный врач НУЗ «ДКБ на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»
Ольга Нахрацкая

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Многопрофильная современная здравница 48

Директор ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»
Галина Черкашина

СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Позитивные изменения 50

Мэр Москвы
Сергей Собянин

Москва и Севастополь – города-побратимы 50

Динамика развития 51

Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы
Георгий Голухов

Территория высоких стандартов 52

Директор ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Восточного административного округа города Москвы»
Всеволод Галкин

Реконструкция отрасли 56

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Городская поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы»
Инга Кокарева

«Первые лица» 59

Всероссийская премия в области перинатальной медицины

ТАСС, Reuters / «Глаз столицы», EAST NEWS, Fotobank, FOXmagazine (г. Сарансk), А.С. Палванов, А.В. Кабикова. Корректор О.В. Медведская. Зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия ПИ № ФС77-52865. Журнал издается с 2007 года. Тираж 10 000 экз. Распространяется на территории РФ и стран СНГ.

Подписано в печать 18.04.2014 года. Отпечатано в типографии ООО «Вива-Стар», 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, д. 20, стр. 3. Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в статьях и рекламных объявлениях. Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Медицина: целевые проекты», допускается только по согласованию с редакцией.

©Российское информационное агентство.

Адрес редакции: Россия, 115419, Москва, 2-й Рощинский пр-д, д. 8. Тел./факс: (495) 234-08-95, e-mail: maket@sovstrat.ru. Официальный сайт редакции: www.sovstrat.ru

Журнал может содержать контент, не предназначенный для лиц младше 16-ти лет.

Соответствовать требованиям времени 60

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 36 Департамента здравоохранения города Москвы»
Александр Митичкин

В едином ритме 64

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 70 Департамента здравоохранения города Москвы»
Анна Предтеченская

Простой рецепт профессионализма 68

Главный врач ГБУЗ «Детская городская клиническая больница св. Владимира Департамента здравоохранения города Москвы»
Владимир Попов

Грамотно расставленные приоритеты 72

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Детская городская поликлиника № 122 Департамента здравоохранения города Москвы»
Александр Брагин

РЕГИОН КРУПНЫМ ПЛАНОМ – СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ

Инвестиции в здравоохранение – это вклад в будущее Ставрополья 75

Временно исполняющий обязанности губернатора Ставропольского края
Владимир Владимиров

Главный жизненный фактор 77

Генеральный директор ООО «Газпром трансгаз Ставрополь»
Алексей Завгороднев

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница» 80

Главный врач ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница»
Владимир Кошель

Надежная репутация 82

Главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1»
Владимир Рогов

Сохраняя лучшие традиции 84

Главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический кардиологический диспансер»
Владимир Колесников

Смена парадигм 86

Главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»
Олег Боев

Ставропольская служба мужского здоровья в действии 88

Главный врач ГАУЗ Ставропольского края «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр»
Игорь Панченко

Организация службы крови в Ставропольском крае 90

Главный врач ГБУЗ СК «Ставропольская краевая станция переливания крови»
Марина Губанова

Эндокринологическая служба в Ставропольском крае: вчера, сегодня, завтра 92

Главный врач ГБУЗ СК «Краевой эндокринологический диспансер»
Елена Славицкая

Традиции и новые перспективы 93

Директор Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Волгоградского государственного медицинского университета
Всеволод Аджиенко

На пороге столетия! 94

Директор ГБОУ СПО СК «Пятигорский медицинский колледж»
Алексей Фенько

Современные технологии для здоровья матери и ребенка 96

Главный врач ГБУЗ «Родильный дом» города-курорта Кисловодска
Галина Левченко

Продумано до мелочей 98

Глава администрации Кировского муниципального района Ставропольского края
Владимир Лукинов

Разница все заметнее 99

Главный врач ГБУЗ СК «Кировская центральная районная больница»
Светлана Алиева

Курортные ресурсы 100

И.о. директора ФГБУ ПГНИИК ФМБА России
Наталья Ефименко

Дорога к здоровью 101

Генеральный директор ФГБУЗ Санаторий им. С.М. Кирова ФМБА России
Сергей Ушаков

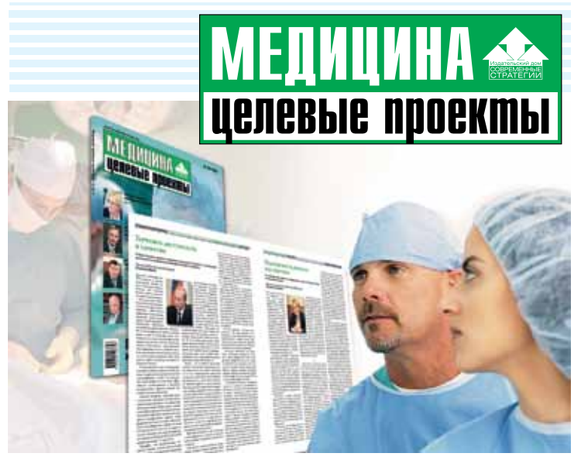
ОБРАЗОВАНИЕ

Национальный бренд 102

Директор ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России
Константция Гоженко

ЭДОРОВЬЕ НАЦИИ – ОСНОВА ПРОЦВЕТАНИЯ РОССИИ

В Госдуме состоялось заседание Оргкомитета VIII Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» 103



Журнал «Медицина: целевые проекты» – федеральный, специализированный информационно-аналитический журнал, публикующий интервью, обзоры, аналитические статьи и комментарии о реализации федеральных, региональных целевых программ, приоритетного национального проекта «Здоровье», об актуальных вопросах государственной политики в сфере здравоохранения РФ.

Предназначен для организаторов и специалистов здравоохранения, медицинских, фармацевтических работников. Независимая информационная площадка профессионалов.

ПОДПИШИСЬ!

Каталог «Ядерная медицина» на двух языках (русском/английском) предназначен для расширения применения медицинских радиационных технологий и усиления позиции России на мировом рынке, обеспечения единства представления и информированности отечественного и международного медицинского сообщества о новейших научных разработках в сфере ядерной медицины, инновационных проектах по созданию производства новых радиофармпрепаратов и медицинского оборудования.

В каталоге представлена справочная информация о возможностях компетентных министерств и ведомств, наиболее значимых совместных проектах в сфере применения радиационных технологий в медицине, создании ядерных кластеров и радиологических центров, системе подготовки кадров, новейших разработках в сфере радиоизотопного производства и радиофармпрепаратов для диагностики и терапии онкологических заболеваний, об оборудовании и приборах, инжиниринговых, консалтинговых и пр. организациях. В разделе «Медицинские услуги» представлены ведущие российские клиники с перечнем услуг и методик по оказанию качественной медицинской помощи онкологическим больным.

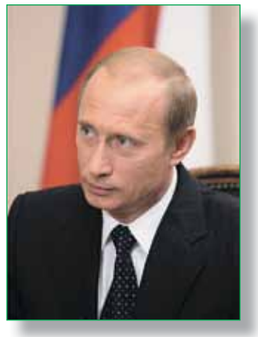
Распространение: на крупнейших российских и зарубежных выставках, бизнес-форумах, конференциях; рассылка в администрации субъектов Российской Федерации, руководителям системы здравоохранения регионов РФ, НИИ, ГНЦ, главным врачам ЛПУ, ректорам вузов, специалистам в области радиационной медицины, а также в Министерство здравоохранения РФ, ФМБА России, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, Минэкономразвития России, Минпромторг России, Минобрнауки России, ГК «Росатом», Комитет по науке и наукоемким технологиям ГД РФ, Правительство РФ, Администрацию Президента РФ и другие компетентные организации России, СНГ, зарубежья.

Вы можете подписаться на журнал и оформить заказ на каталог в издательстве, позвонив по телефону: (495) 234-08-95 или отправив заявку по e-mail: maket@sovstrat.ru.

Ответственность – цена власти

Президент Российской Федерации
Владимир Путин

В течение ближайших трех лет нам предстоит не менее чем в 1,5 раза увеличить объемы высокотехнологичной медицинской помощи по сравнению с прошлым, 2013 годом



В 2013 году здравоохранению удалось серьезно продвинуться вперед по некоторым направлениям, например снизилась общая смертность, и в частности от сердечно-сосудистых заболеваний на 4%.

В соответствии с заданными ориентирами повышается заработная плата врачей и среднего медицинского персонала. Так, по врачам это 136% от средней заработной платы по экономике. Средняя заработная плата среднего медицинского персонала повысилась на 78%, младшего – на 45%. При этом целевые показатели по врачам предусматривали повышение на 29,7%, по среднему медицинскому персоналу – 75,6%. Таким образом, не выполнены показатели только по младшему медицинскому персоналу: запланировано было повышение на 50,1%, а удалось выйти на 45%.

В рамках реализацииПрограмм модернизации здравоохранения мы существенным образом обновили материально-техническую базу больниц и поликлиник в регионах РФ, создали условия для внедрения стандартов медицинской помощи. Однако, хотел бы на это обратить особое внимание, в некоторых клиниках еще не все оборудование введено в эксплуатацию из-за нехватки специалистов и расходных материалов.

Работа по развитию здравоохранения, безусловно, должна быть продолжена. Это одна из самых чувствительных сфер нашей жизни. Прежде всего нужно продолжить структурные реформы, чтобы избавиться от неэффективных расходов, оптимизировать сеть больниц и поликлиник, за счет этого обеспечить дальнейший рост заработных плат медицинских работников, а главное, повысить качество медицинского обслуживания.

Особо чувствительный вопрос – это оптимизация сети бюджетных медицинских учреждений. Мы знаем, чем оборачиваются поверхностные, формальные, чисто бюрократические подходы. Например, справедливую реакцию людей вызывало закрытие больниц или роддомов на селе, в небольших городах, где, собственно говоря, кроме этих медучреждений, ничего другого и не было. Такая структуризация сети, конечно, недопустима.

Подчеркну: нужны выверенные, обоснованные решения, постоянный и откровенный диалог с гражданами, но анализ должен быть, в конце концов, здравый. И конечно, необходим жесткий контроль со стороны федеральных и региональных властей. Для этого нужно сформировать понятные и эффективные механизмы управления структурными преобразованиями в отрасли.

Тщательного анализа требует и практика, связанная с переходом на финансирование здравоохранения через систему ОМС, особенно в части финансирования капитального ремонта и строительства медицинских учреждений. Пока в тариф ОМС включены только расходы на текущий ремонт. Затраты на капитальный ремонт и строительство там не предусмотрены. Вместе с тем новое качество медицины предполагает дальнейшее укрепление материально-технической базы медицинских учреждений и создание современных больниц и поликлиник.

Очевидно, что простое включение инвестрасходов в тариф ОМС довольно рискованное, сложное дело. Это приведет к увеличению нагрузки на бизнес и на граждан. Однако направлять на развитие медицинской инфраструктуры исключительно государственные средства тоже достаточно сложно, неэффективно, затратно, порой это просто деньги в никуда. Поэтому необходимо искать решения в рамках различных моделей государственно-частного партнерства, создавать для бизнеса привлекательные условия. Но сразу хочу подчеркнуть: все потенциальные риски предпринимаемых здесь шагов должны быть детально просчитаны и учтены.

Еще одна важная тема – это «погружение» отдельных видов высокотехнологичной медицины в систему ОМС. Сегодня все 12 центров высоких медицинских технологий вошли, что называется, в рабочий ритм. Здесь сформированы хорошие, если не сказать отличные, команды специалистов, которые отбирались по всей стране. Только в прошлом году они провели свыше 50 тысяч высокотехнологичных операций. Всего же в целом по стране было сделано свыше 505 тысяч таких операций. Каждый из центров высоких медицинских технологий обслуживает в среднем население 20–25 регионов, в некоторых случаях больше: например, центр нейрохирургии в Тюмени взял под свою опеку более 50 регионов. Финансовое обеспечение высокотехнологичных медицинских операций из федерального бюджета выросло с 9,9 млрд рублей в 2006 году до 55,6 млрд рублей в 2013-м.

В течение ближайших трех лет нам предстоит не менее чем в 1,5 раза увеличить объемы высокотехнологичной медицинской помощи по сравнению с прошлым, 2013 годом. С учетом этого должны приниматься все решения по механизмам ее дальнейшего финансирования. Это в полной мере касается и передачи федеральных клиник, оказывающих высокотехнологичную и специализированную медицинскую помощь, на уровень субъектов федерации.

Но надо помнить, что федеральные клиники обладают крепкой материально-технической базой, квалифицированными специалистами и научным потенциалом. Создавались они для того, чтобы предоставлять медицинскую помощь всем гражданам страны вне зависимости от места их расположения. Если и рассматривать передачу федеральных медицинских организаций региону, то возможно об этом говорить только в том случае, если территория готова взять на себя расходы по содержанию этой клиники, обеспечить высокое качество работы такого центра, причем как для местных жителей, так и для граждан, приезжающих из других регионов РФ. Готовы ли региональные власти обеспечить уровень финансирования и содержания этих клиник не хуже федерального? И конечно, эти центры не должны со временем превратиться в рядовую больницу или поликлинику.

Конечно, на высоком, качественном уровне должны функционировать и рядовые больницы или поликлиники. Высокоспециализированные клиники, клиники, оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь, должны пользоваться особым вниманием. Туда вложены большие средства, привлечены хорошие специалисты, и этот уровень, безусловно, должен быть поддержан.

Крым возвращается домой

Премьер-министр Правительства России Дмитрий Медведев провел совещание, посвященное актуальным вопросам социально-экономического развития Республики Крым и города федерального значения Севастополя

С начала следующего года в Крыму заработает система обязательного медицинского страхования. Мы также начнем модернизацию инфраструктуры здравоохранения на полуострове, с тем чтобы она соответствовала общероссийским стандартам

Крымчане ждут от Правительства России создания условий для спокойной и достойной жизни, уверенности в завтрашнем дне, ощущения того, что они являются частью сильной страны. Поэтому каждый вице-премьер, каждый министр несет полную ответственность в пределах своей компетенции за ситуацию в Крыму.

Основной комплекс вопросов, конечно, касается социальной сферы. Как было объявлено, Правительство России намерено повысить заработные платы работников бюджетных учреждений полуострова до уровня среднероссийских. Речь идет примерно о 140 тысячах человек, в том числе учителях и врачах, работниках культуры и социального обслуживания. Этим людям крымчане доверяют свое здоровье, воспитание детей, сохранение исторического наследия и заботу о тех, кто находится в сложной жизненной ситуации. Очевидно, что представителям этих профессий должна быть обеспечена достойная оплата, такая же, как и в других субъектах федерации.

Отдельно подчеркну: на переходный период будут сохранены все социальные выплаты, которые действовали на территории Крыма и Севастополя до подписания договора с Россией. Даже если некоторые из них не предусмотрены российским законодательством или же если их величина превышает российский уровень. Жители полуострова не должны лишиться привычной системы социальной поддержки.

Конечно, каждого крымчанина касается тема здравоохранения региона. С начала следующего года в Крыму заработает система обязательного медицинского страхования. Мы также начнем модернизацию инфраструктуры лечебных учреждений на полуострове, с тем чтобы она соответствовала общероссийским стандартам, от которых она пока заметно отстает. Когда я посетил детскую больницу, которая считается не самым худшим учреждением здравоохранения в Крыму, то убедился, что уровень ее оснащенности существенно отличается от общероссийского. Федеральная власть будет добиваться того, чтобы уровень оснащенности медицинским оборудованием и применяемые технологии отвечали самым передовым требованиям.

Уже сейчас в отношении жителей Крыма должна начинать действовать программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В ближайшее время Правительство России решит вопросы, связанные с бесперебойным снабжением крымчан необходимыми препаратами и медицинскими изделиями.

Считаю справедливым рассмотреть вопрос о создании по тем технологиям, которыми мы располагаем, центра оказания высокотехнологичной медицинской помощи по одному из профилей. Нужно будет решить, какой является наиболее важным для крымчан. Вполне вероятно, что это сердечно-сосудистая патология, но хотел бы, чтобы Министерство здравоохранения России вместе с исполнительной властью Крыма этот вопрос проработало.

Кроме того, до 1 ноября этого года будет проведена диспансеризация детей-сирот и детей, которые находятся в трудной жизненной ситуации.

Надо уделить особое внимание и развитию санаторно-курортного комплекса. На полуострове нужно создать здоровую конкуренцию в отношении других российских туристических центров. Конкуренция – это всегда хорошо. В свою очередь, надеюсь, такие шаги приведут к улучшению сервиса и к снижению цен. В любом случае от присоединения Крыма в этом плане выиграют и сами крымчане, и российские граждане, проживающие в других регионах нашей страны.

Между тем в ближайшее время нужно организовать переход на российскую систему государственной регистрации прав на недвижимое имущество и сделок с ним и, стало быть, на систему государственного кадастрового учета. Нельзя допустить, чтобы нынешней переходной ситуацией воспользовались мошенники. Кстати, попутно отмечу, что необходимо определиться и с системой государственной регистрации юридических лиц, которые действуют на полуострове, – как со временной, так и с постоянной. Жду предложений от своих коллег по правительству и от властей Республики Крым и города Севастополя. Как известно, власти Крыма ввели мораторий на выдачу земли и приватизацию республиканской собственности впредь до утверждения схемы размещения объектов инфраструктуры образования, здравоохранения, обороны, безопасности. При этом хотел бы отметить, что нужно учесть озабоченность бизнеса, который очень чутко реагирует на ситуацию с собственностью. Поэтому действовать следует аккуратно. Жизнь не заканчивается, она только начинается. Нам нужно создавать свою инвестиционную историю Крыма, более благополучную, чем прежде.

Область особого внимания

Заседание президиума Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике

Министр здравоохранения Российской Федерации
Вероника Скворцова

Реализация программы высокотехнологичной медицинской помощи начата в 2006 году, когда обеспеченность данным видом медицинской помощи составляла не более 10%. Объем средств федерального бюджета тогда, в 2006 году, составил 9,9 млрд рублей, и к 2013 году он увеличился почти в 6 раз – до 55,6 млрд рублей. И если в 2006 году оказана помощь была только 60 тысячам пациентам, то в 2013 году показатель составит 506 189 человек.

В 2013 году 62 субъекта Российской Федерации из 83 уже получили субсидии из федерального бюджета на софинансирование высокотехнологичной помощи. Начало этапа реализации в 2006 году характеризовалось наличием 93 федеральных медицинских учреждений, которые располагались в четырех городах: Москве, Санкт-Петербурге, Новосибирске и Екатеринбурге. В 2013 году количество медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную помощь, увеличилось до 411, из них 122 – федеральные медицинские учреждения и 289 организаций субъектов РФ.

Хотелось бы также подчеркнуть, что значительную долю в структуре оказанной высокотехнологичной помощи составляют дети: 17% в федеральных учреждениях и 9%, соответственно, в медицинских учреждениях субъектов РФ. В общем количестве детей, получивших высокотехнологичную помощь, 76% получают ее в федеральных учреждениях.

Новые центры включились в работу

Чтобы повысить доступность высокотехнологичной помощи и приблизить ее к месту жительства пациентов, в различных субъектах РФ введены в строй 12 новых федеральных центров высокотехнологичной медицинской помощи, которые отвечают самым современным требованиям и позволяют обеспечить высокое качество помощи. В настоящее время эти центры выполняют около 16% (15,8%) от общего объема оказания высокотехнологичной помощи.

За период с 2008 по 2013 год федеральными центрами высоких медицинских технологий выполнено 135 618 оперативных вмешательств, а зона обслуживания каждого федерального центра составляет до 56 субъектов РФ. Максимальная зона покрытия у двух центров нейрохирургии – в Тюмени и Новосибирске.

Нужно также отметить, что если объем оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в федеральных учреждениях, составляет всего 3% от общего объема специализированной помощи, что в финансовом эквиваленте составляет примерно 11%, то объем высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных учреждениях, превышает 70% от общего объема, причем для самых сложных и дорогостоящих видов помощи – более 89%, почти 90%.

Специализированная помощь «уходит» в ОМС

В соответствии с федеральными законами «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании» с 2015 года планировалось всю высокотехнологичную медицинскую помощь перевести в систему обязательного медицинского страхования с учетом прогнозного увеличения финансового наполнения ОМС и возможности ухода от квот как сдерживающего объем медицинской помощи механизма, погрузив высокотехнологичную медицинскую помощь в обычную специализированную помощь. Однако эти законы принимались в 2010 и 2011 годах, до постановки в 2012 году новых целей по повышению заработной платы медицинским работникам. Реализация 597-го указа президента от 7 мая 2012 года требует особого внимания к повышению социального и материального положения медицинских работников, врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Только в 2014 году в расходах системы ОМС это потребует дополнительно 50 млрд рублей. Вопрос финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи неоднократно обсуждался с экспертным сообществом, Общественной палатой, в формате парламентских слушаний в Государственной думе и Совете Федерации, а также на других площадках.

30 июля 2013 года состоялось заседание президиума Государственного совета РФ по вопросам доступности и качества медицинской помощи. По итогам этого заседания было поручено представить предложения по внесению изменений в законодательство РФ, касающихся порядка и условий финансового обеспечения оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи. Эти изменения были разработаны и включены в отдельный проект федерального закона о внесении изменений в отдельные законодательные акты («О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов РФ по вопросам охраны здоровья граждан в РФ»). Этот закон был подписан Президентом РФ и вступил в силу 25 ноября 2013 года за № 317. Он закрепляет возможность оказания высокотехнологичной медицинской помощи с января 2014 года на средства из бюджета двух уровней – федерального и регионального, а также из средств обязательного медицинского страхования. В настоящее время высокотехнологичная медицинская помощь оказывается по 20 профилям с использованием 1466 методов.

Детальный анализ методов ВМП, возможностей их реализации в медицинских учреждениях различного уровня позволил выделить группу из 459 самых распространенных методов, широко применяемых во всех регионах РФ, для их финансового обеспечения в системе обязательного медицинского страхования. Стоимость квот на эти 459 методов высокотехнологичной помощи в 2013 году составила 5 млрд рублей из 55,6 млрд тотально на высокотехнологичную помощь. Но с учетом стоимости дополняющей каждый случай лечения специализированной помощи тотальная стоимость для этих методов составляет 8,65 млрд рублей. Таким образом, речь идет о наименее ресурсоемком сегменте высокотехнологичной помощи.

Выделенная группа методов ВМП неоднородна: из 459 выделенных методов 409 не только широко применялись региональными медицинскими организациями с учетом реальных потребностей населения, но и уже оплачивались в рамках территориальных программ ОМС как методы специализированной медицинской помощи, что позволяет имплементировать их в тарифы клинико-статистических групп без существенных рисков и полностью отказаться от квот как от ограничителя объемов оказания медицинской помощи. Остальные 50 методов высокотехнологичной помощи также широко применялись в практике, но никогда не оплачивались в системе ОМС. В настоящее время эти методы еще не могут полностью обеспечить сложившуюся в них потребность в режиме реального времени и продолжают регулироваться по объему их оказания и, соответственно, листу ожидания. В связи с этим данные методы не будут включаться в тариф клинико-статистической группы, а финансовое обеспечение этих методов будет осуществляться по установленным нормативам финансовых затрат на одну единицу медицинской помощи в дополнение к соответствующему тарифу клинико-статистической группы. Мы планируем, что через 6–12 месяцев на основе статистического анализа для этих 50 методов будут сформированы дополнительные клинико-статистические группы с особой структурой тарифа. Таким образом, в 2014 году из 1466 методов высокотехнологичной помощи по 459 помощь будет оказываться за счет средств обязательного медицинского страхования, а по 1007 – за счет средств федерального и региональных бюджетов. В этой связи в соответствии с положениями 317-го федерального закона приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 декабря № 916 утвержден перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи с указанием источника финансового обеспечения по каждому методу высокотехнологичной помощи. В настоящее время мы можем констатировать, что увеличение объемов высокотехнологичной медицинской помощи сопровождается значительным снижением времени ожидания пациентами этих видов помощи, что связано с совершенствованием системы ее оказания: увеличением числа медицинских учреждений, их оказывающих, расширением их географии, подготовкой специалистов соответствующего уровня преимущественно в федеральных медицинских учреждениях, а также постоянным мониторингом в системе онлайн-движения медицинских документов и поступлений пациентов.

Потребность и сроки ожидания

Если в 2009 году средний срок ожидания высокотехнологичной медицинской помощи у взрослых составлял 93 дня, в 2013 году это 21 день, а для детей – 93 дня в 2009 году и 14 дней в 2013 году. Вместе с тем по некоторым профилям сроки ожидания несколько выше, и максимальный срок ожидания – при ожидании нейрохирургических операций (35 дней). Это тот профиль медицинской помощи, который до сих пор у нас является дефицитным.

Безусловно, отдельно следует подчеркнуть трансплантологию, длительность ожидания которой определяется наличием донорских органов. В настоящее время Министерством здравоохранения РФ подготовлен проект федерального закона о донорстве и трансплантации органов. Сейчас заканчивается его широкое обсуждение в экспертном и пациентском сообществе, и в начале января следующего года он выходит из министерства на согласование с другими федеральными органами исполнительной власти. Мы очень надеемся, что это позволит выстроить единую национальную систему донорства и решит в том числе проблемы со взрослым и детским донорством.

Анализ, проведенный совместно с субъектами РФ, свидетельствует о том, что общая потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи не меньше чем 1 млн случаев в год. В этой связи мы отдаем себе отчет, что, хотя мы существенно продвинулись с 2006 года, нам предстоит существенно наращивать объемы высокотехнологичной помощи, и за ближайшие три года мы сделаем все, чтобы нарастить в 1,5 раза, до 750 тысяч.

Быстрое развитие биомедицины и появление даже не каждый год, а каждый квартал новых эффективных биомедицинских методов диагностики и лечения требуют разработки механизмов постоянного обновления перечня высокотехнологичной медицинской помощи.

Сосудистая программа и снижение смертности

Важным фактором, определяющим демографическую ситуацию в любой стране, в том числе в Российской Федерации, является смертность от сосудистых заболеваний, распространенность которых растет во всех странах. Каждые 30 секунд в Российской Федерации отмечается новый случай инфаркта миокарда или инсульта.

Максимальный показатель смертности от сосудистых заболеваний в нашей стране был в 2003 году, это обусловило создание и разработку программы, так называемой сосудистой, по совершенствованию помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями, которая позволила за последние годы существенно снизить смертность. По данным за 11 месяцев текущего года, смертность составляет уже 700,5 на 100 тысяч населения. Тем не менее, несмотря на то что определенная позитивная динамика идет, мы еще существенно отстаем от стран с развитыми системами здравоохранения – Евросоюза, и примерно в 2 раза нам предстоит еще смертность снизить.

Сама структура сосудистой программы была направлена на два основных блока: снижение смертности через снижение заболеваемости, то есть внедрение профилактических программ, как массовых, так и по стратегии высокого риска, и второе – это совершенствование медицинской помощи в тех случаях, когда острое сосудистое нарушение уже совершилось.

В прошлом году прошла широкомасштабная диспансеризация, которая охватила 31,7 млн человек, а за все предшествующие годы, с 2006 по 2012 год, у нас дополнительную диспансеризацию прошло всего 26,5 млн человек.

Это абсолютно репрезентативная выборка, которая позволила сделать важные выводы о состоянии здоровья нашего населения и выделить группу. Она составляет 23,7% численности всего взрослого населения – это так называемые практически здоровые, но с факторами риска, обуславливающими высокий риск внезапной сосудистой смерти. Главная задача того, чем мы начали сейчас заниматься, – это создание индивидуальных профилактических программ для каждого

гражданина из этой группы риска, что позволит нам снизить заболеваемость сосудистой патологией 150 случаев на 100 тысяч населения.

Вся сосудистая программа построена на одном главном тренде – спасении и мозга, и сердца. Это фактор времени. Я все-таки хотела бы подчеркнуть наши главные действия: первое – сделать так, чтобы пациент не ждал и быстро вызывал скорую помощь, и для этого разработан специальный комплекс мер по информированию населения о первых признаках заболевания. Второе – это быстрый приезд скорой помощи. Для этого сейчас у нас есть все, 20 тысяч машин оснащено ГЛОНАСС, мы наблюдаем маршруты передвижения скорой помощи, добились того, что 82% машин скорой помощи приезжает за 20 минут до места на всех территориях нашей страны. Третий момент связан с госпитализацией этих больных. Госпитализация по предложенному механизму, минуя приемное отделение, позволяет экономить 40 минут, что особенно важно с учетом того, что терапевтическое окно – 3–6 часов для мозга и 6–12 часов для сердца – это тот период, когда все изменения обратимы, а дальше уже смерть клеток и некроз.

В этой связи впервые в 2008 году была внедрена программа, которая явилась отраслеобразующей. Она создала второй уровень трехуровневой системы здравоохранения – это размещение межрайонных центров в населенных пунктах с населением не менее 50 тысяч человек, с хорошими подъездными путями, таким образом, чтобы из каждой точки региона можно было в течение 30–40 минут доставить в такой центр пациента. Эти центры создавались как технопарки с особым кадровым составом. Сеть таких центров (они получили название первичных сосудистых отделений) замыкается на один или несколько, в зависимости от региональных особенностей, региональных сосудистых центров, которые являются координаторами всей сети, оказывают круглосуточную телемедицинскую помощь, а также те виды высокотехнологичной помощи, которые невозможно осуществить на уровне межрайонных первичных отделений.

С 2008 по 2012 год суммарный охват населения данными мероприятиями составил 88,5%, приняли участие 76 субъектов РФ, было организованно 202 первичных сосудистых отделения и 84 региональных сосудистых центра. Общие расходы на реализацию комплекса мер составили 27 млрд рублей.

Важным достижением является то, что каждый сосудистый центр полностью организован и оснащен по унифицированной системе и все необходимые службы работают круглосуточно, 365 дней в году и семь дней в неделю. Это позволяет именно в ночной и утренний периоды, когда случается большинство случаев острых сосудистых нарушений, эффективно оказывать помощь.

Подобная организация позволила впервые внедрить в нашей стране эффективные методы лечения. В 2006 году применен тромболизис, в настоящее время он оказывается тысячам пациентов. В это же время стали развиваться ангиопластика и стентирование, и в прошлом году, соответственно, увеличилось в 4,5 раза количество стентирований и ангиопластик по сравнению с 2008 годом.

Если посмотрим медицинскую статистику, то выяснится, что количество нейрохирургических вмешательств и других видов высокотехнологичной помощи повысилось с 2008 года в 11 раз, а всех видов сосудистой хирургии – в 4,5 раза.

И еще одна важная сторона данной программы: впервые в нашей стране были применены методы комплексной вторичной профилактики, поскольку 80% острых сосудистых нарушений повторяется в течение пяти лет по тому же самому механизму. И мы ставим перед собой сейчас задачу, чтобы через два года после перенесенного острого эпизода более 80% больных были живы и чтобы не более чем у 10% эпизод повторялся. Для этого формируется специальная программа, которая ляжет в основу системы лекарственного страхования и пилотного проекта в рамках стратегии лекарственного обеспечения для повышения приверженности к терапии на протяжении двух лет как минимум после перенесения первого острого эпизода.

Кроме того, программа позволила внедрить впервые в нашей стране комплексную раннюю мультидисциплинарную реабилитацию. Задача стоит очень амбициозная: более 70% выживших в течение первого месяца через три месяца должны быть полностью дееспособными, самостоятельными и функционально независимыми. Это уже дало свои результаты. Я хочу подчеркнуть, что за 10 лет у нас снизилась инвалидность от острых сосудистых нарушений на 42,8%, что, конечно, дает существенный экономический результат.

Данная программа позволила поднять впервые и увидеть в полном масштабе медицинскую кадровую ситуацию в стране, поскольку выстроила четырехуровневую систему подготовки врачей амбулаторного звена и врачей-фельдшеров скорой помощи, мультидисциплинарных бригад в первичных отделениях и высокотехнологичных кадров. У каждого центра есть свой куратор и группа федеральных сотрудников, которые фактически постоянно присутствуют в центре, проводят мастер-классы, лекционные курсы и так далее. В результате с 2008 года количество сосудистых хирургов в стране увеличилось на 20%, нейрохирургов – почти на 9%, реаниматологов – на 6,5%, кардиологов интенсивных – на 5,5%.

Российская Федерация в целом перевыполнила индикатор дорожной карты на этот год более чем на 3%, и есть, соответственно, регионы, которые существенно перевыполнили индикаторы своих региональных дорожных карт. В целом 28 регионов не достигли тех прогнозных значений, которые сами себе поставили в региональных дорожных картах.

Министерство здравоохранения провело детальнейший анализ с каждым регионом отдельно в фактически ручном режиме и выявило те основные причины недостижения показателей, которые характеризуют все без исключения регионы. Единственное отличие между ними: есть субъекты с полностью выстроенной системой первичных центров и региональных центров, и при этом они не могут организовать их работу правильно, а есть регионы с недостроенной сетью, как, скажем, остров Сахалин: только треть острова обеспечена необходимой инфраструктурой, и там показатели соответствуют лучшим европейским показателям, но другие две трети острова как возили в 17 ЦРБ, так и возят в 17 ЦРБ острые инфаркты миокарда и инсульты, и там летальность достигает 75–80%. Как два государства на одной территории.

Нам понятно, в каком направлении действовать дальше. Мы набираем обороты, и в общем позитивные результаты действительно отмечаются. Сейчас Министерство здравоохранения РФ очень активно работает с каждым субъектом Российской Федерации.

ФМБА России: итоги года

Руководитель Федерального медико-биологического агентства
Владимир Уйба

Новые лекарства, новые методы

Единая вертикаль управления, выстроенная в ФМБА России, помогает быстрее проводить научно-исследовательские работы. В прошлом году научные учреждения агентства разрабатывали нановакцины, нанодиагностикумы, лекарственные средства, имеющие направленное, конкретное действие. Здесь сумели создать нановакцины на основе синтетических носителей. Эти препараты существенно снижают количество вводимого антигена, полностью отвечая своему названию – «нано». В результате вводимые микродозы обеспечивают высокую безопасность их применения. Малый эффект биологического, эндогенного присутствия тем не менее приносит высокий коэффициент защитного иммунитета. Идет работа и над другими иммунобиологическими препаратами нового поколения, которые создаются в основном в институте иммунологии. Они будут использоваться для профильной вакцинации больших контингентов в практическом здравоохранении.

В 2013 году разработана технология получения и завершены клинические испытания ряда препаратов, которые имеют огромное социальное значение. Например, препаратов, которые используются при профилактике гемофильных инфекций. В ФМБА создана технология получения первой комбинированной вакцины для профилактики дизентерии, вызванной шигеллами Флекснера и Зонне. Кроме того, разработано уникальное лекарство для профилактики эндосептического шока. Люди, которые в своей работе сталкиваются с большим риском травматологической опасности, должны быть привиты этой вакциной. Не остановлена работа и по созданию противоаллергических препаратов. Ведь распространенность таких заболеваний возрастает, особенно среди детей. Первые результаты достигнуты в клинических исследованиях вакцин нового поколения и класса против аллергии. Разрабатывается уникальный препарат для комплексной терапии против гепатита С на основе естественных, рекомбинантных белков. Еще одна научная работа связана с разработкой уже искусственных вакцин – на основе полиоксидония, регуляторов иммунного ответа. Ученые проводят сегодня доклинические исследования этого лекарственного средства.

На звездных дорогах

С самого начала эпохи космической медицины ФМБА России осуществляет медицинское и санитарное сопровождение космических полетов. В 2013 году агентство обеспечило запуск 22 ракет с космодрома Байконур. В это количество вошли как пилотируемые корабли, так и борты-транспортники (грузовые). Во время старта космического корабля медицинская система агентства переводится на особый режим. Все лечебные учреждения в случае возникновения непредвиденных происшествий или серьезных аварий могут быть задействованы в оказании помощи пострадавшим. Более того, специалисты ФМБА России не только принимают участие в запуске, но и осуществляют медицинское сопровождение работы экипажа во время полета, спуска и приземления. При этом возвращение на Землю крайне ответственный этап. Именно в этот период организм космонавта особенно уязвим, даже больше, чем на орбите.

Впервые во время приземления транспортного пилотируемого корабля «Союз ТМА-09М» использовался мобильный телемедицинский терминал. Его разработало экспериментальное предприятие ФМБА России. Им осуществлялась передача в режиме реального времени медицинских параметров здоровья космонавтов. Специалисты ведущих лечебных учреждений ФМБА России в онлайн-режиме оценивали состояние здоровья космонавтов. Если бы какое-то исследование или анализ выявили отклонения в работе органов или систем, то на месте немедленно отправили бы бригаду врачей. Раньше таких возможностей не было. Теперь данные передаются в Москву, Санкт-Петербург, где специалисты самого высокого уровня намечают алгоритм действий «встречающих» врачей. Космонавт, вернувшись на землю, должен адаптироваться к условиям гравитации. И медицинская «коррекция» состояния здоровья помогает это сделать быстро.

ФМБА России отвечает и за лабораторный контроль качества дезинфекции доставляемых грузов на станцию или корабль. Рабочие поверхности оборудования, интерьера в отсеках транспортных и пилотируемых кораблей не должны быть «осеменены» микроорганизмами. Это не какая-то перестраховка или история из фантастических фильмов. Микроорганизмы-деструкторы действительно могут за считанные месяцы вывести из строя космический корабль. В условиях невесомости, снижения кислородного насыщения подобные бактерии и вирусы угрожают прочности конструкций корабля. Их необходимо обработать специальными газами. А для этого нужно выработать нормативы и применять безопасные технологии. Подобную обработку проходит не только космический корабль, но и сам экипаж, грузы, которые позже доставляются на орбиту грузовыми кораблями.

Не менее ответственное дело – проведение медицинской комиссии космонавтам, которые готовятся отправиться в полет. Разрешение на запуск корабля дают именно представители ФМБА России.

В прошлом году был проведен уникальный эксперимент. 20 лет не проводились исследования космоса с помощью биологических спутников. 19 апреля по 19 мая космический корабль «Бион» подтвердил, что наша страна не растеряла уникальные технологии. Космический корабль вывел на орбиту виварий с мелкими животными. Чтобы они выжили в условиях невесомости, функционировали автономные системы жизнеобеспечения. На «Бионе» их стояло две: немецкая и российская. Последнюю изготовили учреждения ФМБА России. К сожалению, животные, находившиеся в немецком виварии «Биона», погибли. В российском сегменте гибель подопытных животных составила менее 10%. В будущем технологии по жизнеобеспечению обязательно будут востребованны, когда человечество соберется в сверхдальние полеты в космос. Эксперты даже предсказывают, что это совсем не далекое будущее человечества.

Изобиловал прошлый год и чрезвычайными происшествиями. 2 июля 2013 года на космодроме Байконур произошел взрыв ракеты-носителя «Протон-М». Все мероприятия по локализации последствий падения ракеты проводили специалисты ФМБА России. А это «обеззараживание» почвы, расположенных рядом источников воды. Еженедельно забирались пробы почвы и ежечасно – воды в 30-километровой зоне падения ракеты-носителя. Мониторинг не выявил каких-то серьезных отклонений от нормы, поскольку все мероприятия по ликвидации последствий аварии были проведены без промедления и в полном объеме. Это исключило малейшую возможность попадания вредных веществ в атмосферу или в подземные источники, которые могут

выходить на поверхность земли на расстоянии 10–15 км от места аварии. Сегодня можно ответственно заявить, что никакой опасности для здоровья человека происшествие не создало.

В декабре 2013 года санэпидслужба ФМБА России выдала положительное заключение на использование российского космодрома Восточный, который строится на Дальнем Востоке. Этот объект связан с запусками космических кораблей. Соответственно, малейшие нарушения, ошибки при проектировании с точки зрения санэпидемнадзора должны быть исключены. В нем также откроют целый медицинский комплекс, который будет состоять из поликлиники, стационара, центра санэпидемнадзора.

Большая вода –большая беда

Серьезным испытанием для многих министерств и ведомств, в том числе и ФМБА России, стало небывалое наводнение в Хабаровском крае, Амурской и Еврейской автономной областях. Ни одна страна в мире не сталкивалась еще с последствиями столь катастрофического паводка. Но благодаря слаженной работе федеральных и местных органов власти удалось не допустить ни одной смерти, возникновения эпидемии инфекционных заболеваний. Для этого была проделана колоссальная работа, в том числе специалистами ФМБА России. Оперативно в зоне бедствия развернули три госпиталя агентства. В каждом из них трудилось 100 медиков. Эти мобильные лечебные учреждения функционировали в круглосуточном режиме. Пострадавшие поступали в них днем и ночью. Тем не менее каждому из них оказывалась квалифицированная медицинская помощь. При этом никто не освобождал сотрудников госпиталей и от проведения профилактических прививок. В зону затопления партии вакцин поставлялись за счет средств федерального бюджета. Благодаря этому шло непрерывное обеспечение партиями вакцин, дезсредств, лекарств. Параллельно шло спасение людей, нуждающихся в экстренной медицинской помощи в остром периоде болезни. Например, в период инфаркта, гипертонического криза, кардиогенного шока, инсульта, желудочно-кишечного кровотечения, обострения бронхиальной астмы... Можно с уверенностью сказать, что работа в таком жестком режиме была оправданной. Она предупредила не только увеличение смертности, но и угрожавшую региону пандемию. А последняя вполне могла случиться. Надо вспомнить, что затоплены были десятки населенных пунктов. В зоне наводнения проживало свыше 100 тысяч человек!

Это означало, что им приходилось целыми неделями жить без полноценных источников водоснабжения. В затопленных районах архитрудно было организовать нормальное питание. Как правило, использовались полуфабрикаты быстрого приготовления, даже посуда мылась с помощью моечных средств. И все же удалось сохранить на уровне прежних лет показатели кишечных, других инфекционных заболеваний. При этом избежать катастрофы помогла масштабная прививочная кампания. В результате нее против вирусного гепатита А было привито 180 тысяч человек, против дизентерии – 68 тысяч (из них соответственно 54 тысячи и 15 тысяч детей). Против брюшного тифа детей не прививали, а вот взрослых иммунизировано 14 460 человек. Фагировано (то есть давались живые фаги) 64 тысячи человек.

Надо понимать, что за прозвучавшими цифрами стоит огромный масштаб работы медиков. Каждого из пациентов нужно было пригласить в медпункт, сделать инъекцию или дать выпить фаг. Все это происходило на затопленной территории, где в принципе медицинские учреждения не работают. Значит, чаще всего врачу, медсестре приходилось с укладками ехать на доступных плавательных средствах, лодках, катерах в районы, охваченные наводнением. И там практически в военно-полевых условиях выполнять инъекции. Как ни странно, но эту кампанию удалось провести без инъекционных осложнений, привив более 180 тысяч человек!

Новый закон о донорстве крови

В прошлом году не стихали споры о новом законе о донорстве крови. Пессимисты предсказывали ему печальную судьбу. Люди не пойдут сдавать кровь бесплатно, безвозмездно. И его придется пересматривать. Но жизнь доказала беспочвенность таких прогнозов, более того, к концу года можно заявить о безоговорочном триумфе программы безвозмездного донорства.

В новом законе только несколько блоков нуждались в доработке. Например, осуществление смешанного донорства. В течение года такие разделы были дополнены. В результате отрасль получила понятный и четкий закон, нацеленный на будущее. Об этом свидетельствует и рост донорства по всем показателям, кроме одного – количества платных доноров (уменьшение на 42,8%). Итак, в 2013 году зарегистрировано 1 425 688 доноров. В то время как в 2012 году их насчитывалось 1 321 277, то есть произошло увеличение их числа на 8%. При этом, как принято говорить, «первичных» доноров было в прошлом году 517 893 против 472 818 человек годом раньше, что на 9,5% больше. Не менее важный показатель – количество повторно обратившихся доноров. Если донор после первичной сдачи крови проходит повторное обследование, то сданную кровь и ее компоненты можно без всяких ограничений переливать реципиенту. Но когда донор не является повторно на станцию переливания, такую кровь приходится направлять на вирус-инактивацию. А это дорогостоящая и длительная процедура. Более того, если трансфузиологи выявляют какие-то сомнительные факторы в ней, такая кровь вообще уничтожается. Поэтому крайне важно увеличение повторных кровосдач на 9849 человек. Таким образом, количество таких донаций выросло на 10%. А всего безвозмездных доноров стало больше на 15%.

Медицинское сопровождение сборных команд Российской Федерации на Олимпийских и Паралимпийских играх в Сочи

Президент России В.В. Путин поставил задачу: обеспечить адекватное требованиям времени медицинское и медико-биологическое сопровождение наших атлетов, создать и реализовать новые программы

Руководитель ФМБА России
Владимир Уйба

Мне очень приятно поздравить всех нас с большой спортивной победой, а также поблагодарить и спортсменов, и организаторов Олимпийских игр в Сочи, первых лиц нашего государства и Олимпийский комитет за прекрасный праздник, подаренный миру.

Что же касается наших коллег – медиков, прошедших все четыре года подготовки к этой победе рука об руку со спортсменами и тренерами, то глубочайшую признательность им высказывал не только я, но и все члены российской олимпийской сборной, тренеры и менеджеры команд, все те, кто мог на собственном опыте оценить титаническую работу, которую мы совместно с Минспорта России, Олимпийским комитетом России, Минздравом России провели с 2009 года, когда на наше агентство были возложены полномочия по медико-санитарному и медико-биологическому сопровождению спорта высших достижений.

Мы начали работу с чистого листа, не имея в достаточном количестве ни специализированных кадров, ни методик, ни времени. Но потенциал агентства и исследования наших ученых в области работы человеческого организма в экстремальных условиях позволили нам в сжатые сроки создать научно-техническую, документальную и кадровую базу для того, чтобы каждого спортсмена сборной к моменту старта вывести на пик физической формы и сохранить здоровье вопреки всем запредельным нагрузкам.

Служба спортивной медицины

Четыре года назад в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17 октября 2009 года № 812 организация медицинского обеспечения спортсменов спортивных сборных команд РФ была возложена на ФМБА России. Данная работа проводилась в тесном и плодотворном сотрудничестве со всеми заинтересованными сторонами: Министерством спорта РФ, Олимпийским комитетом России, спортивными федерациями.

В рамках исполнения своих полномочий ФМБА России задействовало весь свой потенциал – от научно-исследовательских институтов до уникальных, «узких» специалистов, чтобы обеспечить надлежащее качество медико-биологического сопровождения элитных спортсменов.

В рамках подготовки к Играм в Сочи для проведения углубленных медицинских осмотров спортсменов сборных команд России была задействована единственная в Европе мультидисциплинарная лаборатория, которая расположена в ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

В лаборатории находится уникальное оборудование, способное имитировать все этапы тренировочного процесса. Есть специальный лыжероллерный тредбан, который полностью имитирует лыжную нагрузку и контролирует состояние спортсмена в момент работы.

Также есть специальные залы с видеооборудованием. Их задача – найти «мертвые точки» у спортсмена, из-за которых он не может выйти на пик формы и обновить рекорд. «Мертвой точкой» может быть недотренированность какой-то группы мышц или пробелы в технике движения – те элементы, которые иногда тренерским глазом не обнаружить, но специальное оборудование в лаборатории может захватить эту «мертвую точку», а специалисты – подготовить программу, как это исправить в тренировочном процессе.

Среди других технических новинок: комната для проведения нагрузочных тестов с имитацией климатических условий, подводная беговая дорожка, телемедицинская система для круглосуточного мониторинга показателей работы сердца, а также интерактивная система виртуальной реальности для психологической диагностики, коррекции и разгрузки.

С сентября по декабрь в мультидисциплинарной лаборатории обследования прошли более 220 спортсменов, представляющих различные зимние виды спорта: биатлон, бобслей, горные лыжи, сноуборд, скелетон, шорт-трек, санный спорт, лыжные гонки, фигурное катание, прыжки на лыжах с трамплина, лыжное двоеборье, фристайл, хоккей, конькобежный спорт, керлинг.

Также стоит отметить, что медицинское сопровождение спортсмена на этапе подготовки к Олимпийским играм в г. Сочи было организовано путем полного курирования процесса лечения и реабилитации медицинским комиссаром. К каждой группе спортсменов, представляющих разные

виды спорта, был прикреплен отдельный медицинский комиссар. Этот ответственный специалист осуществлял контроль не только в рамках лечебного учреждения, но и за его пределами (возможность консультирования, круглосуточная доступность и др.).

Структура организации медицинской помощи в период проведения Игр в Сочи

107 медицинских работников ФМБА России работали на Олимпиаде. 70 специалистов работали «внутри» команд, 15 – в медицинских центрах в олимпийских деревнях, 18 – в мобильных комплексах.

Вся структура медицинской помощи спортсменам сборной команды России в период проведения Олимпийских игр в г. Сочи была представлена тремя блоками.

1-й блок. Врачи и массажисты команд, которые работали со спортсменами в непосредственном приближении (на тренировке, на соревновании, в гостинице и т.д.).

2-й блок. Медицинские центры в олимпийских деревнях. Сотрудники медицинских центров в каждой из трех деревень («Лаура», «Роза Хутор», «Прибрежная»), которые работали для наших спортсменов в круглосуточном режиме.

3-й блок. Медицинские мобильные комплексы, которые функционировали как медицинские центры вне олимпийских деревень.

С целью организации жизнедеятельности комплексов и решения оперативных задач в каждый комплекс были включены четыре транспортных медицинских модуля:

- модуль медицинский диагностический (лабораторный);
- модуль лечебно-восстановительный с барокамерой;
- модуль лечебно-восстановительный с криосауной;
- модуль психологической диагностики и реабилитации.

На Паралимпиаде было задействовано 48 специалистов ФМБА России: 18 человек медперсонала в центре вне деревень, 16 человек внутри деревень, 14 человек – обслуживающий персонал.

Активно был задействован специализированный мобильный комплекс для проведения восстановительных процедур для паралимпийцев. Комплекс разработан с учетом требований по доступности и созданию безбарьерной среды.

Мобильный комплекс оснащен новейшим физиотерапевтическим оборудованием и имеет в распоряжении возможность использовать уникальные методики по восстановлению и психологической коррекции.

Статистика работы на Олимпиаде

Обращений спортсменов	695
Первичных	210
Повторных	485
Физиопроцедуры спортсменам	593
Массаж спортсменам	157
Мануальная терапия спортсменам	81
Манипуляции у спортсменов	154
Психологических обращений спортсменов	286
Обращений других лиц, помимо спортсменов	759
Первичных	280
Повторных	479
Всего обращений	1454

Статистика работы на Паралимпиаде

Обращений спортсменов	973
Первичных	158
Повторных	761
Физиопроцедуры спортсменам	1175
Массаж спортсменам	585
Мануальная терапия спортсменам	75
Манипуляции у спортсменов	735
Психологических обращений спортсменов	338
Обращений других лиц, помимо спортсменов	267
Первичных	69
Повторных	153
Всего обращений	1240

О мобильных комплексах ФМБА России, задействованных на Олимпийских и Паралимпийских играх в Сочи

Мобильные медицинские комплексы – это результат работы ФМБА России по организационному, научно-исследовательскому и техническому обновлению медицины спорта высших достижений.

Такие комплексы на сегодняшний день есть в распоряжении только сборной России. Для паралимпийцев был разработан модуль с учетом требований по безбарьерной среде.

В мобильный медицинский комплекс входят 4 модуля, которые оснащены более чем 40 единицами самого современного оборудования. При этом некоторое оборудование закупалось и специально перерабатывалось под нужды спортсменов, а часть была изобретена научно-исследовательскими институтами ФМБА России.

Диагностический модуль

Очень важная особенность этой лаборатории – скорость получения информации. Оборудование позволяет всего за 30 секунд определить количество лактата в крови, характеризующего степень загруженности мышц. Максимальный по времени полный биохимический анализ занимает 20 минут.

Барокамера

Инновацией барокамеры в мобильном комплексе ФМБА России является дополнительное обогащение кислородом за счет кислородного концентратора, что позволяет создать эффект среднегорья. Эта процедура из-за поступления избыточного количества кислорода является заменой 3-часового дневного сна.

В этом же модуле для спортсменов циклических видов спорта, у которых нередко случаются мышечные боли, предусмотрен аппарат прессотерапии, он позволяет вывести лишнюю жидкость из межклеточного пространства.

Криосауна

Один из интересных эффектов криосауны – это мгновенное поступление в кровь эндорфинов, то есть гормонов радости, и огромный заряд энергии на победу. Эффект достигается благодаря тому, что в кабине, где температура подаваемого жидкого азота опускается до –180 градусов, спортсмен находится от 2 до 4 минут. При этом включаются дополнительные ресурсы восстановления, чтобы спортсмен смог быстро «прийти в себя» после изнурительных тренировок или соревнований.

Аппарат наружной контрпульсации

Аппарат работает следующим образом: подстраивается под сердечный ритм спортсмена, нагнетается повышенное давление в пневмоманжеты, за счет которого в 10 раз облегчается работа сердца. Фактически достигается эффект, как будто спортсмену «подключили» второе сердце.

Психологический модуль

Психологический модуль оборудован новейшими технологиями и приборами психодиагностики и психокоррекции, позволяющими расслабить после эмоциональных перегрузок во время ответственных стартов или же психологически настроить спортсмена на нужный результат.

В передвижном психологическом модуле ФМБА есть несколько приборов, помогающих оказывать психологическую помощь спортсменам. Например, аппарат аудиовизуальной стимуляции, который позволяет снять внутреннее напряжение.

Основные результаты по созданию системы спортивной медицины

Для каждой команды сборной России были подготовлены, сертифицированы и прикреплены врачи по спортивной медицине. Медико-биологическое обеспечение спортсменов в зимних олимпийских видах спорта осуществляют 127 медицинских работников, в том числе врачей по спортивной медицине – 72 человека, массажистов – 55 человек. Медико-биологическое обеспечение спортсменов в зимних паралимпийских видах спорта осуществляют 43 медицинских работника, в том числе врачей по спортивной медицине – 24 человека, массажистов – 19 человек (увеличение численности персонала с 2010 года – в 2,5 раза).

Все российские спортсмены прошли полное генетическое тестирование и уже получили специализированные генетические паспорта. Благодаря этому появилась возможность по мере необходимости вносить корректировки в тренировочный план и рацион питания, а также снизить риск получения травм.

Для лечения травм спортсменов специально создан Центр спортивной травматологии. В созданном центре, который оборудован по последнему слову техники, специалисты прошли стажировки и обучение в ведущих европейских клиниках, а медицинская помощь для спортсменов и федераций оказывается бесплатно.

Создана специальная информационная система для хранения «медицинской истории» каждого спортсмена – результаты всех обследований, назначенных препаратов, проведенных медицинских манипуляций. К этой базе спортивные врачи имеют доступ (через специальные терминалы) из любой точки мира – чтобы во время соревнований у врача под рукой была вся необходимая информация по каждому спортсмену.

К Играм в Сочи ФМБА впервые внедрило уникальную технологию по разработке для каждого спортсмена индивидуального витаминно-минерального комплекса. Эта технология позволяет обеспечить спортсмена необходимым именно в текущий момент комплексом витаминов и минералов.

Также в рамках подготовки к Играм в Сочи для ряда спортсменов были разработаны индивидуальные графики проведения восстановительных процедур, медико-биологического сопровождения с учетом графика соревнований.

Цитаты спортсменов

Благодаря специалистам Федерального медико-биологического агентства российские фигуристы успешно выступили на Олимпийских играх 2014 года. Такое мнение высказал генеральный директор Федерации фигурного катания на коньках России (ФФККР) Валентин Писеев.

Российские фигуристы завоевали на Играх в Сочи три золотые, одну серебряную и одну бронзовую медали.

«За годы моей работы я не припомню такой слаженности между спортсменами, тренерами и медиками, – рассказал руководитель федерации пресс-службе агентства. – Стоит отметить, что в олимпийском центре ФМБА все очень четко организовано. Там работают профессионалы с большой буквы. Во многом благодаря их помощи и поддержке наши фигуристы смогли достичь столь высоких результатов на Олимпиаде в Сочи».

По словам олимпийской чемпионки Екатерины Бобровой, выступающей в танцах на льду в паре с Дмитрием Соловьевым, «сотрудники ФМБА – бойцы невидимого фронта, которые дарят надежды и ставят спортсменов на ноги».

В свою очередь, обладательница «золота» и «бронзы» Сочи-2014 Елена Ильиных, выступающая в танцах на льду в паре с Никитой Кацалаповым, отдала должное медикам Ярославу Бугаеву, Тамаре Гвоздецкой, Михаилу Медведеву. «Благодаря этим людям мы подошли к олимпийским стартам в хорошей форме и в полном здравии», – подчеркнула фигуристка.

В то же время олимпийская чемпионка по конькобежному спорту Светлана Журова, которая исполняла роль мэра горной олимпийской деревни, отметила не только профессиональные, но и человеческие качества сотрудников ФМБА.

«В горном кластере создали великолепный центр ФМБА, где высококлассные специалисты работают на новейшем оборудовании, – рассказала депутат Государственной думы. – Причем сотрудники не только профессиональны, но и отзывчивы».

Бронзовый призер Игр-2010, являвшийся мэром дополнительной горной олимпийской деревни, Максим Чудов сообщил, что ФМБА помогает также спортсменам из других стран. «При этом в центр обращаются люди, не являющиеся участниками Олимпиады. В частности, я приводил людей в центр ФМБА, где им была оказана экстренная помощь», – сообщил Чудов.

По материалам пресс-службы ФМБА России

Здравоохранение и экономическое развитие

Директор Института экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», кандидат биологических наук
Лариса Попович

Важнейшей проблемой российского здравоохранения является его недооцененность с точки зрения вклада в социально-экономическое развитие. Именно поэтому все усилия Минздрава, направленные на повышение финансовой обеспеченности отрасли, не приносят требуемого результата. Экономические власти считают более приоритетными иные направления расходования общественных ресурсов, по-прежнему рассматривая финансирование отрасли здравоохранения как социальное обременение.

А ведь система здравоохранения – это та отрасль, вложения в которую носят не расходный, а инвестиционный характер. И результаты вложений сторицей окупаются позитивными эффектами в других отраслях экономики.

Любое заболевание влечет за собой экономические последствия, определяющие в денежном выражении издержки общества, государства и отдельных его субъектов, связанные с необходимостью проведения профилактики и лечения болезни, с производственными потерями в результате временной или стойкой нетрудоспособности работников, преждевременной смертности, с болью и страданиями заболевших и членов их семей. Распространение заболеваний, и в первую очередь неинфекционных, возлагает существенное бремя на экономику любой страны. При этом в зависимости от особенности заболеваний основные издержки могут либо быть связаны с медицинскими расходами, либо концентрироваться в других отраслях экономики и выражаться в недопроизводстве экономического продукта в связи с преждевременной смертностью, инвалидностью или снижением производительности труда из-за заболеваний.

При этом экономическое бремя болезней в мире возрастает. По данным Гарвардской школы общественного здравоохранения, в период 2010–2030 годов сохранение на сложившемся уровне заболеваемости основными неинфекционными заболеваниями приведет к мировым потерям ВВП не менее чем в 47 трлн долларов США[1]; потери от смертности возрастут почти в 2 раза и составят к концу прогнозируемого периода 43,3 трлн долларов США[2].

В то же время многочисленные исследования подтверждают связь между продолжительностью жизни и темпами экономического роста. В странах, где продолжительность жизни в 60-х годах XX века была самой высокой, последующие 40 лет быстрее всего развивалась экономика[3].

Результаты многих эмпирических исследований подтверждают влияние состояния здоровья на такие важные факторы развития экономики, как вложения в человеческий капитал[4], вовлеченность в рынок труда[5], производительность труда[6], уровень сбережений[7] и др.

По данным исследования Европейской обсерватории ВОЗ, инвестиции в здравоохранение являются необходимым условием дальнейшего роста экономики стран Восточной Европы и Центральной Азии. В исследование включались Румыния, Грузия, Казахстан , Литва и Российская Федерация[8].

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Показано, что снижение смертности взрослого населения в странах этого региона на 2% может привести в 2025 году к росту подушевого ВВП на 4,9% по сравнению со сценарием сохранения сложившегося уровня смертности среди взрослого населения (при применении метода наименьших квадратов – МНК) или на 8,7% (при применении модели фиксированных эффектов – ФЭ). При этом снижение смертности взрослого населения на 3% приведет соответственно к росту ВВП на 11,1 и 13,3% (*рис. 1*).

В этой связи уже достаточно очевидно, что вложения в здравоохранение, направленные на борьбу с факторами риска и на снижение уровня распространенности неинфекционных заболеваний, могут привести к значительному сокращению потерь экономики в целом.

Очень хотелось бы надеяться, что оценки экономических последствий заболеваний послужат серьезным аргументом при формировании политики развития отрасли, при принятии решения на макроуровне и формировании инструментов достижения поставленных целей развития системы здравоохранения. Для правильной и всесторонней оценки социально-экономического вклада здравоохранения в развитие страны нужно учитывать не только бюджетные расходы отрасли, но и возможные потери в других, не связанных со здравоохранением, отраслях экономики. Такой подход способен продемонстрировать роль здравоохранения не как «потребляющей», а как производящей отрасли, отрасли, которая обеспечивает воспроизводство и сохранение наиболее дорогого ресурса – человеческого капитала. Экономические оценки влияния состояния здоровья

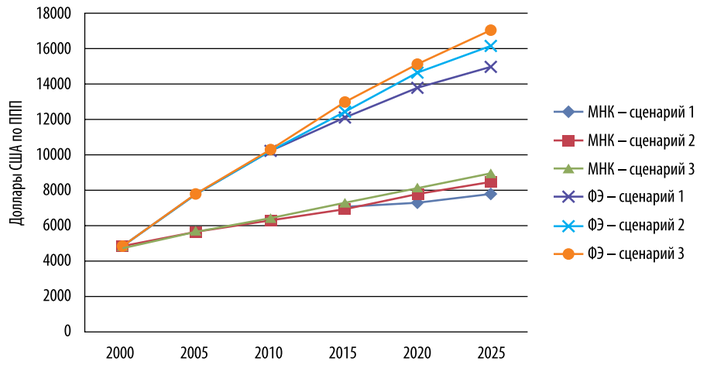


Рис. 1. Прогноз роста ВВП на душу населения в долларах США в период до 2025 года с учетом паритета покупательной способности:
МНК – метод наименьших квадратов; ФЭ – модель фиксированных эффектов. Источник: Suhrcke, et al. 20089.
Примечания: Сценарий 1 – смертность взрослого населения не изменяется, сценарий 2 – смертность взрослого населения снижается на 2%, сценарий 3 – смертность взрослого населения снижается на 3%

Система здравоохранения – это та отрасль, вложения в которую носят не расходный, а инвестиционный характер

на экономику демонстрируют, что инвестиции в здравоохранение выгодны государству.

В этой связи государству, учитывая взаимовлияние экономики и здоровья, выгодно вкладывать средства не только в развитие экономики, но и в развитие системы здравоохранения, поскольку очевидно, что вложения в здравоохранение – это не расходы, а инвестиции.

Статья подготовлена в рамках выполнения проекта ЦФИ НИУ ВШЭ

[1] *К основным неинфекционным заболеваниям были отнесены следующие: злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, ХОБЛ, диабет и психические расстройства.*

[2] *Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Janů-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A.Z., & Weinstein, C. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.*

[3] *Sala i Martin X (2005). On the health poverty trap. In: Lopez-Casasnovas G, Rivera B, Currais L, eds. Health and economic growth: findings and policy implications. Cambridge, MA, The MIT Press: 95–114.*

[4] *Kalemli Ozcan S, Ryder HE, Weil DN (2000). Mortality decline, human capital investment, and economic growth. Journal of Development Economics, 62:1–23.*

[5] *Thomas D. Health, nutrition and economic prosperity: a microeconomic perspective. Geneva, WHO Commission on Macroeconomics and Health (CMH Working Paper No. WG1:7), 2001.*

[6] *Bloom D, Canning D, Sevilla J (2001). The effect of health on economic growth: theory and evidence. Cambridge MA, National Bureau of Economic Research (NBER Working Paper No. 8587).*

[7] *Bloom DE, Canning D, Graham B (2003). Longevity and life cycle savings. Scandinavian Journal of Economics, 105:319–338.*

[8] *Suhrcke, M. McKee, L. Rocco. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии, Всемирная организация здравоохранения, 2008.*

101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20
Тел.: (495) 772-95-90
E-mail: hse@hse.ru
Сайт: www.hse.ru

Итоги и перспективы

Отрасль здравоохранения является стратегической для развития страны. Жизнь и здоровье – главные права каждого человека, а также важнейшие факторы социально-экономического развития. Белгородская область является одним из субъектов, где наряду с динамичным экономическим ростом стабильно улучшается качество жизни населения и состояние сферы здравоохранения

Начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения, заместитель председателя правительства Белгородской области
Иван Залогин

Сегодня в системе регионального здравоохранения функционируют 89 учреждений, в их числе 21 центральная районная больница, 3 районные и 6 городских больниц, 8 диспансеров, 20 специализированных больниц и учреждений особого типа, 5 санаториев. Амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают 19 учреждений, включая специализированные центры. В области действуют 3 станции скорой медицинской помощи и 4 станции переливания крови.

Об эффективности работы медицинских учреждений свидетельствуют индикаторы, характеризующие состояние здоровья населения. Сегодня область имеет положительные эффекты по многим медико-демографическим показателям и стабильно поддерживает их значения ниже среднероссийских.

Динамично изменяются показатели рождаемости: суммарный коэффициент за 10 лет увеличился на 21%, составляет 5,515, и это выше, чем в среднем по Центральному федеральному округу (1,47). Коэффициент рождаемости на 1000 населения за десятилетие вырос на 26% и составил в 2013 году 11,6.

По показателю смертности (13,9), естественной убыли (–2,3) и продолжительности жизни населения (71,9 года) область находится на втором месте среди субъектов ЦФО после города Москвы.

В рамках целевых программ

Реализация мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье», Программы модернизации здравоохранения, концепции демографического развития области, региональных проектов и программ обеспечили заметный качественный прогресс в укреплении материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений области, обновлении инфраструктуры отрасли, совершенствовании первичной медико-санитарной помощи, оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, достижении позитивных изменений в кадровом обеспечении отрасли.

Основные направления развития здравоохранения определены майскими указами Президента Российской Федерации, с целью реализации которых и обеспечения достижения плановых показателей утвержден ряд региональных нормативных актов. В числе основополагающих – отраслевая «дорожная карта» и Государственная программа развития здравоохранения области на 2014–2020 годы, в которой выделены 14 важнейших подпрограмм, направленных на сокращение смертности и заболеваемости населения, развитие первичной медицины и профилактического звена, внедрение инновационных медицинских технологий, сокращение дефицита врачебных кадров, развитие государственно-частного партнерства.

Главной целью преобразований в области является формирование оптимальной трехуровневой системы оказания медицинской помощи, предполагающей в качестве своего фундамента развитие первичной медицинской помощи в амбулаторных условиях, широкое внедрение дневных стационаров и стационарозамещающих технологий, телемедицины и выездных форм амбулаторной работы.

Фундаментом оказания первичной медико-санитарной помощи служит разветвленная сеть фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий, центров врачей общей практики, планово осуществляется укрепление их материально-технической базы. В ближайшей перспективе планируется ремонт 76 и строительство 27 новых ФАПов, строительство и ремонт 20 центров врачей общей практики и 14 амбулаторий,

а также строительство 6 поликлиник, оснащение их современным медицинским оборудованием.

С целью повышения доступности медицинской помощи и оптимизации сети медицинских учреждений проведена работа по организации межтерриториальных клинико-диагностических медицинских центров, позволяющих приблизить оказание специализированной медицинской помощи к населению и тем самым повысить ее доступность. Наличие центров совершенствовало систему логистики госпитализации пациентов из сельских территорий с последующим их направлением в стационары требуемого уровня или региональные реабилитационные центры.

Приоритетным направлением регионального здравоохранения является изучение и внедрение в практику работы лечебно-профилактических учреждений инновационных технологий. Наряду со специализированной медицинской помощью быстрыми темпами развивается высокотехнологичная медицинская помощь.

К числу передовых относятся сердечно-сосудистая хирургия, рентген-хирургия, колопроктология, хирургия печени и поджелудочной железы, травматология и ортопедия, нейрохирургия, акушерство и гинекология, неонатология, трансплантология.

Для оказания плановой и экстренной высокотехнологичной помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы профильным больным активно используются возможности сети сердечно-сосудистых центров. Проводятся мероприятия по ранней диагностике и профилактике злокачественных новообразований, которые позволяют не только обеспечить своевременное оказание медицинской помощи, но и снизить экономические затраты на лечение больных.

Особое место в региональной системе здравоохранения занимает служба материнства и детства, приоритетом деятельности которой является поступательное развитие сети родовспомогательных учреждений, совершенствование акушерско-гинекологической, неонатологической и педиатрической помощи, внедрение современных технологий выхаживания и реабилитации недоношенных детей, развитие организационных технологий с маршрутизацией женщин и детей в тесной привязке к действующей сети медицинских организаций, создание эффективной системы медицинской реабилитации.

Объективная оценка показателей младенческой и детской смертности, инвалидности, заболеваемости определяет развитие современных профилактических методов и поиск новых эффективных организационных алгоритмов по обеспечению взаимодействия учреждений здравоохранения с этапа планирования беременности до родоразрешения, включая пренатальную диагностику, и оказанию специализированной высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению с акцентом на последующее поэтапное восстановительное лечение и реабилитацию.

Открытие на базе семи учреждений здравоохранения области межмуниципальных отделений по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным позволило оптимизировать маршрутизацию беременных женщин согласно степени риска родовспомогательных учреждений, снизить потребность в транспортировке детей в стационар третьей группы риска и, в свою очередь, уменьшить риск возникновения возможных осложнений.

Результатом развития службы детства является стабильная динамика показателей здоровья детского населения региона. Показатель младенческой смертности остается одним из лучших среди регионов Центрального федерального округа и составляет 7,0 на 1000 родившихся живыми (РФ – 8,6). Сокращается детская инвалидность, растет число детей I и II групп здоровья.

В ближайшей перспективе, учитывая актуальность эффективного функционирования учреждений родовспоможения преимущественно в составе многопрофильных больниц, запланировано строительство перинатального центра в составе одной из городских больниц областного центра за счет субсидии из бюджета федерального Фонда ОМС в размере более 1 млрд рублей. Введение в эксплуатацию перинатального центра с учетом современных требований позволит создать единую медицинскую организацию, в состав которой войдут многопрофильная больница, детская больница и перинатальный центр, что позволит оказывать медицинскую помощь женщинам и детям на новом организационном уровне.

Интеграция инновационных технологий в систему здравоохранения региона осуществляется путем оснащения отрасли современным медицинским оборудованием, построения эффективного процесса коммуникации и трансформации качественного состава кадров.

В рамках реализации региональной Программы модернизации здравоохранения Белгородской области на 2011–2013 годы в области проведен капитальный ремонт 33 объектов, приобретено медицинское оборудование для 52 учреждений здравоохранения на сумму свыше 1,2 млрд рублей, произведена установка системы ГЛОНАСС на автомобилях скорой медицинской помощи.

С целью повышения эффективности процесса коммуникации между специалистами отрасли и жителями области проведена работа по информатизации.

Созданы и внедрены информационные системы электронного документооборота, управления медицинскими кадрами и административно-хозяйственной деятельностью, портал здравоохранения с централизацией ведения сайтов учреждений, система видео-конференц-связи с возможностью проведения удаленных телемедицинских консультаций медицинских учреждений с применением телекоммуникационных технологий и использованием передачи различной информации файлами.

Интегрирование медицинской информационной системы в практику учреждений здравоохранения позволяет автоматизировать запись на прием к врачу, включая узких специалистов, в электронном виде, диагностические исследования и госпитализацию, мониторинг сроков ожидания плановой медицинской помощи, повысить эффективность организации персонифицированного учета оказанных медицинских услуг с возможностью ведения электронной медицинской карты пациента, совершенствовать централизованный учет лекарственных средств от подачи заявки до использования по назначению, а также обеспечить ведение паспорта медицинского учреждения и регистра медицинской техники.

Кадровая составляющая

Обеспечение отрасли здравоохранения кадрами – одна из важнейших задач, стоящих перед региональным здравоохранением, поскольку инновационное развитие невозможно без параллельной, даже опережающей подготовки квалифицированных специалистов – носителей технологий.

Сегодня в отрасли работают 5417 врачей, в том числе 2547 – с квалификационной категорией, 5236 – с сертификатом специалиста, и 16 088 человек среднего медицинского персонала, из них 9190 – с квалификационной категорией и 14 993 – с сертификатом специалиста. Кадровый научный потенциал региона представлен 18 докторами медицинских наук, 177 кандидатами медицинских наук. 110 медицинских работников удостоены почетного звания «заслуженный врач РФ», 17 – «заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации», 324 работника учреждений здравоохранения области награждены знаком «Отличник здравоохранения».

С целью обеспечения лечебных учреждений квалифицированными кадрами в области проводится целевая подготовка врачей на базе НИУ «Белгородский государственный университет» с приоритетом для работы в сельской местности, а также на базах Курского государственного медицинского университета, Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко, Российского государственного медицинского университета.

Решению проблемы с обеспечением врачебными кадрами сельских территорий способствует реализация областных программ и проектов, направленных на развитие села и сельского здравоохранения. 90 молодых врачей стали участниками проекта «Земский доктор», в рамках которого предусмотрены компенсационные выплаты по 1 млн рублей из средств федерального и 100 тысяч рублей из областного бюджетов. Таким образом, мы получили квалифицированных специалистов, готовых в ближайшие 5 лет к работе в сельских ЛПУ.

С целью обеспечения профессионального развития кадров ежегодно за счет областного бюджета реализуется план последипломного обучения работников учреждений здравоохранения, что позволяет в течение 5 лет охватить обучением 100% работающих.

В качестве одного из инструментов решения кадровой проблемы используются меры по повышению заработной платы медицинских работников. Как результат в 2013 году средняя заработная плата увеличилась у всех категорий медицинских работников региона: врачей – на 16,2% и составила 27 тысяч рублей, среднего медицинского персонала – на 17,7% и приблизилась к 16 тысячам рублей, младшего медицинского персонала – на 15,8% и составила около 10 тысяч рублей. Это позволило достичь целевых значений «дорожной карты», установленных на 2013 год. В перспективе планируется увеличение соотношения заработной платы врача к средней заработной плате по области к 2018 году до 200%, или 74 066 рублей.

Стратегически важные направления

С помощью эффективных механизмов проектного управления в системе регионального здравоохранения реализуется портфель проектов, стратегической целью которых в конечном счете является улучшение состояния здоровья населения. В их числе крупные инвестиционные проекты по созданию двух диализных центров с общим объемом инвестиций в 411 млн рублей, строительство онкорадиологического комплекса на базе Белгородского областного онкологического диспансера с бюджетом проекта 1,2 млрд рублей. Выход на новый уровень оказания помощи детям обеспечит реализация проекта по модернизации детской областной больницы. На решение задачи по дальнейшему снижению смертности населения направлены проекты по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим при ДТП, модернизации системы догоспитальной диагностики на уровне первичного звена, организации онкологического обследования населения. Реализуются проекты по внедрению в практику медицинских учреждений области бактериофаговых препаратов, развитию профилактической составляющей в деятельности трудовых коллективов предприятий и организаций.

Дальнейшее развитие региональной системы здравоохранения в единой цепочке целевых ориентиров Правительства России предусматривает акцент на приоритетах в повышении доступности медицинской помощи, внедрении прозрачных механизмов контроля, обеспечении эффективности использования ресурсов, применении оптимальных управленческих технологий, позволяющих улучшить качество жизни и здоровья граждан Белгородской области.

Мой ответ на запрос текущей ситуации – многопрофильность

Директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова», академик РАН, председатель правления Российского кардиологического общества, главный кардиолог Санкт-Петербурга, профессор
Евгений Шляхто

Ольга Островская

Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова

Летом прошлого года попечительский совет Центра им. В.А. Алмазова, который возглавляет Валентина Матвиенко, принял решение о создании на базе центра научно-образовательного медицинского кластера «Трансляционная медицина». Практически в это же время Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии меняет свое название на ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова».

На февральском научном собрании Северо-Западного отделения РАН руководитель Центра им. В.А. Алмазова в своем докладе, посвященном будущему российской науки, был весьма категоричен, заявив, что в жестких экономических условиях «выживет сильнейший». Возможно, именно многопрофильность учреждения – вариант выживания «по рецепту» Шляхто?

Почти 30 лет назад вы возглавили НИИ кардиологии – теперь в названии этого же учреждения нет каких-либо ограничений в медицинской специализации: сегодня Центр им. В.А. Алмазова – многопрофильное учреждение.

Действительно, НИИ кардиологии был монопрофильным учреждением. Но по мере того как мы сталкивались с все более сложными пациентами («легкие» ведь на лечение в НИИ не направлялись), мы понимали, что один кардиолог часто не в состоянии помочь больному, у которого было много сопутствующей патологии, и в первую очередь диабет. Было очевидно, что нужны мультидисциплинарные команды врачей. И сегодня у нас только по высокотехнологичной медицинской помощи 23 профиля.

Больному все равно, где лечиться. Главное для него – получить помощь в полном объеме и высокого качества, а если она оказана еще и в одном месте, где есть этапность лечения и преемственность между врачами разных специальностей, то это вообще замечательно! Получается, что многопрофильность – ответ на запрос текущей ситуации.

Пример успешности этой программы – наш перинатальный центр, где мы оказываем помощь и мамам с серьезными проблемами здоровья, и новорожденным, которые, родившись у нас, могут в любое время обращаться к нашим же специалистам за помощью. В стране есть проблемы с рождаемостью, и 97% пациенток поступают к нам с осложнениями. Этим женщинам раньше вообще бы не разрешили иметь ребенка! Сейчас они сразу встают на учет и наблюдаются. Наш перинатальный центр радикально изменил отношение к проблеме беременных женщин с патологией – как среди работающих здесь, так и в стране в целом. Ситуация-то кардинально поменялась. Но мы были первыми.

К сожалению, часто проблемы здоровья у беременных связаны не только с сердечной патологией: все чаще мы сталкиваемся с развитием во время беременности злокачественных опухолей. В этой ситуации важно спасти женщину, не навредив при этом ее ребенку. Каждый такой случай – отдельная история: либо сначала проводится операция, а потом родоразрешение, либо оказывается помощь женщине, она донашивает малыша, а лишь затем удаляется опухоль и назначается химиотерапия.

Важно, что все происходит в одном месте и за одну государственную квоту. Не нужно отдельно финансировать каждый этап оказания помощи и не надо больного «мотать» по разным учреждениям. Я убежден, что пациент после операции должен проходить в том же учреждении и этап госпитальной реабилитации. Мы в центре это сделали и показали возможность экономии на каждом больном до 25% средств. Еще нужен санаторный этап реабилитации, чтобы часть больных мы могли бы прямо из стационара переводить в санаторий. Правда, это пока моя мечта – нужны инвестиции на строительство.

Но когда я, выступая перед учеными Петербурга, сказал, что выживет сегодня сильнейший, я имел в виду прежде всего науку. Наша клиника имеет высокий международный уровень. 20 тысяч пациентов ежегодно проходят лечение в нашем центре, каждый год мы делаем около 3 тысяч открытых операций на сердце, более 2 тысяч стентирований, 2 тысячи операций при нарушениях ритма, десятки трансплантаций. Мы установили два уникальных роботизированных комплекса: один – знаменитый «Да Винчи», второй – по лечению нарушений ритма сердца.

За последние десять лет в систему отечественного здравоохранения были инвестированы гигантские деньги. Я недавно был в крупнейшем европейском кардиологическом госпитале, и поверьте, по оснащению он проигрывает в сравнении с нашими новыми центрами. Скажем, с открытым недавно в Калининграде. И он не единственный – таких в стране теперь десятки. При этом показатели лечения у наших врачей тоже ничуть не хуже, чем у европейских или американских коллег. Практически в любом центре: в Астрахани, в Пензе, в Красноярске – везде работают высокие профессионалы.

Наверное, надо определить, сколько в стране нужно таких центров, и четко представлять уровень их компетенции и их возможности – материальные и кадровые. Есть уровень вмешательств, которые должны делаться в регионе, но, допустим, всех детей из того же Архангельска мы оперируем у себя. У нас почти не бывает простых больных: 90% наших пациентов страдают тяжелейшими сопутствующими патологиями. Им требуются такие вмешательства, которые не могут провести на местах. Например, в Северо-Западном федеральном округе сложнейшие операции на аорте делаем только мы.

К сожалению, российская наука такими же достижениями, как в клинике, похвастаться не может…

У нас нет ученых?

Ученые-то есть, только их в мире мало знают. В стране явно недостаточно совместных с ведущими мировыми учеными проектов, нет английских версий журналов с высоким импакт-фактором. У «Российского кардиологического журнала», когда я возглавил РКО, показатель цитирования равнялся 0,02, сейчас он – за два года – вырос в 25 раз, но 0,51 – это тоже несерьезно.

Когда мы приняли в прошлом году решение о создании на базе центра научно-образовательного медицинского кластера, мы думали как раз о том, что для конкретных потребностей практического здравоохранения в новых лечебно-диагностических технологиях или эффективных лечебных препаратах, для выполнения фундаментальных медико-биологических научных исследований нужна почва.

Инфраструктура для выполнения этих задач в высокотехнологичном медицинском центре есть: есть кадровый потенциал, специализированный коечный фонд, современная диагностическая аппаратура. Для инфраструктуры, позволяющей проводить доклинические и клинические исследования новых продуктов, мы в этом году планируем открыть Центр экспериментальной медицины. Необходимо быстро внедрять научные результаты в широкую медицинскую практику. Собственно для этого и придумана в мире так называемая трансляционная медицина.

Тормозом на этом пути мне видится даже не столько низкое финансирование науки, сколько явно неидеальное последипломное медицинское образование. Подготовка кадров уже давно моя главная головная боль.

Возможно, именно отсутствие денег в науке делает ее непривлекательной для молодых? Молодежь сегодня прагматична…

Конечно, нехватка средств очевидна. Сегодня у нас наука – грантовая и бюджетная. Внебюджетного финансирования, участия бюджета почти нет. Но во всем мире львиная часть средств на науку выделяется как раз из бюджета. Если в 2015-м году нас всех переведут на одноканальное финансирование через систему ОМС, то для центра, где идут серьезные научные исследования, где клиники – это необходимое условие выполнения трансляционных исследований, могут наступить не лучшие времена. Ведь в тарифах по ОМС не будет предусмотрена оплата инфраструктуры учреждения: лабораторных корпусов, оборудования для научных исследований, вивария с животными…

> Важно, что все происходит в одном месте и за одну государственную квоту: не нужно отдельно финансировать каждый этап оказания помощи

Но совершенно точно могу сказать, что участие федеральных клиник в системе ОМС – это стопроцентная гарантия высокого качества помощи и страхования своего пациента: если при лечении, например, острого коронарного синдрома случится осложнение, то сотрудники центра сделают все, чтобы спасти больного. А что будет в клинике маленькой и частной? Которая заявила, что у них «тоже есть ангиограф» и они хотят оказывать помощь при остром коронарном синдроме? При возникновении осложнения или случая, который им кажется сложным, они советуют больному обратиться в… Центр Алмазова.

Так, может быть, не стоит размазывать масло тонким слоем по всем «сестрам»? Лучше решить, что нам сегодня нужнее и где помощь оказывается эффективнее. А эффективнее она будет прежде всего там, где как раз и есть наука! И если обучение в лечебном учреждении станет обязательной составной частью его деятельности, то это будет уже совершенно другая ситуация.

У нас в Алмазовском шесть институтов и почти 4 тысячи сотрудников. В нашем симуляционном центре, на оборудование которого мы потратили около 40 млн рублей, каждый год учатся сотни курсантов: прием родов, проблемы новорожденных, реанимация, детские болезни... Каждый симулятор – сложнейшее устройство, фактически робот, где моделируются разные ситуации. Конечно, это дополнительная работа для наших научных сотрудников, но им интересно, и тогда приходится искать внебюджетные средства, чтобы компенсировать их труд. Сегодня это уже стало госзаданием, поскольку в прошлом году мы открыли институт послевузовского образования и профильные кафедры.

Хочется создать научно-клинический образовательный кластер, который будет работать по всем законам трансляционной медицины, то есть мы будем создавать знания, технологии и быстро транслировать их в практику. А это уже не только клиника, наука, это еще и опытное производство: клинические исследования на животных, биобанки, центры трансфера технологий и биоинформатики. Трансляционная медицина – это другое мировоззрение.

Не только многопрофильность – ответ на вызов времени, но и интеграция, в первую очередь, для науки. Мы должны быть конкурентоспособными, в конце концов. Я с грустью смотрю, когда открывается большое количество маленьких кафедр: шесть-

восемь человек – вот уже и кафедра. Да, они могут заниматься хорошим образованием, но если говорить об участии маленьких подразделений в научных исследованиях, то это уже сложнее. Я сторонник крупных конкурентоспособных подразделений, где образование базируется на серьезной научной основе. Идея, родившаяся на том собрании Северо-Западного отделения РАН, о создании научно-образовательного кластера Петербурга мне очень по душе.

Но не звучит ли двусмысленно в медицине слово «конкуренция»: все еще малы объемы оказания высокотехнологичной помощи россиянам, очереди на ее получение длятся месяцами?

Для меня совершенно очевидно, что из российских федеральных центров «выживут» не все: останутся лучшие из них. Дело ведь не в количестве медицинских услуг, а в их качестве. И движение сегодня идет в правильном направлении – главное, с какой скоростью.

Вот все переживают по поводу реформы РАН. Но ведь о необходимости реформы раньше не говорил разве что совсем ленивый. Что сегодня не устраивает в проводимой реформе? Что у нас, ученых, забрали несвойственные нам функции? Но подобное разделение уже отчасти реализовано в системе Минздрава, многие отделы которого помогают нам исполнять наши хозяйственные функции. И это правильно: нам лучше тратить свои силы и время на науку и клинику…

Очереди у нас сегодня на госпитализацию – полтора-два месяца, но этого времени как раз хватает, чтобы планово оформить необходимые документы. Около 60% наших пациентов – из Санкт-Петербурга, в перинатальном центре – 40%. Остальные – из всех уголков страны.

Недавно мы сделали открытие: поток к нам в ординатуру по кардиохирургии снизился! Это значит, что потребность в кардиохирургах для взрослых пациентов практически удовлетворена! Сегодня не хватает только детских кардиологов и реаниматологов.

Да не шутите так, пожалуйста. Все знают, что у нас их очень мало…

Для нас это тоже было откровением, но факт налицо: молодежь видит, что кардиохирургу сегодня трудно найти работу, и очевидно, что количественно хирургов не надо наращивать: их и так достаточно сегодня в операционной… Нужно увеличивать их качество, их активность. Не может хирург делать сто операций в год – он должен делать триста операций. Условия для этого есть, нужны деньги и правильная организация.

Я скажу крамольную мысль, но, с моей точки зрения, будущее в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями вовсе не в стремительном увеличении числа операций. В мире давно доказано, что в них нуждается ограниченное число людей, а эффективность хорошей медикаментозной терапии ровно такая же, как и операционного вмешательства. Только при остром коронарном синдроме нужно оперативно действовать, если же больной – «хронический», его нужно протестировать, сделать ему стресс-эхо, УЗИ и понять, надо ли оперировать человека или ему будет достаточно современной лекарственной терапии. И даже если вы сделаете операцию, но не будете грамотно вести пациента потом, используя опять же оптимальную лекарственную терапию и программу реабилитации, считайте, вы зря выбросили деньги. Правда, проблемой реабилитации, выхаживания пациента пока мы занимаемся мало. На мой взгляд, реабилитационные методы лечения также должны в полной мере финансироваться из ОМС. Равно как и ведение тяжелого больного на дому – с использованием всех возможностей информационных технологий и телемедицины.

Реально ли сохранить достигнутое в клинике при полном переходе на одноканальное финансирование?

Думаю, вполне реально. Надо только не просто «отдать в ОМС», а проследить, куда же ушли деньги. Посмотреть, что сколько стоит, и оптимизировать расходы. Например, сегодня стентирование – даже установка двух стентов – и АКШ стоят одинаково, что явно неправильно. Сегодня обсуждается возможность отдельного финансирования эксклюзивных технологий, что позволит поддержать клиники научных федеральных центров.

Прислушаются ли чиновники к голосу специалистов?

Смотря каким будет этот голос. Вообще, специалисты, их профессиональные объединения – главная сила в мире. И у России сегодня есть законодательная база для реализации широких возможностей профессиональных общественных организаций. Последние постановления Минздрава в этой области, подписанное в Национальной медицинской палате соглашение переводят ситуацию уже в плоскость практических решений. А для меня, как для президента Российского кардиологического общества, это не бизнес-проект: мне было важно, чтобы российские кардиологи были достойно представлены и внутри страны, и за рубежом. Пока у нас только 5 тысяч членов, но все еще впереди. И я верю, что вскоре мы сможем принимать рекомендации по лечению тех или иных заболеваний, базирующиеся как на международном, так и на собственном, российском, опыте.

Эффективность и организация – вот, пожалуй, самые важные задачи для современной российской медицины. А для их решения могут пригодиться слова Вольтера: «Видеть и делать новое – очень большое удовольствие».

197341, г. Санкт-Петербург,
ул. Аккуратова, д. 2 – клинико-поликлинический комплекс
194156, г. Санкт-Петербург,
пр. Пархоменко, д. 15 – лечебно-реабилитационный комплекс
Тел.: +7 (812) 702-37-06
E-mail: fmrc@almazovcentre.ru
Сайт: http://www.almazovcentre.ru/

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:
ЭКСПОЦЕНТР
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ВЫСТАВКИ И КОНГРЕССЫ
МОСКВА

При поддержке:
- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии медицинских наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Представительства Всемирной организации здравоохранения в 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, экспоцентр.рф

12+

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи стало доступно жителям регионов России

Ввод в эксплуатацию новых центров позволил приблизить и сделать более доступной высокотехнологичную травматолого-ортопедическую помощь жителям регионов России

Главный врач ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Смоленск), кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории
Анатолий Овсянкин

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых, сложных и (или) уникальных, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники. Использование высокотехнологичных методов лечения позволяет существенно улучшить состояние здоровья и качество жизни пациента.

Повышение доступности и качества высокотехнологичной медицинской помощи является одним из основных приоритетных направлений государственной политики в сфере здравоохранения. Немаловажная роль в реализации этой задачи принадлежит новым федеральным центрам высоких медицинских технологий, на что в своем Послании Федеральному собранию 12 декабря 2013 года обратил внимание Президент Российской Федерации В.В. Путин: «За последние годы мы создали целую сеть федеральных центров, поддерживали те, которые находятся в столичных городах, но и создали новую федеральную сеть таких центров, способных оказывать медицинскую помощь на самом передовом уровне. Нам нужно сохранять и развивать их потенциал. При этом услуги таких центров должны быть доступны не только для жителей городов, где они расположены, но и для граждан из других регионов. Необходимые для этого финансовые источники должны быть предусмотрены... Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи за три года должны быть увеличены по сравнению с 2013 годом как минимум в полтора раза».

Существенный вклад новых федеральных медицинских центров в развитие высокотехнологичных видов помощи подчеркнула в своем выступлении 20 декабря 2013 года на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, отметив, что доля новых центров в общем объеме оказания высокотехнологичной медицинской помощи достигла 16%, а за период с 2008 по 2013 год в них было выполнено 135 618 оперативных вмешательств.

Несмотря на значительное увеличение объема высокотехнологичной медицинской помощи, потребность в ней, по оценке Министерства здравоохранения Российской Федерации, составляет около 1 млн случаев в год. При этом профиль травматологии и ортопедии является одним из самых востребованных в листе ожидания пациентов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Только потребность в эндопротезировании суставов, по некоторым оценкам, достигает 300 тысяч в год.

Приблизить и сделать более доступной высокотехнологичную травматолого-ортопедическую помощь жителям регионов России позволил ввод в строй новых федеральных центров в Чебоксарах, Смоленске и Барнауле. В результате сейчас каждая пятая

высокотехнологичная операция при патологиях опорно-двигательного аппарата выполняется в этих трех учреждениях.

Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Смоленске был введен в эксплуатацию в 2012 году. Плановая мощность центра – 5000–6000 операций в год. Центр рассчитан на 165 коек, включая три отделения травматологии и ортопедии для взрослых на 150 коек и одно отделение травматологии и ортопедии для детей на 15 коек. Консультативная поликлиника рассчитана на 140 посещений в смену. Имеются приемное отделение, операционный блок, отделение анестезиологии-реанимации, отделение лучевой диагностики, отделение лабораторной диагностики, отделение восстановительного лечения, централизованная стерилизационная.

Операционный блок включает в себя пять операционных залов, оснащенных самым современным оборудованием. Имеется передвижной рентгенологический комплекс, оборудование для малоинвазивных операций на суставах, интраоперационный микроскоп, мобильный перекладчик для пациентов. Предусмотрены воздушные шлюзы для разделения потоков движения, модульная система «чистых» помещений для операционных залов, система вертикальной ламинарной вентиляции воздуха.

Отделение анестезиологии-реанимации оснащено современным оборудованием для суточного мониторирования жизненных показателей. Непосредственно из операционного блока пациенты переводятся в палату пробуждения. Отделение имеет локальную информационную сеть с операционным блоком для передачи данных о пациенте.

В палатных отделениях пациенты размещаются в комфортабельных одно- и двухместных палатах, оборудованных встроенной медицинской мебелью и функциональными кроватями, холодильником, отдельным санузлом с душем, сейфом для личных вещей.

Для обследования пациентов используется современное диагностическое оборудование экспертного уровня ведущих мировых производителей. В отделении лучевой диагностики применяются такие методы диагностики, как денситометрия, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, рентгенография, ультразвуковые исследования. Лабораторные исследования проводятся в отделении лабораторной диагностики на автоматических анализаторах производительностью от 400 до 700 тестов в час.

Используемая в центре единая федеральная электронная информационно-аналитическая система мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи позволяет быстро проводить процедуру оформления больных, контролировать все этапы ее оказания, осуществлять взаимодействие с Министерством здравоохранения Российской Федерации и субъектами Российской Федерации, отслеживать статистические показатели, оценивать удовлетворенность потребителей медицинских услуг.

Для обеспечения выполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, качественного отбора больных с патологией опорно-двигательного аппарата осуществляется постоянное взаимодействие с органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения субъектов Российской Федерации в виде выездных консультаций специалистов, проведения на базе центра конференций, семинаров, проводится информирование населения через средства массовой информации. В 2013 году в центре состоялось выездное совещание Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором с участием руководителей и главных травматологов-ортопедов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, руководителей федеральных центров высоких медицинских технологий рассматривались вопросы повышения эффективности работы комиссий органов исполнительной власти при отборе и направлении больных для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по травматологии и ортопедии.

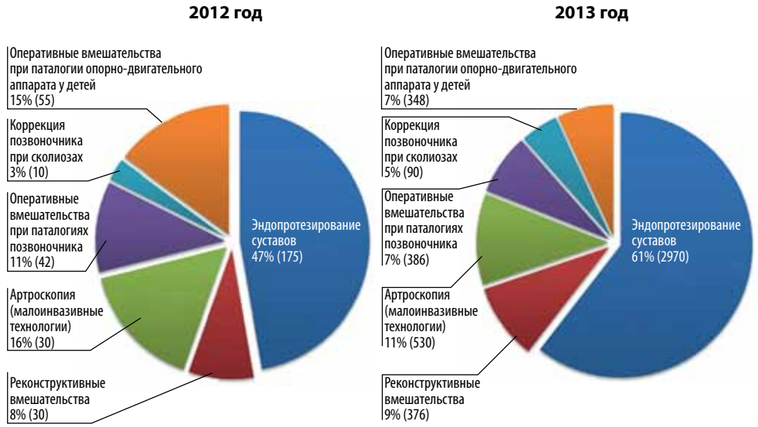
В результате в период с ноября 2012 года по настоящее время высокотехнологичная медицинская помощь в центре была оказана жителям 58 регионов страны. Доля пролеченных больных, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации, составила 55%.

Пациентам в центре оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В консультативной поликлинике центра оказывается специализированная медицинская помощь по травматологии и ортопедии, терапии, неврологии, акушерству и гинекологии, кардиологии, хирургии, функциональной диагностике, педиатрии, эндоскопии, урологии, эндокринологии.

Всего с ноября 2012 года по февраль 2014 года к врачам-специалистам консультативной поликлиники было выполнено 26 057 посещений, в том числе в 2012 году – 2897, в 2013 году – 18 466, в январе – феврале 2014 года – 4694. При этом третья часть оказанной помощи приходилась на первичную специализированную медико-санитарную помощь, оказанную врачами травматологами-ортопедами и врачом-неврологом в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В клинических отделениях центра пациентам оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь по профилю «травматология и ортопедия». С ноября 2012 года по февраль 2014 года выполнено 6218 операций, в том числе в 2012 году – 370, в 2013 году – 4901, в январе – феврале 2014 года – 947. Проводились такие хирургические вмешательства, как эндопротезирование суставов, артроскопические операции на суставах, операции при патологии позвоночника, лечение деформации и заболеваний верхних и нижних конечностей. Государственные задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи 2012 и 2013 годов выполнены в полном объеме. При этом доля оказанной высокотехнологичной медицинской помощи составила 96% при средней длительности пребывания больного на койке 9 дней.



Структура оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФГБУ «ФЦТОЭ» Минздрава России (г. Смоленск) в 2012–2013 годах

Интеграция в структуру центра отделения восстановительного лечения позволила улучшить результаты лечения за счет ранней послеоперационной реабилитации. С первых дней после операции начинается ранняя восстановительная терапия по индивидуальной программе с применением физиотерапевтических методов лечения, электромеханотерапевтических тренажеров, массажа. В феврале 2014 года состоялось открытие зала кинезиотерапии, оснащенного специальными лечебно-реабилитационными тренажерами, с помощью которых пациенты смогут восстановить трофику и обмен веществ костно-мышечной системы.

Неотъемлемой частью организации медицинской помощи в учреждении является проведение внутреннего контроля качества оказываемых медицинских услуг. Система контроля качества включает в себя оценку результатов, процессов и структуры оказания медицинской помощи на всех ее этапах по определенным критериям и осуществляется на уровне заведующих клиническими отделениями, заместителя главного врача по медицинской части, врачебной комиссии, а также с помощью анкетирования пациентов.

Для оптимизации лечебного процесса в центре внедрена госпитальная информационная система, охватывающая все этапы медицинской помощи, с ведением медицинской документации в электронном виде, что позволяет в оперативном режиме получать необходимую информацию о состоянии пациента, данных его лабораторных и инструментальных методов обследования, выполненных назначениях врачей.

Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью невозможно без квалифицированных медицинских кадров. В настоящее время в центре работают 73 врача. Это не только специалисты из Смоленска, но также врачи из ведущих клиник и институтов страны. Среди них 1 доктор медицинских наук, 8 кандидатов медицинских наук, 2 специалиста проводят научные исследования на соискание ученой степени доктора медицинских наук, 3 – на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Сотрудники центра имеют множество публикаций научных статей, рационализаторских предложений, патентов на изобретения. Квалификационную категорию имеют 77% врачей и 73% среднего медицинского персонала.

Использование высокотехнологичных медицинских технологий требует непрерывного профессионального образования медицинских работников. С начала функционирования центра более 60 профильных специалистов прошли подготовку на базе ведущих образовательных и научных центров России, Австрии, Германии, Франции, США, Великобритании, Китая, Швеции, Испании, Нидерландов, Польши, Финляндии, Израиля. Дистанционное консультирование, обучение, видеоконференции и мастер-классы с ведущими зарубежными и отечественными клиниками проводятся с использованием телемедицинских технологий.

До 2014 года финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи центра осуществлялось за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 года № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи» с 1 января 2014 года растиражированные виды высокотехнологичной медицинской помощи вошли в систему финансирования обязательного медицинского страхования. В дальнейшем планируется расширение перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования. В результате пациенты смогут получать все больше самых лучших и дорогостоящих медицинских технологий по полису обязательного медицинского страхования, а участники системы обязательного медицинского страхования за счет постепенности процесса «погружения» высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования отработают механизмы взаимодействия, сохранив при этом качество и доступность высокотехнологичной медицинской помощи.

214031, г. Смоленск,
пр-т Строителей, д. 29
Тел.: +7 (4812) 70-10-01
Факс: (+74812) 70-10-02
E-mail: contacts@orthosmolensk.ru
Сайт: http://www.orthosmolensk.ru/

Мобильные комплекты средств спасения, эвакуации и оказания экстренной медицинской помощи.

Для автомобильного и гусеничного транспорта "Скорой помощи" (более 50 моделей)

Тележки-каталки

Приемные устройства

Носилки

Для морских и речных пласредств (более 20 моделей)

Носилки (НПС, НППС и др.) с возможностью присоединения плавающего понтона

Приемные устройства

Кресельные носилки трансформирующиеся (опция-лыжи)

Для авиатранспорта спасательно-эвакуационного и пассажирского (более 30 моделей)

- Бортовые:

Мобильный медицинский модуль

Кресельные носилки трансформирующиеся, устанавливаются на место пассажирского кресла (положения "сидя", "лёжа", "полулёжа")

Носилки продольно- и поперечноскладные

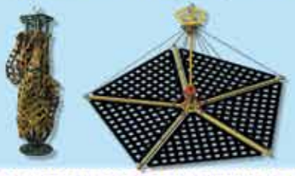
- Подвесные одиночные:

Носилки лотковые

Носилки "Волокуша"

Носилки поперечноскладные

- Десантно-эвакуационные групповые (5-10 чел.) платформы:


Платформа на внешней подвеске под вертолетом, для десантирования и эвакуации, где посадка вертолёта невозможна

Для комплексов эвакуации космонавтов с мест приземления (3 модели)

Приемное устройство с наклоном и элеватором

Носилки кресельные, эвакуационные с места приземления

Для различных учреждений

Резервные комплекты средств спасения и оказания доврачебной помощи.
Для служб ГИБДД, передвижных медицинских центров, вокзалов всех типов транспорта, зрелищных учреждений с массовыми скоплениями людей, а также многоместных транспортных средств.
(Комплект КСС >10 наименований на 15-20 человек)

WWW.mikromontazh.ru

ООО Научно-производственное предприятие
МИКРОМОНТАЖ

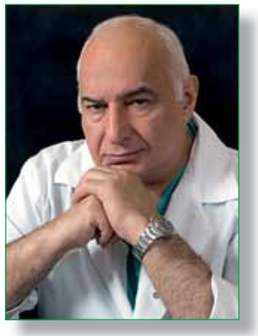
E-mail: mmonta@kis.ru

603136, г. Н.Новгород, а/я 58, ☎(831)437-13-44, 437-13-45, 277-97-49

«Хромая на обе ноги»

Создание реальной и эффективной службы помощи онкологическим больным является главной задачей профессионального сообщества

Директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, председатель Ассоциации онкологов России, главный специалист-онколог Минздрава РФ, академик РАН и РАМН
Михаил Давыдов



Неужели все у нас настолько плохо?

Специалисты – особенно в городах-миллионниках – в России есть. У нас есть отличные хирурги, которые практически ни в чем не уступают западным коллегам, а иногда и превосходят их. В стране есть отдельные вполне неплохие медицинские учреждения, где рак, правда, лечат каждый в силу своих знаний и понимания процесса, поскольку единых стандартов пока не принято.

Но когда я говорю, что в России нет онкологической службы, то имею в виду отсутствие четко выстроенной системы онкологической помощи россиянам, где была бы жесткая субординация между организациями и понятное разделение полномочий между федеральными учреждениями и региональными. У нас сегодня нет преемственности в оказании онкологической помощи, а региональные структуры подчас исходят из неких своих интересов, игнорируя рекомендации ведущих учреждений страны.

Для меня сегодня основной вопрос – создание системной вертикали управления специализированной помощью, с едиными принципами и стандартами, с равно эффективными и хорошо оснащенными медицинскими учреждениями – независимо от того, в столице они находятся или где-то в Восточной Сибири. Нам нужно наладить контакт между учреждениями, обмен опытом, чтобы качество лечения в регионах было таким же высоким, как в лучших учреждениях Москвы и Петербурга.

Я понимаю, что создать жесткую систему, когда в стране все вялое, будет сложно, но над этим необходимо работать. Например, совершенно неясна сегодня роль наших крупных федеральных онкологических центров. Раньше они методически и научно курировали регионы, готовили для них кадры, участвовали в образовательном процессе. Сейчас же институты и научные центры ничем практически не отличаются от обычных областных больниц, которые получают такие же квоты и выполняют (часто – лишь на словах, правда) такие же операции. И что мы видим на практике? Приходит, скажем, житель Йошкар-Олы к онкологу за направлением на лечение в РОНЦ, а ему доктор говорит: зачем вам туда ехать – у нас тоже есть квоты на такие операции. Идет борьба за деньги, а больной часто всем «до лампочки». Конечно, это нагрузка для общества – тратить деньги на больного, да еще и старого человека.

Выходит, ранняя диагностика для людей – при отсутствии эффективной службы специализированной помощи – самая насущная проблема?

Это проблема номер один не столько для людей, сколько опять же для нас, онкологов: скрининговые программы никто, кроме нас, проводить не сможет. И мы планируем этим заниматься.

Но что же мешает их внедрять? Ведь успешных моделей скрининга в мире предостаточно – можно просто позаимствовать наиболее удачные?

Нам многое мешает внедрять скрининговые программы: и наш менталитет, и наша неорганизованность, и низкое финансирование, и плохая кадровая подготовка на местах. Есть примеры, когда больного по полгода лечат в многопрофильной больнице с диагнозом «гастрит» или «геморрой», а когда вдруг посмотрят на него повнимательнее, оказывается, у человека уже тотальный рак. 95% всех наших проблем в онкологии – это как раз плохая организация комплексного лечения и сопровождения пациента от первого дня до последнего.

Поэтому американцы рапортуют о 98 процентах выздоровления женщин при раке груди, а по нашей статистике – 60 процентов выздоравливают, и то мне кажется, что это лукавые цифры. У нас другая степень запущенности заболевания, да и время от постановки диагноза до начала адекватного лечения тоже сильно разнится.

А технологий раннего выявления, конечно, достаточно – и не только западных, но и наших. Другое дело, что рядом с нами должны стоять и другие специалисты – тут без государственной поддержки не обойтись. Возьмем опять пример из американской жизни: там при устройстве на работу, если вы курите, а ваш конкурент нет, наверняка возьмут его: некурящий здоровее по определению и к тому же не тратит времени на перекуры! Там все посчитали и поняли, что поддерживать здоровый образ жизни государству выгодно.

Правда, в некоторых западных странах онкология сегодня выходит на первое место по заболеваемости – в Японии, например, это связано с большой продолжительностью жизни: средний возраст японцев – 87 лет. И у них – в силу разных причин – самая высокая заболеваемость раком желудка. Правда, японцы как раз «заточены» на его раннее выявление. Некоторое время назад к нам приезжал читать лекции видный японский хирург Кейшу Маруяма – выяснилось, что 85% всех его операций по поводу рака желудка выполняются на самых ранних стадиях. А у нас – практически все наоборот.

Можно ли при этом, когда причины развития онкологических заболеваний до конца не ясны, а ранняя диагностика тоже «хромает на обе ноги», говорить о профилактике рака?

При изучении причин развития опухоли пока, действительно, остается много вопросов. Доказано, что опухоль развивается в результате накопления определенных генетических мутаций, но что вызывает эти мутации? Наследственность? Инфекция? Образ жизни? Плохая экология? Свою роль в этом процессе играет и иммунная система человеческого организма. Поэтому, несомненно, надо разъяснять людям важность физической активности, правильного питания, умения уходить от ненужных стрессов.

В онкологии все намного сложнее, нежели, скажем, в кардиологии – и с точки зрения профилактики, и с позиции лечения. Когда берутся за борьбу с инфарктами и инсультами, то понятен порядок реализации этой борьбы: надо подготовить специалистов, дать им в руки ангиограф, с помощью которого изучается состояние сосудов, затем – стенты для расширения сужений сосудистого русла и собрать бригаду кардиохирургов, которые могут делать аортокоронарное шунтирование в сложных случаях. А в простых случаях – прописывать человеку определенную диету. Все – задача на 95% решена.

В онкологии так не получится. Во-первых, это проблема от головы человека до

пят. Во-вторых, в лечении одного пациента задействовано много разных специалистов. А главное – половина моментов в диагностике опухоли, в прогнозах лечения вообще малоизвестна и находится на этапе изучения. Поэтому когда кто-то из «бойких» руководителей ставит задачу понизить смертность от онкологических заболеваний и уже через полгода рапортует о положительных результатах – это вызывает только смех.

Разве что сквозь слезы…

Вот именно. И слез будет еще больше, если вспомнить, что только 40% онкологических больных имеют сегодня морфологически подтвержденный диагноз: то есть мы понимаем, какая именно опухоль у него развивается. Причина? В стране отсутствует служба морфологов: поскольку специальность патологоанатомов не престижна, молодежь туда не идет, а в итоге многие онкологические учреждения сегодня не имеют собственных патологоанатомических отделений и все анализы отправляют в какое-нибудь областное бюро, где квалификация специалистов крайне неудовлетворительная.

Поэтому я, как главный онколог страны, считаю, что в России надо сконцентрироваться на тех задачах, которые мы сможем решить: это создание вертикали управления в онкологической службе и ранняя диагностика.

Возможно, не последнюю роль в ранней диагностике рака играет онконастороженность врачей первичного звена?

Откровенно говоря, я не понимаю, что такое «первичное звено»! В добрые советские времена любой человек мог прийти в поликлинику и получить специализированную консультацию – кардиолога, уролога, онколога. Сегодня вы имеете дело с неким врачом общей практики, который должен разобраться один во всем за те несколько минут, что ему отведены на прием пациента. К тому же ему необходимо для страховых компаний тома отчетов успеть написать. И поскольку времени у него нет, он вообще ни в чем не разбирается.

Сегодня в российской глубинке в незакрытых еще районных больницах редко встретишь хирурга или анестезиолога. Я недавно был в Кировской области: там на три района одна больничка – и без хирурга. А онкологов в стране еще меньше, и тех, что есть, надо учить и учить, как белых медведей.

Невеселая картина получается… Можно ли в этой ситуации говорить о доступности высокотехнологичных видов медпомощи?

Формально у нас доступно все: и квоты по ВМП, и лекарства любые в стране есть. Но различия в финансировании и в уровне медицинской помощи в разных регионах, в ее качестве – главная беда, для победы над которой я и считаю необходимым построение жесткой вертикали управления службой. Сегодня я, главный онколог страны, не могу сказать коллеге в регионе «ты неправильно лечишь пациента», потому что он мне ответит, что лечит так, как нравится его местному, региональному руководству. В результате мы сегодня завалены рецидивами рака, недолеченными в непрофильных учреждениях опухолями и вынуждены выполнять повторные операции, что гораздо тяжелее и для хирургов, и для больных.

А что касается квот на ВМП, то я с первого дня их появления выступал против подобной методики финансирования. Что такое квота? Это некий денежный сертификат на оплату неких медицинских услуг. Но что такое «высокотехнологическая помощь»? Это абсолютно порочный термин, потому что все, что мы делаем в онкологии, это специализированная помощь, и выделение ее в «высокотехнологичную» довольно условно. Многие сложнейшие виды операций в этот перечень почему-то не вошли. Кроме того, квота не закрывает всех потребностей по оплате услуг: она равна сегодня 109 тысячам рублей, а мы подчас тратим на пациента полтора миллиона.

Согласно решению Минздрава России с 1 января ряд видов помощи, имеющих статус ВМП, перешел в ранг специализированной (в том числе и онкология), и многие медучреждения этим крайне недовольны.

Какая разница, как назвать медицинскую помощь – высокотехнологичной или специализированной? Важно, чтобы эта помощь была качественной, эффективной и хорошо профинансированной.

Мне иногда кажется, что мы все играем в какую-то игру, сути которой многие не понимают. Сегодня все каналы финансирования: деньги ОМС, квоты, бюджет – разные источники, но из одного кармана; искусственное разделение – глупейшая модель! И на каждом «пересечении» деньги теряются, хотя каждый «канал» отдельно контролируется. Мы, например, по системе ОМС работаем с 22 страховыми компаниями – это 44 проверки в месяц. Мы грузовиками возим макулатуру с отчетами. А зачем они нас проверяют? Чтобы лучше организовать процесс лечения? Да чтобы снять с нас деньги: малейшая неточность в оформлении документов – результат-то лечения никого не интересует – и штраф. И получается, вы лечили больного за собственные средства.

Отменить квоты и все оплачивать через фонд ОМС тоже модель непонятная. Все же не придумано ничего умнее сметного финансирования, когда учреждение в начале года получало деньги из расчета его коечной мощности и объемов выполняемых работ. Имея смету, руководитель мог планировать какие-то мероприятия – по закупке оборудования, лекарственных средств. Сейчас все так запутанно, откровенно говоря. По-моему, пора заканчивать эту болтовню про одноканальное, многоканальное финансирование – оно должно быть адекватным. Все очень просто. А сегодня наш центр финансируется на треть от его потребностей.

В ситуации недофинансирования особенно остро стоит проблема доступности обезболивающих наркотических препаратов для паллиативных больных.

Мы катастрофически усложнили эту ситуацию, опять же – не продумав ничего стратегически. Подчас медучреждения просто не хотят брать наркотики, потому что условия хранения так ужесточены, что это настоящий «геморрой» для руководства учреждения. За тобой следит немыслимое количество контролирующих организаций, и многие ограничиваются закупкой обезболивающих препаратов среднего класса, что совершенно не решает проблемы. В итоге, если сравнить нас с той же Швейцарией – мы применяем в онкологии наркотические средства в 40 раз реже, чем они. Конечно, и знаний в области лекарственной терапии паллиативных больных нашим онкологам явно не хватает.

Почему-то у нас не получается сразу все сделать правильно – сначала надо «заварить» что-то бестолковое, а потом пытаться это исправить. Еще более усугубляя ситуацию.

Я двум предыдущим министрам здравоохранения писал проекты создания российской онкологической службы, но они проигнорировали мои идеи. Самое лучшее для них было – ничего не менять: есть и есть, плывет и плывет. Нынешний министр Вероника Скворцова – медик и понимает задачи, стоящие перед медициной.

Значит, не все столь пессимистично?

А кто говорит про пессимизм? Мы ясно представляем, где мы находимся, и готовы к решению сложных задач. Необходима срочная ревизия существующих региональных центров, клиник, раковых регистров, инфраструктуры всех профильных учреждений. Надо определить место федеральных институтов, призванных разрабатывать передовые технологии лечения. Словом, надо работать, и первостепенную роль в этом процессе должна сыграть Ассоциация онкологов России.

Возможности активного и раннего выявления злокачественных новообразований

Актуальность проблемы онкологической помощи населению в настоящее время определяется ее сложностью, масштабностью и социальной значимостью. Определение стратегии дальнейшего развития онкологической службы России, принципов ее реформирования на ближайшую перспективу невозможно без тщательного анализа состояния дел в службе за последние годы, определения основных проблем и нерешенных вопросов, нахождения резервов для улучшения ситуации

Директор ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России,
член-корр. РАМН, профессор
Андрей Каприн

Заместитель директора по научной работе, профессор
Валерий Старинский

Проблема эффективного управления онкологической службой, планирования ее развития приобретает все большую значимость в связи с необходимостью более эффективного использования ресурсов здравоохранения, неуклонным ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями. По данным государственной статистики, в Российской Федерации в 2012 году зарегистрирован 525 931 случай заболевания, что соответствует регистрации в среднем 1 случая заболевания в минуту. За последние 10 лет показатель заболеваемости на 100 000 населения увеличился на 16% (с 313,9 в 2001 году до 367,3 в 2012 году). Существенное увеличение доли населения в возрасте старше 40–60 лет, для которого риск выявления злокачественного новообразования резко увеличивается, приводит к еще большему количеству выявляемых ежегодно онкологических больных.

За последние 5 лет в России много сделано для решения проблем, связанных с ростом заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований, как в организационном, медицинском, техническом, образовательном плане, так и в информационно-просветительском аспекте. Мероприятия национального приоритетного проекта «Здоровье» и программы «Онкология» на период 2009–2015 годов, Программы модернизации здравоохранения были направлены на внедрение новых методов диагностики, лечения с материально-техническим обеспечением на современном уровне онкологических учреждений. Было уделено большое внимание обеспечению первичной сети здравоохранения оборудованием для раннего выявления злокачественных новообразований.

Комплекс мероприятий, проводимый в рамках реализуемых программ, привел к улучшению некоторых показателей:

- наметился разрыв между уровнями заболеваемости и смертности: в 2001 году отношение числа умерших к числу заболевших составляло 0,65%, в 2012 году – 0,56%;
- снизились показатели одногодичной летальности с 34,5% в 2001 году до 26,1% в 2012 году;
- повысилась выявляемость больных с визуальными локализациями опухолей в ранних стадиях заболевания: в 2001 году зарегистрировано 40,9% с I–II стадиями заболевания, в 2012 году – 46,6%;
- повысилась эффективность профилактических осмотров. В 2001 году было выявлено активно 9,9%, в 2012 году – 15,6% больных злокачественными новообразованиями;
- доля больных, состоявших на учете в онкологических учреждениях 5 лет и более с момента установления диагноза злокачественного новообразования, увеличилась с 49,3% в 2001 году до 51,1% в 2012 году;
- частота морфологического подтверждения диагноза выросла с 77,5% в 2001 году до 86,7% в 2012 году.

В то же время проблемами остаются:

- высокая частота выявления случаев злокачественных новообразований в поздних стадиях заболевания: в 2011 году в III и IV стадиях заболевания выявлено 42,7% больных;
- высокие показатели одногодичной летальности при раке пищевода (59,4%), трахеи, бронхов, легкого (52,4%), желудка (49,8%);
- все сложнее и дороже становится лечебный процесс в условиях постоянного роста цен на лекарственные препараты и оборудование, особенно при распространенных формах опухолей, причем результаты лечения этой категории больных улучшаются незначительно.

Эффективность противораковой борьбы в России и отдельных лечебно-профилактических учреждений в настоящее время оценивается на основе комплекса показателей, включающих частоту выявления больных в ранних стадиях заболевания, частоту морфологической верификации диагноза, сведения о больных, получивших специальное лечение, количество радикально выполненных лечебных мероприятий, оперативную активность, смертность при опухолях определенной локализации, одногодичную летальность и др.

Не отрицая важности этих показателей, необходимо отметить, что анализ выживаемости онкологических больных наряду с анализом потерянных лет жизни является интегральным показателем, позволяющим оценить результат деятельности онкологической службы и здравоохранения в целом. Пятилетняя выживаемость онкологических больных значительно зависит от стадии, в которой было выявлено злокачественное новообразование. Для ЗНО всех локализаций при I стадии этот показатель составляет у мужчин 77,1%, у женщин 84,9%, а при IV стадии, т.е. при наличии отдаленных метастазов опухоли, – у мужчин 8,3%, у женщин 11,7%. При злокачественных новообразованиях желудка этот показатель составляет при выявлении в I стадии у мужчин 69,3%, у женщин 75,5%, в IV стадии 5,1% для мужчин и 6,4% для женщин; при раке прямой кишки (визуально доступной для диагностики локализации) в

I стадии 71,9% у мужчин и 77,8% у женщин, а в IV стадии 8,9% и 11,1%, соответственно. При злокачественных новообразованиях молочной железы у женщин 87,7% составляет выживаемость при выявлении в I стадии и 19,3% в IV, при раке шейки матки в I стадии этот показатель составляет 86,7%, а в IV стадии 5,2%; при раке предстательной железы в I стадии 78,3%, в IV стадии 16,6%.

В соответствии с Указом Президента РФ В.В. Путина от 7 мая 2012 года № 598 Правительству России предписывается обеспечить к 2018 году снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 192,8 случаев на 100 тысяч населения. Решение этой задачи должно осуществляться комплексно, и в первую очередь мерами профилактики, организации активного выявления опухолей на стадии их раннего морфологического формирования. В плане целевого решения частных проблем онкопатологии на базе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена создан Национальный центр онкологии репродуктивных органов (маммология, гинекология, андрология). Цели создания центра – повышение качества оказания медицинской помощи при онкопатологии репродуктивных органов за счет внедрения в практику новейших технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, оказание организационно-методической помощи в активном, раннем выявлении онкопатологии репродуктивных органов. Конкретными задачами центра определены:

- совершенствование организационных форм оказания медицинской помощи женщинам и мужчинам с онкопатологией репродуктивных органов на основе междисциплинарной интеграции;
- оказание организационно-методической и практической помощи ЛПУ регионов по совершенствованию организации и повышению качества медицинской помощи больным заболеваниями репродуктивных органов;
- оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным с патологией репродуктивных органов;
- проведение анализа состояния технического и кадрового обеспечения службы, медицинской и экономической эффективности новых форм организации медицинской помощи больным с патологией репродуктивных органов с целью определения перспективной потребности;
- разработка новых форм и осуществление образовательной деятельности (дистанционное обучение, мастер-классы, референсные центры);
- участие в подготовке нормативной документации для предоставления в Минздрав.

Центром подготовлена Ведомственная целевая программа для Приморского края по развитию службы онкологии репродуктивных органов. Проводятся дни открытых дверей. Обследовано более 2500 больных. Внедряются эффективные комплексные и комбинированные лечебные программы, технологии реабилитации и восстановительного лечения.

В целом показатели активного выявления злокачественных новообразований в России неадекватны современным возможностям медицины и свидетельствуют о настоятельной необходимости проведения специальных скрининговых программ.

Вопросы диспансеризации и профилактических обследований всегда находились в центре внимания отечественного здравоохранения. В 2007 году был издан Указ президента РФ В.В. Путина от 9 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении концепции демографической политики РФ на период до 2025 года». В частности, была определена задача – сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний.

В Государственной программе развития здравоохранения до 2020 года первый и самый большой подраздел посвящен профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, особенно с участием первичного медико-санитарного звена. В настоящее время более 70% всей медицинской помощи оказывается именно в первичном звене здравоохранения.

Самый главный компонент профилактики, ведущий к выявлению патологий на ранних стадиях и, как следствие, к снижению смертности, – проведение всеобщей диспансеризации населения. На базе Закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» и приказа Минздрава России «О порядке диспансеризации и диспансерного наблюдения» в стране создана нормативно-правовая база диспансеризации. Диспансеризация (по определению Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ) представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Диспансеризация проходит в два этапа.

Онкологический компонент диспансеризации первого этапа:

- опрос;
- флюорография;
- маммография (для женщин 39 лет и старше);
- УЗИ органов брюшной полости (с возраста 39 лет и старше, 1 раз в 6 лет);
- исследования кала на скрытую кровь (с возраста 45 лет и старше);
- определение уровня ПСА (для мужчин с 50 лет);
- осмотр фельдшера/акушерки;
- цитологическое исследование мазка с шейки матки.

Цель первого этапа – раннее выявление признаков заболевания, а также факторов риска его возникновения. На основании результатов обследования участковый терапевт подбирает каждому пациенту индивидуальную программу оздоровления и корректировку факторов риска. Если требуется дальнейшее уточнение диагноза, пациент переходит на второй этап, где используются более сложные диагностические методы, консультации узких специалистов.

Онкологический компонент второго этапа диспансеризации (уточнение диагноза):

- эзофагогастродуоденоскопия (для граждан в возрасте старше 50 лет по результатам анкетирования или с отягощенной онкологической наследственностью);
- врач-хирург или уролог (для мужчин при впервые выявленном повышении ПСА и/или по результатам анкетирования);
- врач-хирург или колопроктолог (при положительном анализе на скрытую кровь);
- колоноскопия или ректороманоскопия (по назначению врача-хирурга или проктолога);
- врач акушер-гинеколог (при выявлении патологических изменений в мазке с шейки матки и/или маммографии).

После уточнения диагноза пациента участковый терапевт ставит больного на диспансерный учет, составляет индивидуальный план лечения и проводит динамическое наблюдение за эффективностью лечебных мер. Обязательный мониторинг предполагается в отношении пациентов с выявленными факторами риска: повышенным артериальным давлением или холестерином, избыточной массой тела, курящих.

В 2013 году, по данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (профессор С.А. Бойцов), прошли диспансерное обследование 20,5 млн человек. Отмечена частота выявления злокачественных новообразований 1,4 на 1000 обследованных. Работа и углубленный анализ проводимой диспансеризации продолжаются.

Профилактика и раннее выявление злокачественных новообразований должны стать стратегическим направлением в оздоровлении населения России, снижении преждевременной (предотвратимой) смертности, увеличении продолжительности жизни.

VII Форум «Движение против рака»: «регионализация здравоохранения» существенно снизит доступность онкологической помощи

Свыше 73% российских онкологов опасаются, что «регионализация здравоохранения» ухудшит состояние медицинской помощи и лекарственного обеспечения пациентов. Такие результаты были озвучены на пресс-конференции, которая прошла в Москве во Всемирный день борьбы против рака в рамках VII Форума «Движение против рака» и собрала ведущих российских и зарубежных онкологов, представителей профильных органов власти, общественных и пациентских организаций, лидеров фармацевтических объединений.

Ключевой темой пресс-конференции стала «регионализация здравоохранения», которая подразумевает сокращение федерального финансирования медицины за счет увеличения регионального, в то время как относительно благополучными в финансовом плане являются, по данным экспертов, лишь 17 субъектов РФ из 83. Поэтому регионализация грозит россиянам, страдающим онкологическими заболеваниями, «дискриминацией» по месту проживания. Дефицит бюджета на онкопомощь наблюдается в подавляющем большинстве субъектов страны, а в некоторых регионах разрыв между фактическим и необходимым финансированием лечения является 10-кратным.

«Многие регионы не имеют возможности изыскать источники финансирования расходов на закупку необходимых препаратов и лечение тяжелобольных людей. Отказ в своевременном предоставлении лекарственных препаратов на бесплатной или льготной основе, особенно дорогостоящих, ведет к прогрессированию заболеваний и вынужденному росту затрат на лечение, к досрочной утрате трудоспособности, а порой и к безвременной гибели больных», – говорится в обращении участников VII Форума «Движение против рака» к президенту России Владимиру Путину.

Возможность для каждого региона иметь собственный список бесплатных или льготных препаратов лишает многих россиян равных прав на лекарственное обеспечение. Так, например, раздел федерального Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы» включает более 80 наименований, в то время как аналогичный перечень в рамках Территориальной программы госгарантий Красноярского края на 2014 год содержит лишь 15 наименований. Даже в относительно благополучных Москве и Санкт-Петербурге онкологические пациенты далеко не всегда обеспечены необходимыми препаратами. Адекватную лекарственную терапию получают не более 50–60% пациентов со злокачественными опухолями в Петербурге – это признают свыше половины опрошенных онкологов Северной столицы. А более трети москвичей и 40% жителей Московской области считают, что им недоступен или малодоступен гарантированный объем бесплатной медпомощи.

Эксперты подчеркивают: главные проблемы российского здравоохранения – вовсе не в отсутствии высококвалифицированных врачей, оборудования или передовых методов лечения, за которыми многие пациенты уезжают за границу, а в недостаточном финансировании и управленческих решениях.

Эту позицию разделяет и исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь», заместитель председателя правления Ассоциации онкологов России Дмитрий Борисов: «Сегодня диагноз «рак» – это не приговор. При выявлении его на ранней стадии, своевременном применении передовых технологий и программ лечения, которыми владеют российские специалисты, это заболевание можно победить».

Однако для выздоровления и поддержания качества жизни онкологическим больным необходимо постоянно принимать дорогостоящие лекарственные препараты. Регионализация здравоохранения чревата не только возникновением дефицита бесплатных и льготных фармацевтических средств, но и повышением цен на эти жизненно важные лекарства.

ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА

Говоря о том, как скажется новая бюджетная политика на раковых пациентах, организаторы VII Форума «Движение против рака» высказали опасение, что онкологическая ситуация в стране может значительно ухудшиться. «Сокращение доли ВВП на здравоохранение в России до 2,8% к 2020 году – это катастрофически мало в сравнении с развитыми западноевропейскими странами и членами «Большой восьмерки».

«В планы экономического блока правительства входит сокращение финансирования государственной программы развития здравоохранения в части подраздела «Специализированная медицинская помощь», к которой относится и онкология, с 161 млрд рублей в 2013 году до 72,7 млрд к 2015-му. При таких обстоятельствах выполнить обязательства по сохранению здоровья нации и увеличению продолжительности и качества жизни в стране невозможно. Под угрозой те целевые показатели, которые были поставлены президентом в отношении социально-демографической политики государства», – выражает обеспокоенность председатель исполнительного комитета МОД «Движение против рака», член совета общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения РФ Николай Дронов.

Участники мероприятия видят решение сложившейся ситуации в усилении государственных мер по повышению доступности диагностики и лечения онкологических заболеваний, увеличению финансирования российского здравоохранения как в абсолютном выражении, так и в процентах к ВВП, а также в финансировании лечения онкобольных на всех этапах – от ранней диагностики до паллиативной терапии – на федеральном уровне с включением эффективных механизмов государственно-частного партнерства. Данные предложения эксперты обозначили в своем обращении к президенту России Владимиру Путину.

Получить более подробную информацию вы можете в пресс-центре НП «Равное право на жизнь» у Анастасии Козловой, akoz@ag-loyalty.com, тел.: +7 (916) 545-78-55, +7 (499) 788-92-12.

Опыт, создающий результат

Главный врач ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», г. Иркутск, главный специалист-эксперт онколог Министерства здравоохранения Иркутской области
Виктория Дворниченко

Виктория Владимировна, вошла ли Иркутская область в Национальную онкологическую программу?

В 2013 году государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер» города Иркутска вошло в Национальную онкологическую программу, где было выделено финансирование для приобретения новейшего оборудования, которое в 2014 году уже устанавливается на нашей базе.

Виктория Владимировна ДВОРНИЧЕНКО – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, почетный гражданин Иркутской области, заведующая кафедрами онкологии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования», онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет».

Виктория Владимировна Дворниченко за годы своей практической деятельности выполнила более 6000 операций. Многие из них являлись уникальными клиническими случаями с использованием новых технических решений. Последнее достижение – это разработка и внедрение хирургической реабилитации ларингэктомированных больных.

Викторией Владимировной опубликовано 195 печатных работ, 5 монографий, внедрено 11 рационализаторских предложений, получено 10 патентов на изобретения, используемые в настоящее время при лечении рака гортани.

Виктория Дворниченко – одна из немногих женщин в России, которая на Съезде Сибирского народного собора за заслуги в здравоохранении награждена сугубо мужским орденом Петра Бекетова и в знак общественного признания возведена в кавалерский чин.

Недавно завершено строительство нового корпуса диспансера. С какими трудностями вы столкнулись, все ли реализовано, как хотелось? Какие возможности открываются для жителей региона?

В 2013 году введен в эксплуатацию новый корпус Восточно-Сибирского онкологического центра, который строился около 20 лет.

Безусловно, коллектив диспансера прошел большие испытания, когда при увеличении заболеваемости увеличивалось количество койко-мест за счет занимаемых площадей в коридорах и приспособленных помещениях, когда при возможности оснастить кабинеты, операционные и реанимации новейшим оборудованием не хватало площадей, но медицинская помощь все равно оказывалась, и оказывалась достойно, наши пациенты получали все необходимое обследование и лечение на современном уровне.

Несмотря на частую смену губернаторов и министров здравоохранения Иркутской области, строительство нового здания было завершено. Последующий его ввод в эксплуатацию в сочетании с современной материально-технической базой позволяет внедрять еще больше новых высокотехнологичных технологий, что в свою очередь увеличивает количество сложнейших и объемных операций и улучшает отдаленные результаты лечения онкологических больных, а также дает возможность жителям региона улучшить качество пребывания в поликлинике и стационаре. Современный уровень лечения и реабилитации онкологических больных позволяет вернуть большую часть больных к труду.

Население Иркутской области, исходя из отзывов и писем, оценило это по достоинству и очень благодарно правительству Иркутской области за окончание строительства Восточно-Сибирского онкологического центра.

Иркутская область, как промышленный регион, имеет высокую заболеваемость и смертность, поэтому оказание своевременной медицинской помощи является главной задачей всей медицинской общественности.

Что можно сказать о заболеваемости, смертности от онкологических недугов на территории? Какие изменения претерпел за последние годы в регионе регистр онкологических заболеваний?

Общая картина такова: заболеваемость имеет тенденции к росту, смертность из-за выявления запущенных случаев тоже растет, на это влияет и работа общей лечебной сети, повышение онкологической настороженности (*см. табл.*).

На территории Иркутской области благодаря тому, что внедрены и уже много лет активно используются скрининговые программы, в том числе по раку молочной железы – маммографический скрининг, по раку шейки матки – цитологический скрининг, в течение 5 лет работает лаборатория по выявлению генетической предрасположенности к раку молочной железы, намечается уменьшение показателей запущенности.

Изучение проблемы запущенности рака шейки матки показало, что 40% женщин не посещают поликлиники – это инвалиды, пенсионеры, не работающее население. Принятые в этом случае мере – подворовые обходы – не помогли, принудительная форма посещения гинеколога также эффекта не дала, поэтому среди этой группы населения нужно проводить нетрадиционные методы как при диспансеризации, так и при привлечении к обследованию.

Оснащение диагностическим оборудованием поликлиник города и области, к сожалению, также не принесло эффекта, так как стандарты обследования выполняются в 50% случаев (например, фиброгастродуоденоскопия должна выполняться с обязательным взятием материала на гистологическое исследование). С 2013 года мы добились увеличения этого процента, но все равно есть пробелы.

Учитывая территориальную особенность нашей области, жителям отдаленных населенных пунктов выбраться в ближайшие учреждения здравоохранения на необходимое

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	РФ	СФО
Заболеваемость на 100 000 населения	372,45	383,39	410,0	413,0	424,60	367,29	380,47
Общая запущенность	34,7	34,5	33,2	32,5	31,1	21,2	21,9
Смертность на 100 000 населения	189,73	185,36	196,15	190,0	204,06	200,98	205,55

дообследование либо лечение без помощи местного руководства практически невозможно.

Печально, что мало оказывается внимания и со стороны фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц, врачебных амбулаторий, не всегда на этом этапе соблюдается приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Онкология», а их помощь неоценима. Все зависит от квалификации этих врачей, потому что онкологию можно заподозрить и на ранних стадиях. Но, к сожалению, есть случаи, когда больных по нескольку месяцев, а то и лет не направляют на полноценное и всестороннее обследование. Ведь обращение жителей с незначительной жалобой к данным специалистам может привести как к своевременному диагностированию, постановке точного диагноза, так и впоследствии к возможному менее затратному излечению на ранних стадиях. Например, по визуальным локализациям не нужны ультрасовременные диагностические методы, достаточно более внимательного осмотра и своевременного реагирования со стороны медицинских работников. Но так иногда бывает, что нет должного внимания и профессионального чутья, это в свою очередь приводит к запущенности болезни и дорогостоящему лечению.

С переходом финансирования части высокотехнологичной помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) не появились ли проблемы с предоставлением дорогостоящего лечения в областном онкологическом диспансере?

Одноканальное финансирование учреждения – правильная и верная форма финансирования. Проблемы, конечно, будут, так как высокотехнологичная медицинская помощь стоит несколько дороже, чем в ОМС, но данная форма предполагает изменения: те больные, которые прошли обследование по месту жительства и направляются в нашу поликлинику, сразу госпитализируются, а те пациенты, которые нуждаются в обследовании, будут пользоваться пансионатом при онкодиспансере, а не занимать на время обследования дорогостоящую койку в отделении стационара.

Как вы оцениваете качество и доступность онкологической помощи в регионе? Расскажите о развитии телемедицинских технологий.

Ежегодно в областном онкологическом диспансере проводится 2–3 конференции с международным участием (Япония, Корея, Германия, США, Сингапур, Монголия).

Международное сотрудничество ГБУЗ «ООД» с ведущими онкологическими центрами Fox Chase (USA), города Улан-Батора (Монголия), National Cancer Center, Cancer Institute Hospital of JFCR, Keyo University Hospital (Япония), с госпиталем Александры Портсмут (США) и Американским противораковым обществом позволило внедрить новейшие технологии в лечении онкологических заболеваний.

В течение уже 9 лет проводятся российско-японские семинары, на которых обмениваются опытом ведущие специалисты-онкологи Японии, Москвы, Иркутска в виде показательных операций и научных докладов.

Более десяти врачей, которые инициативно работают в онкологическом диспансере и имеют положительные результаты в лечении рака поджелудочной железы, печени, колоректального рака, желудка, прошли стажировки на данных клинических базах, усовершенствовав свои навыки.

Работа с японскими коллегами привела к разработке и внедрению в ГБУЗ «ООД» новых технологий лечения и диагностики в области эндоскопии. Подготовлены специалисты по лечению рака желудка по японским технологиям, и оформлена документация для создания инновационного центра эндоскопии и эндохирургии, который позволит внедрить в Иркутской области современные технологии, разработанные в Японии.

Для повышения качества оказания высококвалифицированной медицинской помощи онкологическим больным мы проводим телеконференции, телеконсультации, участвуем в интерактивных вебинарах с участием ведущих онкологов страны и мира. Очень тесно сотрудничаем с госпитальной клиникой города Гренобля, Франция, с РОНЦ им. Н.Н. Блохина и МНИОИ им. П.А. Герцена, проводя ежемесячно консилиумы. Также проводим телемосты с городами Ангарском, Братском, Усольем-Сибирским, во время которых коллегиально определяем дальнейшую тактику лечения тяжелых пациентов.

Кадровая проблема вышла на первый план в современной медицине. Что можно сказать о персонале диспансера, удается ли ему высоко держать марку своей квалификации?

Кадровая проблема в Иркутской области стоит очень остро, но в ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» проблем с кадрами нет, потому что работающие на базе онкодиспансера две кафедры онкологии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная

академия последипломного образования» и кафедра онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» позволяют подготовить высококвалифицированных специалистов-онкологов, радиологов, радиотерапевтов, патологоанатомов для работы в специализированных учреждениях и онкологических кабинетах как онкологического диспансера, так и поликлиник города Иркутска. Специалисты, работающие у нас, не случайные люди, это профессионалы, осознающие всю важность, сложность, тяжесть данной специальности.

Переоснащение диспансера, наверное, идет не только за счет федеральной программы, областной бюджет также участвует в этом процессе?

Мероприятия по улучшению материально-технической базы осуществляются совместными усилиями, переоснащение идет не только за счет федерального и областного бюджетов, но и за счет участия в программах: областной целевой программе «Онкология», модернизации здравоохранения, национальной онкологической программе.

Шаг за шагом лучшие медицинские учреждения России завоевывают авторитет и среди специалистов ведущих мировых клиник. Можно ли сказать, что лечение в регионах сегодня ведется по европейским стандартам?

Россия может гордиться организацией онкологической помощи. Федеральные учреждения здравоохранения Российской Федерации ведут пациентов от хирургического до химиотерапевтического и лучевого лечения. Хирургическое лечение онкологического больного отличается от хирургии общей, хотя основные принципы остаются прежними, поэтому врач-онколог характеризуется как высококвалифицированный, жесткий профессионал.

По итогам десятилетнего тесного сотрудничества с клиниками Японии, Германии, Франции можно сказать, что мировые стандарты лечения практически всех локализаций совпадают с нашими, единственным отличием является то, что они уже много лет работают по этим стандартам. В России, как сказала министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, нужно подтвердить необходимость правильного одноканального финансирования, после чего мы выйдем на мировой уровень оказания помощи и регистрации этих пациентов.

Вопросы и проблемы лечения детской онкологии. Какие перспективы их решения?

Проблемы детской онкологии – это серьезные проблемы, и в каждом регионе они решаются по-своему. В Иркутской области основной базой для лечения детской онкологии является ГБУЗ «Областная детская клиническая больница» на 40 коек, лучевую терапию, возможность лечения костей и нейрохирургическое лечение дети получают в областном онкологическом диспансере Иркутска.

В настоящее время планируется организация отделения высокодозной химиотерапии с трансплантацией костного мозга.

Ваш взгляд на процесс развития и перспективы онкологической помощи в регионе, России и в рамках международной консолидации в борьбе с раком?

Невозможно развитие онкологической помощи, если нет достойной школы, достойных учителей, достойных учеников.

В 1967 году, когда диспансер был переведен с факультетской хирургической клиники Иркутского медицинского института, где было выделено 25 коек для онкологических больных, в новое здание, рассчитанное на 95 коек, создателями такой школы в нашем регионе явились Злата Лазаревна Морозова – помним ее как великого хирурга, хирурга от бога; радиолог Виолетта Яковлевна Демешина – школа лучевой терапии начинала работу на старом радиологическом оборудовании, но это не помешало внедрять новые методы лечения и добиваться положительных результатов лечения. Молодое поколение сохраняет традиции и с нетерпением ждет запуска нового радиологического корпуса для широкого внедрения высоких медицинских технологий в практику оказания специализированной медицинской помощи онкологическим больным. Эльвира Филипповна Верхотурова, являясь выдающимся патоморфологом, говорила, что нет онкологии без патоморфологии, взятия биопсии, интерпретации и видения в микроскоп именно той опухоли, которую нужно удалить. Неоценимую помощь в становлении отделений лучевой диагностики и лучевой терапии оказала кафедра Иркутского медицинского института под руководством профессора Николая Николаевича Миролюбова.

У наших молодых специалистов есть хорошие учителя, продолжающие свою трудовую деятельность в онкологических кабинетах поликлиник, показывая высокий профессионализм и огромную гуманность, – заслуженные врачи, которые для нас всегда будут примером: Антонина Илларионовна Доценко, Николай Васильевич Бабошкин, Илья Лукич Шестаков, Владимир Ефимович Назаров.

Важно отметить тот факт, что среди среднего медицинского персонала есть люди, которые проработали в онкодиспансере 40 лет и более. Своим добросовестным и ответственным отношением к работе показывают пример молодому поколению, делятся опытом Капитолина Дмитриевна Демихова, Светлана Сергеевна Андрюхина, Вера Викторовна Черниговская.

Благодаря усилиям губернаторов Иркутской области А.Г. Тишанина, Д.Ф. Мезенцева, С.В. Ерощенко; депутата Государственной лумы, ныне члена Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам, представителя от законодательного (представительного) органа государственной власти Иркутской области Виталия Борисовича Шубы; вдохновителя, организатора первой стройки онкологического диспансера, первого губернатора Иркутской области Юрия Абрамовича Ножикова стоит новый корпус Восточно-Сибирского онкологического центра, позволяющий оказывать высококвалифицированную медицинскую помощь жителям не только Иркутской области, но и Сибирского федерального округа, – это 246 тысяч посещений в год в поликлинике, 24 тысячи пролеченных пациентов в стационаре, 12 тысяч пациентов, получивших хирургическое вмешательство, в том числе 3700 – высокотехнологичную медицинскую помощь.

Основными стратегическими целями были и остаются увеличение продолжительности жизни, снижение инвалидности и смертности, совершенствование профилактики и оказания своевременной квалифицированной первичной медицинской помощи, совершенствование стандартов медицинской помощи, внедрение современных технологий в лечении онкологических заболеваний. Сегодня рак – это не судьба и не приговор, это всего лишь медицинский диагноз. Обнаружение его на ранней стадии, своевременное применение передовых технологий и программ лечения дают возможность улучшить качество жизни пациента в дальнейшем.

Рассматривая мировой онкологический опыт, могу сказать, что российская система оказания онкологической помощи самая верная. Она не разделяет, а объединяет все виды лечения: хирургические, радиологические, химиотерапевтические. Во главе всей деятельности онкологической службы стоит организационно-методическая работа, и это очень важно. Лечение проводится комплексно, после чего за больным ведется наблюдение на протяжении всей его жизни.

Иркутский областной онкологический диспансер: высокие технологии на страже здоровья

Онкологическая служба Иркутской области ведет свою историю с 40-х годов прошлого века. С декабря 2005 года началась реорганизация онкологической службы в Иркутской области, в результате которой муниципальные онкологические диспансеры, расположенные в городах Иркутской области, объединились в единую онкологическую службу.

Сегодня в составе ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» 24 отделения в пяти городах региона: Братске, Ангарске, Саянске, Усолье-Сибирском и Иркутске – с коечным фондом на 964 места.

При этом помощь в Иркутском областном онкологическом диспансере получают жители не только Приангарья, но и других регионов Сибирского федерального округа: Бурятии, Читы, Хабаровска, Красноярского края, Республики Хакасии и Якутии.

Развитие Иркутского онкодиспансера идет непрерывно. В 2007 году введен в эксплуатацию первый блок А – хирургический корпус, что дало возможность выполнять все виды хирургических вмешательств. В 2011–2012 годах диспансер вошел в Программу модернизации здравоохранения Иркутской области, реализация которой позволила завершить строительство нового здания стационара, диагностического блока и поликлиники, оснастить их необходимым для работы современным оборудованием.

Все на достойном европейском уровне: 25 операционных столов, 7 реанимационно-анестезиологических отделений на 60 коек с современной медицинской аппаратурой, современными компьютерными томографами, стереотаксической маммографической установкой, новой ангиографической установкой, которая позволяет проводить эмболизацию сосудов опухоли, химиоэмболизацию как лечебную процедуру, позволяющую подвести пациента к радикальному лечению. Все это открыло новые возможности перед диспансером: за счет внедрения новых технологий практически в 2 раза увеличилось количество сложнейших и объемных операций. Современная материально-техническая база позволила улучшить отдаленные результаты лечения онкологических больных, улучшилось качество пребывания пациентов в отделениях, современный уровень лечения и реабилитации онкологических больных позволил вернуть до 60% больных к труду – а это самый главный результат.

Инновационные методики иркутских онкологов

В Иркутском онкологическом диспансере применяются практически все новейшие технологии диагностики и лечения онкологических заболеваний, известные в мире. Внедрены и активно используются скрининговые программы, в том числе по раку молочной железы – маммографический скрининг, по райку шейки матки – цитологический скрининг.

Благодаря методу иммуногистохимического исследования, который в Иркутской области начали применять одними из первых в стране, новообразования можно буквально разложить по молекулам и сделать прогноз развития опухоли, подобрать оптимальную схему химиотерапии.

Современное оборудование для молекулярно-биологических и генетических исследований позволяет выполнять анализы на генетическом и молекулярно-биологическом уровне. С помощью цитогенетических исследований определяются кариотип (хромосомный набор) и хромосомные перестройки при злокачественных (лимфопролиферативных заболеваниях, солидных опухолях) и доброкачественных опухолях. С помощью флюоресцентной гибридизации IN SITU (FISH) определяются криптические перестройки в хромосомах, что обеспечивает широкие возможности для идентификации хромосомных участков исследования корреляций структурных особенностей хромосом и картированных в этих участках генов; для выявления хромосомных аномалий, которые невозможно обнаружить с применением классических методов дифференцированного окрашивания хромосом по длине; для анализирования сложных хромосомных аномалий.

Высокочувствительный молекулярно-генетический анализ важен не только для более точной диагностики онкологических заболеваний, но и для оценки эффективности проводимого лечения, оценки прогноза и контроля минимальной остаточной болезни.

Среди инновационных методов лечения онкологических заболеваний в Иркутском областном онкодиспансере применяются методы лазерной хирургии при проведении внутриполостных операций желудка, гортани, кожных покровов. Фотодинамическая лазерная терапия позволяет проводить удаление опухолей бронхов, желудка, кишечника, кожи.

Также иркутские онкологи проводят высокотехнологичные операции на первичных и метастатичных опухолях головного мозга, проводят эндоскопические внутриполостные операции. Вместе с японскими коллегами внедряются эндоскопические хирургические вмешательства при раке желудка, позволяющие сохранить пораженный орган или удалить новообразование щадящим образом.

Постоянно увеличивается число органосохранных операций в случаях первой, второй стадий рака. Онкологи борются и за пациентов с запущенным процессом, оказываем помощь при метастазах. Особенно много проблем дает метастатическое поражение печени, но мы разработали технологии, когда эти метастазы можно удалить с помощью химической абляции. С новым оборудованием мы готовимся к новому шагу – пересадке печени при метастатическом поражении.

Кадры – залог успеха

Гордостью Иркутского онкологического диспансера является высокопрофессиональный коллектив. Штат сотрудников включает 1346 человек, в том числе 233 врача, среди которых 3 профессора, 8 докторов наук, 13 кандидатов медицинских наук, 1 кандидат физико-математических наук, 1 кандидат биологических наук, 8 врачей, удостоенных звания «Заслуженный врач Российской Федерации», 20 сотрудников, награжденных Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 9 человек – знаком «Отличник здравоохранения», 9 – высокими наградами губернатора Иркутской области.

Средний возраст врачей – 39 лет, средний возраст среднего медицинского персонала – 32 года. 100% имеют сертификат специалиста. Доля врачей, имеющих вторую квалификационную категорию, составляет 23%, первую и высшую – 53%, молодые специалисты – 24%. Процесс обучения и повышения квалификации специалистов диспансера происходит постоянно.

Наука и практика неразделимы

На базе диспансера работают 2 кафедры: кафедра онкологии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная академия последипломного образования» и кафедра онкологии и лучевой терапии ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет». Только по итогам 2012 года сотрудниками кафедры подготовлено и издано 2 монографии, 29 научных статей, получено 5 патентов на изобретения, внедрено в практику 2 рационализаторских предложения, 7 результатов научных разработок, усовершенствовано 13 методов диагностики и лечения.

Десять лет ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» является базой для проведения международных клинических исследований лекарственных препаратов.

Врачи регулярно проходят обучающие стажировки в Японии и США, ведут собственные инновационные научные разработки.

Развитие продолжается

Строительство радиологического комплекса в составе Восточно-Сибирского онкологического центра в Иркутской области крайне актуально и является второй очередью строительства.

Отделения радиологического корпуса позволят онкологам применять радионуклидные виды диагностики, лучевую терапию, проводить инновационные операции, которые смогут улучшить общий прогноз болезни, уменьшить осложнения при химиотерапии злокачественных образований.

Радиотерапевтическое лечение является одним из основных методов лечения онкологических заболеваний, в котором нуждается 70% больных. Данный метод используется в качестве этапа комбинированного и комплексного лечения (в сочетании с хирургическим, лекарственным компонентами), самостоятельного радикального и паллиативного лечения. Для применения данного метода Иркутская область, в отличие от других регионов Восточно-Сибирского округа, имеет грамотный кадровый потенциал, готовый к внедрению новых технологий.

Учитывая нагрузку радиологических отделений Сибирского федерального округа, протяженность территории Иркутской области, низкую социальную обеспеченность населения области, выезд на лечение по квоте на центральные базы практически невозможен.

Проектируемый радиологический комплекс является современным комплексом, соединяющим в себе традиционные методы радиационной онкологии и возможности для выполнения конформной лучевой терапии, соответствующий по техническому оснащению и организации лечебного процесса международному уровню радиационной онкологии.

Радиологический комплекс предназначен для проведения лечения онкологических больных широким спектром ионизирующих излучений: рентгеновское, фотоны, электроны на современных радиотерапевтических установках. Для диагностики, планирования лечения и контроля результатов лечения планируется использование различных средств визуализации и планирующих систем: рентгена, УЗИ, РКТ, МРТ, ПЭТ.

В радиологическом корпусе Восточно-Сибирского онкологического центра проектом предусмотрено размещение следующих отделений: консультационного отделения; стационара на 100 коек; отделения радиотерапии; отделения топометрии; отделения ядерной медицины (ПЭТ-центра); отделения медицинской физики и инженерии; учебно-методического центра; отделения интраоперационной лучевой терапии; общих помещений.

Расчет потребности радиологического оборудования производился по нормативам Российской Федерации. Уже имеется мощный кадровый потенциал для работы в этом направлении, поэтому приобретенное оборудование простаивать не будет.

Коротко о главном

Основная задача деятельности Иркутского онкологического диспансера – оказание высококвалифицированной медицинской помощи онкологическим больным.

Диспансер осуществляет следующие основные виды деятельности:

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи больным со злокачественными новообразованиями и предопухолевой патологией;
- изучение эпидемиологии злокачественных опухолей;
- экспериментальная и клиническая разработка новых технологий в области хирургического лечения злокачественных опухолей;
- разработка новых средств и методов диагностики, лекарственной, лучевой и комбинированной терапии, активной профилактики опухолей;
- внедрение новых приборов и технологий в лечебно-диагностический процесс и для профилактики злокачественных новообразований;
- подготовка научных и медицинских кадров через ординатуру и в системе дополнительного профессионального образования.

В распоряжении врачей – современное медицинское оборудование, в том числе оборудование для ядерно-магнитной резонансной томографии, 16 и 64 срезовых компьютерных томографа, лаборатория ПЦР, ангиографическая установка, электрохирургический аппарат для микроволновой абляции, эндоскопическое оборудование, современное роботизированное оборудование для патолого-анатомических исследований, оборудование для хранения 3500 доз стволовых клеток.

В диспансере проводятся высокотехнологичные операции, в том числе эндопротезирование суставов, реконструктивно-пластические операции на молочной железе, высокодозная химиотерапия.

В 2010–2012 годах за счет бюджетных ассигнований федерального и областного бюджетов выполнено 1789 квот по оказанию высокотехнологичной помощи.

Развивается нейрохирургическая служба по лечению метастатических поражений позвоночника, головного мозга. Разработаны и широко применяются технологии радикального лечения первичного и метастатического рака печени с использованием термохимиотерапии; эндоваскулярных воздействий и расширенных резекций печени. Разработаны оригинальные методологии лучевой терапии, новые высокоэффективные технологии лекарственного лечения.

Разработаны новые технологии в лечении больных, выявляемых в поздней стадии заболевания. Около 30% пациентов с онкологическими заболеваниями в IV стадии получают лечение на стационарной койке.

Отделение лучевой диагностики – одно из самых мощных отделений Иркутской области и Сибирского федерального округа. В наличии 5 КТ, МРТ, ангиографическая установка.

В 2002 году ГБУЗ «Областной онкологический диспансер» заключило договор о совместной медицинской деятельности с ГУНЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН. В 2012 году на базе областного онкологического диспансера проведена конференция с демонстрацией хирургических вмешательств на опухолях костной системы и мягких тканей президентом Восточно-Европейской группы по изучению сарком, профессором, академиком РАМН М.Д. Алиевым.

В сентябре 2013 года проведена конференция по современным методам диагностики и лечения лимфопролиферативных заболеваний с участием немецких коллег, ведущих специалистов Германии.

Подписан меморандум о сотрудничестве между областным онкологическим диспансером г. Иркутска и госпиталем «Хвасун» государственного университета Чхоннам, Республика Корея.

Совместно с научно-исследовательскими институтами Новосибирска и Москвы оговорены условия работы для проведения трансплантации костного мозга при лечении лимфопролиферативных процессов, созданы условия для проведения вакцинотерапии при лечении колоректального рака и меланомы.

Все больные со злокачественными опухолями, нуждающиеся в курсах химиотерапии, получают необходимое лечение в 100% случаев.

Развитие медицинской визуализации в России

Главный внештатный специалист по лучевой диагностике Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор
Игорь Тюрин

Вот уже более 100 лет медицинская визуализация является неотъемлемой составной частью клинической практики. Возможность получения изображений внутренней структуры органов и тканей живого организма без прямого физического воздействия на него, посредством различного вида изучений всегда привлекала огромное внимание специалистов. Действительно, трудно сегодня представить себе развитие какой-либо из медицинских специальностей без повсеместного внедрения и эффективного использования методов визуализации. Видение и основанное на нем знание стали фундаментом практически всех инновационных технологий в клинической медицине.

Медицинская визуализация как самостоятельное направление медицинской деятельности возникла на базе традиционной рентгенодиагностики и радионуклидной диагностики. Однако с появлением новых технологий получения изображений границы ее существенно расширились. Сегодня медицинская визуализация представляет собой отрасль медицины, предметом которой являются изображения внутренней структуры органов и тканей, получаемые на основе использования различного рода излучений. Медицинская визуализация включает в себя несколько основных технологий: традиционное рентгенологическое исследование, ультразвуковую диагностику (УЗД), рентгеновскую компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), прямую и катетерную ангиографию (АГ) и рентгенохирургию, радионуклидную диагностику (РНД) и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).

Ежегодно в нашей стране выполняется почти 300 млн лучевых исследований. Этот объем включает в себя 95 млн рентгенодиагностических исследований, 74 млн рентгеновских профилактических исследований, в том числе 70 млн флюорографий и 4 млн маммографий, более 110 млн ультразвуковых исследований. Быстрыми темпами развиваются современные томографические технологии. Ежегодно в медицинских организациях, подведомственных Минздраву России, выполняется более 4,5 млн компьютерных томографий, 1,5 млн магнитно-резонансных исследований, более 1,9 млн радионуклидных исследований, а также 721 тысяча сосудистых (рентгеноэндоваскулярных) и внесосудистых рентгенохирургических процедур. Прирост объема диагностических процедур в области медицинской визуализации составляет в среднем около 5% ежегодно.

В последнее десятилетие наблюдается действительно инновационное развитие всех технологий медицинской визуализации. Основными векторами такого развития являются ускорение процесса получения диагностических изображений, увеличение их абсолютного числа в расчете на одно исследование и содержащегося в них объема информации, переход всех технологий от аналогового к цифровому (компьютерному) формату получения изображений. Важным трендом стало внедрение радиологических информационных сетей на базе цифровых технологий для хранения и передачи на расстояние диагностической информации в электронном виде. Большое значение имеют внедрение автоматических (не связанных с человеческим фактором) программ получения и анализа изображения; интеграция различных технологий для решения диагностических задач в рамках одной анатомической области, системы или патологии; создание гибридных технологий на базе известных способов получения изображений.

В современных условиях можно говорить о формировании определенных направлений медицинской визуализации, которые реализуются на различных этапах оказания онкологической помощи и требуют различных организационных, технологических и методологических подходов. К таким направлениям относятся:

- ранняя (доклиническая) диагностика заболеваний внутренних органов или скрининг (туберкулез, рак легкого, молочной железы, толстой кишки, коронарный кальций и др.);
- диагностика патологических изменений органов и тканей при использовании неинвазивных технологий медицинской визуализации;
- интервенционные радиологические процедуры, т.е. малоинвазивные лечебные и диагностические мероприятия под контролем различных технологий медицинской визуализации.

Традиционно медицинская визуализация была ориентирована выявление и детальную характеристику патологических изменений в организме человека. С возрастанием абсолютного числа технологий, методов и методик лучевой диагностики, повышением их сложности и в большинстве случаев стоимости стала очевидной неэффективность традиционных подходов к организации диагностических лучевых исследований. Так, в прошлые годы в лучевой диагностике (медицинской визуализации) доминировал принцип последовательного продвижения от наиболее простой методики к более сложной, дорогостоящей или труднодоступной. Этот подход был совершенно оправдан при ограниченном числе методик и малой доступности сложных дорогостоящих технологий. Однако в современных условиях поэтапное выполнение бесконечного числа все более сложных и дорогих методик приводит не только к существенному удорожанию стоимости процесса диагностики, увеличению его продолжительности, но и к искусственному увеличению объема проводимых исследований, созданию очередей и надуманного дефицита технологий. В экстренной ситуации пациент в этих условиях может вообще не дожить до начала лечения из-за отсутствия диагноза.

В течение последних лет все большее распространение получает принципиально иной подход. Он заключается в выборе наиболее результативных, в том числе и наиболее дорогостоящих, методик или их сочетания для получения максимально быстрого и точного результата. Так, внедрение КТ и МРТ в нейрорадиологию привело к практически полному исчезновению большинства специальных рентгеновских исследований. Диагностика тромбоэмболии легочной артерии может быть основана на применении КТ ангиографии грудной полости как единственного метода визуализации. Оценка пациентов с острой абдоминальной патологией включает сочетание ультразвуковых и томографических (КТ) методов исследования.

С некоторой долей условности диагностический процесс в клинической медицине может быть разделен на два основных этапа. Первый из них заключается в первичной диагностике заболеваний при обращении пациентов за медицинской помощью, а также диспансерном наблюдении за пациентами с длительно текущими хроническими заболеваниями. В структуре патологии здесь преобладают наиболее распространенные заболевания органов дыхания и кровообращения, дистрофические заболевания костно-мышечной системы, травмы, инфекционные и онкологические заболевания. Задачей диагностики здесь является разграничение нормы (варианта нормы) и патологии и возможно более точная характеристика этой патологии. В абсолютном большинстве случаев это удается сделать с помощью обычной рентгенографии и ультразвукового исследования, причем более сложных диагностических процедур часто и не требуется. Именно поэтому количество рентгеновских и ультразвуковых исследований исчисляется миллионами, их доля в общей структуре лучевых исследований достигает 90%. В последние годы наметилась отчетливая тенденция шире использовать на этом этапе диагностики рентгеновскую компьютерную томографию. Особенно большое значение эта технология имеет в случаях неотложной диагностики. Этим объясняется появление таких аппаратов в центральных районных больницах, городских поликлиниках и больницах скорой помощи.

У небольшой части пациентов, доля которых не превышает 10–15%, выявленные или предполагаемые изменения внутренних органов требуют уточняющей диагностики. Она осуществляется в специализированных лечебных учреждениях, таких как кардиологические, онкологические и туберкулезные и др. диспансеры или научно-исследовательские институты, или в специализированных отделениях многопрофильных стационаров (городских, областных, краевых и республиканских). Задачей медицинской визуализации здесь является не столько выявление патологических изменений, сколько предельно точная характеристика распространенности процесса, стадии его развития, степени выраженности функциональных нарушений и, конечно, определение возможного вида лечения. На этом этапе доминируют наиболее сложные технологии лучевой диагностики, такие как КТ, МРТ, ангиография, радионуклидная диагностика и ПЭТ. В структуре деятельности специализированных учреждений совокупная доля этих технологий может превышать 20% и даже более. Однако в общей структуре лучевых исследований отдельной территории объем специальных исследований обычно не превышает 3–5%. Эти особенности диагностического процесса позволяют понять ряд важных закономерностей в организационной структуре диагностической радиологии и в современных требованиях к оборудованию и к специалистам в этой области медицины.

Основой парка техники лечебных учреждений первичного звена на этапе оказания квалифицированной врачебной помощи являются рентгенографические и ультразвуковые установки общего назначения. Специальные рентгеновские и ультразвуковые процедуры, такие как рентгеноконтрастные и рентгеноскопические исследования, эхокардиография и др., с соответствующим техническим и кадровым обеспечением могут быть сосредоточены в крупных районных и межрайонных отделениях с функциями диагностических центров. В них же могут быть установлены обычные компьютерные томографы для обеспечения первичной, в том числе экстренной, диагностики.

Несомненно, что реализация национальных проектов и программ модернизации в части оснащения медицинских организаций современным оборудованием в целом повысила доступность медицинской помощи. Однако уже сегодня эффективность использования новых приборов определяется не только их спецификацией или датой выпуска, но и степенью внедрения цифровых и компьютерных технологий.

Инновационный подход к медицинской визуализации (лучевой диагностике) заключается не только и не столько в замене старых аппаратов на новые, сколько в повсеместном внедрении цифровых технологий и информационных сетей. Преимущества такого подхода очевидны и не требуют сегодня дополнительных аргументов. Но в реальных условиях цифровое оборудование часто оказывается вне информационных сетей, что существенно снижает потенциальные возможности его использования. Надежды на то, что вопросы создания больничных и межбольничных сетей можно решить потом, после приобретения и установки цифрового оборудования, себя не оправдывают. Инновационным является противоположный подход, когда новое оборудование встраивается в уже подготовленную радиологическую сеть, а сама сеть строится с учетом специфики и перспектив развития медицинской организации.

Оказание специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи требует привлечения существенно более сложных и дорогостоящих методов диагностики. Очевидно, что необходимое оборудование для обеспечения этих задач может быть сконцентрировано в диагностических центрах на базе крупных городских, областных, краевых республиканских больниц и диспансеров, федеральных научно-исследовательских институтов и вузов. Именно в условиях диагностического центра и создаваемого в нем отдела (центра) лучевой диагностики появляется реальная возможность интеграции различных технологий и, следовательно, сведения к минимуму количества необоснованных и дублирующих друг друга исследований, повышения эффективности каждого отдельного метода, рационального использования дорогостоящего оборудования в двух- и даже трехсменном режиме. Существенно повышается результативность деятельности научно-исследовательских коллективов и учебных подразделений. Соединение на базе крупных диагностических центров практической медицины, научных исследований и педагогической деятельности позволяет быстро осваивать самые современные технологии и использовать их с наибольшей эффективностью. Практика показывает, что неразумная экономия на современных технологиях, стремление упростить или удешевить спецификацию оборудования имеют самые разрушительные последствия для последующей деятельности медицинской организации на этом этапе оказания медицинской помощи.

Подобный подход к организации диагностического процесса требует совершенно новой генерации специалистов в области медицинской визуализации. В настоящее время, в силу абсурдной организации диагностического процесса, в полном противоречии с общемировой практикой, врачи и средний медицинский персонал в области лучевой диагностики разделены по технологическому принципу. Одна часть врачей занимается традиционной рентгенодиагностикой, другая – ультразвуковой диагностикой, третья выполняет функции врачей кабинетов КТ или МРТ. Такое технологическое разобщение, искусственное закрепление специалистов за отдельным аппаратом или кабинетом ведет к повсеместному снижению квалификации врачей и искусственному росту объемов исследований, порождает искусственный дефицит кадров. Незнание общих принципов медицинской визуализации и непонимание возможностей альтернативных методов приводят к бесконечному дублированию диагностических процедур, хаотичному и бессистемному их использованию при отсутствии реального ускорения диагностического процесса. В этих условиях установка нового, нередко чрезвычайно дорогого диагностического аппарата приводит лишь к увеличению общего числа исследований, но не к разумной замене старых технологий на новые.

В связи с этим важной задачей становится подготовка специалистов нового типа в области медицинской визуализации. Сегодня эта область медицинской деятельности включается в основную специальность «рентгенология» и ряд специальностей, требующих дополнительной подготовки: «радиология», «рентгеноэндоваскулярные диагностика и лечение» и «ультразвуковая диагностика». Рентгенология сегодня в нашей стране является эквивалентом специальности «радиолог» в зарубежных странах. Врачи этой специальности за рубежом готовятся на протяжении 5 и более лет, но при

этом владеют всеми технологиями медицинской визуализации, от скрининга до ПЭТ/КТ, и самостоятельно выполняют большинство интервенционных процедур по лучевым наведениям. Ключевыми функциями врачей-рентгенологов в нашей стране сегодня являются традиционная рентгенодиагностика, рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография. При наличии дополнительной профессиональной подготовки врачи-рентгенологи получают возможность проводить ультразвуковые, радионуклидные исследования, а также рентгенохирургические и рентгеноэндоваскулярные процедуры. Именно рентгенологи сегодня являются ключевыми участниками создания и сохранения центров лучевой диагностики в медицинских организациях, и это должно учитываться при создании новых образовательных моделей.

Основными этапами профессиональной подготовки в области медицинской визуализации являются первичная специализация, усовершенствование по отдельным вопросам медицинской визуализации и непрерывное самообразование врачей. Серьезным инструментом может стать реформированная система непрерывного медицинского образования нового типа, пилотный проект которой реализуется сегодня в ряде регионов нашей страны. Эта система включает количественную оценку самообразования врача с использованием дистанционных технологий обучения, а также учет других видов деятельности врача, например участия в конференциях, подготовки статей и монографий, участия в педагогическом процессе и других мероприятиях.

Таким образом, медицинская визуализация, или лучевая диагностика, представляет собой быстро развивающуюся отрасль медицины, в основе которой лежат современные наукоемкие технологии. Значительный объем информации о состоянии внутренних органов, получаемый при использовании современных диагностических технологий, позволяет предельно точно определить характер патологических изменений внутренних органов. Не менее важными являются уникальные возможности выявлять заболевания на доклиническом бессимптомном этапе их течения, а также эффективно лечить значительную их часть с помощью современных методов интервенционной радиологии. Разумное сочетание новых технологий и правильной организации диагностического процесса позволит существенно повысить в ближайшей перспективе эффективность использования интеллектуального и технического потенциала.

Тел./факс: 8 (499) 324-71-44
E-mail: igortyurin@gmail.com

На базе Южного федерального университета создается Центр ядерной медицины

В университете считают, что создание Центра ядерной медицины – своего рода восстановление исторической справедливости. Ростовский университет был одним из десятка вузов, обладающих собственной ядерной лабораторией. В 90-е годы XX века по экономическим причинам ее пришлось закрыть, а исследования приостановить. Сегодня ситуация в корне изменилась.

Южный федеральный университет обладает необходимыми компетенциями, объектами недвижимости и перспективами развития инфраструктуры для создания на своей базе современного образовательного и научно-практического центра коллективного пользования в области ядерной медицины, оснащенного передовым оборудованием. Университет уже является частью самого крупного в стране Инновационного кластера биотехнологий, биомедицины и экологической безопасности, сотрудничает с ведущими медицинскими учреждениями зарубежья. Более того, ряд грантов, выигранных учеными за последние два года, развивают именно современные био- и медицинские технологии.

– В ЮФУ действует целый ряд ученых, которые ведут исследования не только в части медицины будущего, но и в части нанотехнологий, интеллектуальных материалов и ядерной физики, мы эту работу готовы продолжать и привлекать партнеров, – рассказывает ректор ЮФУ доктор экономических наук, профессор Марина Боровская. – Примерная сметная стоимость такого проекта составляет 2,8 млрд рублей. Это позволит нам провести реконструкцию и произвести то оснащение лабораторными комплексами, которое необходимо. Сроки строительства объекта и его оснащения закладываются по Федеральной адресной инвестиционной программе на 3–3,5 года. Проект получил единодушное одобрение на заседании попечительского совета ЮФУ, проведенном губернатором Ростовской области В.Ю. Голубевым в марте 2014-го.

Научный центр на юге страны ввиду острой нехватки услуг ядерной медицины в стране может стать одним из самых востребованных инновационных проектов. Центр сможет оказывать услуги однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, позитронно-эмиссионной томографии, радионуклидной и лучевой терапии для практического здравоохранения.

Филиалы Центра ядерной медицины ЮФУ планируется создать на базе учебных и научных подразделений вузов в Махачкале и Железноводске. На всех этапах ЮФУ оказывают поддержку специалисты НИЦ «Курчатовский институт». В центре будет создано ориентировочно 250 новых рабочих мест, значительная часть которых – места для высококвалифицированных специалистов.

В результате реализации проекта Южный федеральный округ и Ростовская область получат ресурсы для проведения научных исследований в области ядерной медицины, частные партнеры – окупаемость своих инвестиций, государство – диагностику и лечение пациентов с помощью передовых методов, медицинские организации региона – радиофармацевтическую продукцию. В первую же очередь выигрывают люди, которым не нужно будет ездить на дорогостоящее лечение за границу.

344006, г. Ростов-на-Дону,
ул. Б. Садовая, д. 105/42
Тел.: (863) 305-19-90
E-mail: info@sfedu.ru
Сайт: http://sfedu.ru

Создание кластера ядерной медицины

10 апреля в Челябинске прошла Всероссийская конференция с международным участием «Инновационные технологии в ядерной медицине»

Главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», член-корреспондент РАМН, профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ
Андрей Важенин

Основными целями развития ядерной медицины в регионе являются формирование одной из крупнейших в России площадок по развитию и применению ядерных технологий, в том числе и в сфере здравоохранения, а также формирование имиджа региона как центра применения ядерных технологий в медицине.

Базовые сегменты в развитии ядерной медицины:

- Соглашение о сотрудничестве в области ядерной медицины между ГК «Росатом» и правительством Челябинской области от 14 ноября 2011 года.
- Соглашение о сотрудничестве с Европейской ассоциацией ядерной медицины.
- Концепция формирования и развития ядерных медицинских технологий на территории Челябинской области с 2012 по 2017 год.
- На базе Челябинского областного онкологического диспансера создана и зарегистрирована ассоциация специалистов по ядерной медицине.
- Создание Уральского центра нейтронной терапии на базе клинического учреждения (Челябинского областного онкологического диспансера) и высокотехнологичного научного центра оборонного комплекса России (Федерального ядерного центра).
- На основании приказа ГК «Росатом» от 16 апреля 2008 года № 22 в состав общественного совета госкорпорации включен представитель нашего коллектива.

Создана значительная часть инфраструктуры, куда входят:

- Центр нейтронной терапии (на базе Федерального ядерного центра им. академика Забабахина в г. Снежинске и Челябинского областного онкологического диспансера), в основе работы которого лежит использование установки «двойного применения» на базе нейтронного генератора НГ-12И. Пролечено более 1100 пациентов, результаты доложены в профильных комитетах РАМН и опубликованы;
- циклотроны (активное производство F-18) и оборудование ПЭТ-центров в г. Челябинске и г. Магнитогорске Челябинской области на базе областных онкологических диспансеров;
- циклотрон (активное производство F-18, I-123) Федерального ядерного центра им. академика Забабахина в г. Снежинске с возможностью расширения перечня производимых радионуклидов (Ga-67, In-111);
- производственные мощности НПО «Маяк» в г. Озерске и активное производство Mo-Tc с возможностью расширения перечня производимых радионуклидов;
- радиологическое оснащение окружного онкологического диспансера в г. Челябинске: комплекс линейных ускорителей, аппаратура для брахитерапии I-125, Co-60, Ru/Ro-106, отделение для радионуклидной терапии I-131 на 8 коек, а также Sr-89, дистанционные гамма-терапевтические установки Co-60, КТ и МРТ диагностическое оборудование;
- система CyberKnife («Кибернож») Челябинского онкологического диспансера;
- радиологические отделения в г. Миассе, г. Копейске;
- сеть диагностических радионуклидных подразделений в лечебных учреждениях Челябинской области (ГКБ № 1, 6, 8 г. Челябинска, НУЗ «ДКБ ОАО «РЖД» на ст. Челябинск, ГБУЗ «Областная клиническая больница», ГБУЗ «Областной онкологический диспансер № 2» в г. Магнитогорске, ГБ № 1 г. Магнитогорска);
- Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинский государственный университет и филиалы МИФИ в Снежинске, Озерске и Трехгорном, осуществляющие подготовку кадров в области химии, медицинской физики и радиологии.

Тарасов Д.А. – министр здравоохранения Челябинской области, Важенин А.В., Волчегорский И.А. – проректор по учебной, внеучебной и воспитательной работе ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, Шаназаров Н.А. – профессор, д.м.н., г. Астана

В регионе эффективно функционирует преемственная разветвленная сеть радиофармпроизводства и радиофармпотребителей, которая обеспечена подготовленными кадрами и способна оказывать высокотехнологичную помощь онкологическим пациентам с использованием ядерных разработок в области здравоохранения.

На сегодняшний день сформировалась оригинальная научная школа, с 1998 года подготовлено 16 докторов и 107 кандидатов медицинских наук.

В связи с изложенным выше представляется разумным развивать данное направление в регионах РФ. Нет необходимости говорить специалистам о важности и перспективности развития ядерной медицины как прорывного направления медицинской науки, в котором наша страна недавно еще занимала лидирующие позиции. Хочется верить, что наши усилия позволят вернуться на передовые рубежи в мирном использовании ядерной энергии в медицинских целях.

454087, г. Челябинск, ул. Блюхера, д. 42
Тел.н: (351) 232-78-77
Факс: (351) 232-78-79
E-mail: ROC_Chel@mail.ru
Сайт: http://www.chelonco.ru

17 апреля в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова состоялось собрание МОО «Общество ядерной медицины»

На очередном собрании под руководством руководителя МОО «Общество ядерной медицины» профессора Анатолия Каралкина присутствовали члены общества, руководители и ведущие специалисты радиологических отделений: ФГБУ «МРНЦ» Минздрава России, 1-й Градской больницы им. Н.И. Пирогова, Клинической больницы № 1 УД Президента РФ, НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, производители медицинского оборудования МК «Юникс», IBA, НТЦ «Амплитуда», частных клиник «Евромедцентр», «Медси» и др.

Участникам собрания был представлен доклад научного сотрудника отдела радионуклидной диагностики Российского кардиологического научно-производственного комплекса, кандидата медицинских наук Алексея Аншелеса на тему «Интерпретация и стандартизация перфузионной ОЭКТ миокарда с КТ-коррекцией поглощения». Для внедрения этой методики, важнейшей в мировой практике, в России не хватает квалифицированных радиологов, способных интерпретировать ее результаты. В докладе были освещены основные вопросы трактовки перфузионной ОЭКТ миокарда с КТ-коррекцией поглощения излучения, количественной оценки перфузии миокарда. Специалистам были предложены практические рекомендации для эффективной повседневной работы врачей-радиологов, специалистов по ядерной кардиологии.

Ирина Добрева, представитель компании ООО «Объединенная инновационная корпорация», выступила с сообщением о возможностях совместного сотрудничества ГК «Росатом» и медицинских специалистов по продвижению для ПЭТ-диагностики радиофармпрепарата ФДГ с фтором-18 производства ОАО «НИИТФА».

Интерес у собравшихся вызвала презентация специализированного журнала «Медицина: целевые проекты» и каталога «Ядерная медицина», выпущенного в 2014 году издательством ЗАО «Российское информационное агентство». Руководитель данного проекта Татьяна Мальцева проинформировала специалистов о том, что в настоящее время программами в области ядерной медицины занимаются следующие ведомства и организации: Министерство экономического развития РФ, Министерство промышленности и торговли РФ, ГК «Росатом», Министерство здравоохранения РФ, ФМБА России, Роспотребнадзор, НИЦ «Курчатовский институт», РОСНАНО, ОАО «Российские железные дороги», Сколково, общественные организации: Московское отделение общества ядерной медицины, ассоциация медицинских физиков и другие.

При отсутствии утвержденной Правительством РФ государственной целевой программы в области ядерной медицины различные структуры и ведомства решают вопросы только в рамках своей компетенции. Для эффективного функционирования и развития необходима система, а не разрозненные проекты. «Поэтому можно смело утверждать, – подчеркнула Т. Мальцева, – что на сегодняшний день в рамках издания совместно с участием видных российских ученых при поддержке ведомств и профессионального медицинского сообщества создана и действует информационная площадка. Издание (единственное из всех российских СМИ!) способно профессионально и достоверно доносить для руководителей регионов, организаторов системы здравоохранения РФ и министерств информацию о состоянии дел в сфере ядерной медицины».

Таким образом, в настоящее время на страницах журнала создана платформа для проведения круглого стола, где будут обсуждаться организационные, медико-технологические, концептуальные подходы создания глобальных проектов и программ; вопросы оснащения объектов ядерной медицины оборудованием иностранного и российского производства; системы подготовки специалистов и др.

Надеемся, что мнения специалистов, озвученные на собрании МОО «Общество ядерной медицины», дискуссии, организованные на страницах журнала «Медицина: целевые проекты», приведут к конкретным шагам по улучшению ситуации в ядерной медицине и помогут практикам.

Медицинское сопровождение

Медицинские пункты на вокзалах города Сочи обеспечили медицинское сопровождение во время зимних Олимпийских игр на высоком профессиональном уровне.

ОАО «РЖД», являясь генеральным партнером XXII зимних Олимпийских игр и XI зимних Паралимпийских игр, обеспечило медицинское сопровождение деятельности вокзальных терминалов города Сочи. В период с 7 по 23 февраля в медицинских пунктах вокзалов на станциях Сочи, Адлер, Олимпийский парк, Хоста, Эсто-Садок, Красная Поляна медицинскую помощь получили более 1700 человек – граждан Российской Федерации и зарубежных государств: Бельгии, Швейцарии, Норвегии, США и др. Среди наиболее частых жалоб – головная боль, связанная с длительным пребыванием в высокогорье, а также с различными переживаниями, например за спортивные результаты сборных.

Пассажиры, обратившиеся в вокзальные медпункты, отмечают высокий профессионализм медицинских работников ОАО «РЖД». В целях наиболее эффективного медицинского обеспечения деятельности вокзальных медпунктов из негосударственных учреждений здравоохранения Северо-Кавказской железной дороги были прикомандированы более 80 лучших медицинских работников.

Медицинские пункты проводили свою работу и во время Паралимпийских игр.

«Положительные отзывы пациентов – самая высокая для нас оценка, – говорит вице-президент ОАО «РЖД» Олег Атьков. – Компания «Российские железные дороги», будучи социально ориентированной, делает все для того, чтобы путешествие было комфортным и безопасным. Железнодорожные врачи круглосуточно стоят на страже здоровья пассажиров во всех регионах страны и, конечно, в олимпийском Сочи, который принял рекордное количество гостей. Для большинства из них Олимпийские игры начались именно с железных дорог России».

Подведены итоги работы системы здравоохранения ОАО «РЖД» в 2013 году

3–4 апреля 2014 года в Волгограде состоялся Медицинский совет Департамента здравоохранения ОАО «РЖД», на котором были подведены итоги работы системы здравоохранения компании в 2013 году, а также обозначены основные задачи на 2014 год.

«Железнодорожные лечебные учреждения традиционно занимают ведущее место в системе здравоохранения Волгограда и Волгоградской области, являются своего рода кузницей руководящих кадров для нашей медицины», – отметила в приветственном слове руководитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования Волгоградской области Татьяна Самарина.

Участников Медсовета: сотрудников Департамента здравоохранения и Дирекции медицинского обеспечения, руководителей региональных дирекций медицинского обеспечения, центральных и дорожных больниц, главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» – приветствовали вице-президент компании Олег Атьков, первый заместитель начальника Приволжской железной дороги Владимир Герус, председатель Волгоградской областной думы Владимир Ефимов, заместитель министра здравоохранения Волгоградской области Анатолий Себелев.

Традиционно одной из ключевых тем обсуждения стало медико-психологическое обеспечение безопасности движения поездов. В 2013 году была реализована масштабная автоматизация работы врачебно-экспертных комиссий (ВЭК), внедрен электронный документооборот. На сети дорог функционировали 184 ВЭК, которыми было проведено 1,6 млн медицинских осмотров, в кабинетах предрейсовых медосмотров – более 30 млн осмотров.

Продолжается развитие высокотехнологичной медицинской помощи. На базе негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» в 2013 году были организованы восемь центров, оказывающих высокотехнологичную медпомощь по профилям кардиология, оториноларингология, урология, травматология и ортопедия, ревматология, профессиональная патология. Всего в системе здравоохранения ОАО «РЖД» действует более 80 центров специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Значимым результатом работы корпоративной системы здравоохранения стала организация медицинского сопровождения деятельности вокзальных терминалов города Сочи во время XXII Олимпийских и XI Паралимпийских игр. В пяти новых фельдшерских медпунктах была оказана медицинская помощь более 2,2 тысячи человек, из них 2% – граждане зарубежных государств, высоко оценившие профессионализм медицинских работников ОАО «РЖД».

В 2014 году перед отраслевыми медиками стоят новые задачи, связанные с медицинским обеспечением крупнейших инфраструктурных проектов, среди которых реконструкция и модернизация Байкало-Амурской магистрали и строительство Северного широтного хода.

Наш приоритет – не останавливаться на достигнутом!

Автор: Главный врач НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД», кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ
Ольга Нахрацкая

Соавторы: Руководитель центра сердечно-сосудистой хирургии, доктор медицинских наук, член Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов, врач высшей квалификационной категории
Аркадий Углов

Руководитель центра микрохирургии глаза, доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории
Олег Кочмала

Новейшее оборудование и современные методики позволили Дорожной клинической больнице ОАО «РЖД» добиться высоких показателей работы. Здесь лечатся и обследуются не только железнодорожники. Многие ростовчане предпочитают лечиться именно в Дорожной клинической больнице. Более сотни страховых компаний и крупных предприятий города и области называют специалистов больницы своими деловыми партнерами.

В своей структуре Дорожная клиническая больница имеет высокотехнологичные центры медицинской помощи, такие как центр сердечно-сосудистой хирургии, центр микрохирургии глаза, неврологический центр, центр эндоурологии и литотрипсии, центр профпатологии и междорожный центр оториноларингологии. В основе работы центров хирургического профиля лежит современный принцип максимально безопасной и минимально травматичной медицины, благодаря чему пациент возвращается к полноценной жизни в кратчайшие сроки.

Центр сердечно-сосудистой хирургии

Центр функционирует с января 2007 года и организован при непосредственном участии вице-президента ОАО «РЖД» О.Ю. Атькова, научной и практической поддержке академика РАН, РАМН Р.С. Акчурина. В состав центра входят отделение кардиохирургии, отделение кардиологии, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца, кардиореанимация, консультативные кабинеты поликлиник.

Задача, которая ставилась при создании центра, – это сочетанная работа всех структур, начиная с амбулаторного приема кардиологов поликлиник, включая диагностические возможности отделений рентгенохирургии, хирургического лечения сложных нарушений ритма, консервативного лечения больных в отделении кардиологии и заканчивая выполнением оперативного вмешательства на уровне «высокой» хирургии сердца и магистральных сосудов с последующим амбулаторным наблюдением. В настоящее время можно с уверенностью считать, что такая организация замкнутого цикла помощи больным с сердечно-сосудистой патологией полностью соответствует поставленной задаче.

В основе работы лежат современные принципы высокотехнологичной хирургии сердца. Выполняются практически все виды хирургических вмешательств на сердце и сосудах, такие как аортокоронарное шунтирование, сочетанные операции на клапанах сердца, включая протезирование и пластику, гибридные хирургические вмешательства, операции на восходящем отделе и дуге аорты в условиях циркуляторного ареста, вмешательства при аневризмах брюшной аорты, операции на брахиоцефальных сосудах, реконструктивные вмешательства на висцеральных артериях и артериях нижних конечностей. Оперируются больные с хронической тромбоэмболией легочной артерии. Здесь нередко берутся оперировать тех, от кого отказались другие клиники, за повторные операции с имеющимися уже осложнениями.

Только с применением виртуозной технологии «бьющегося сердца» (сердце не останавливается на время хирургического вмешательства) за год проводится более 70 операций. И все – с благополучным исходом! В центре ежегодно выполняется около 350 операций на сердце, приблизительно 540 пациентов оперируются с патологией сосудов, преимущественно брахиоцефальных артерий. Совершенствование материально-технической базы, кадрового потенциала, внедрение современных медицинских технологий позволили существенно улучшить результаты лечения, качество и продолжительность жизни больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Нарушение ритма сердца – одна из частых проблем, с которыми нам приходится сталкиваться.

С февраля 2013 года это направление было выделено в виде самостоятельного отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца. В отделении выполняется весь диагностический комплекс по выявлению сложных нарушений и определяется дальнейшая тактика ведения пациентов.

Выполнение чреспищеводного электрофизиологического исследования позволяет диагностировать пароксизмальные формы тахиаритмий, выявлять патологию синусового узла (синдром слабости синусового узла), дает возможность оценивать эффективность антиаритмической терапии, выполнение ишемического теста проводится для исключения ишемической болезни сердца у работников, связанных с движением поездов.

Точное топическое определение зоны тахиаритмий при эндокардиальном электрофизиологическом исследовании сердца дает возможность проводить лечебное вмешательство – радиочастотную аблацию, которая относится к высокотехнологичным операциям. Радиочастотная аблация выполняется при синдроме Вольфа – Паркинсона – Уайта и пароксизмальной атриовентрикулярной узловой re-entry тахикардии, желудочковых нарушениях ритма сердца и пароксизмальной желудочковой тахикардии.

Кроме того, в отделении проводится имплантация электрокардиостимуляторов: одно-двухкамерных систем, систем с антитахикардитическими функциями при персистирующей форме фибрилляции предсердий, имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов (одно-, двухкамерных), имплантация ресинхронизирующих аппаратов – трехкамерных (с функциями дефибриллятора – CRT-D). После установки электрокардиостимулятора больным проводится тестирование стимулятора с подбором индивидуальной программы в зависимости от возраста, уровня физической нагрузки и основного диагноза.

Еще одним структурным подразделением центра является отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, которое было создано в 2007 году. Тогда же выполнены первая коронарография и первое стентирование коронарной артерии. Учитывая многопрофильность Дорожной клинической больницы, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения все время расширяло спектр диагностических и лечебных вмешательств, выходя за пределы кардиологического профиля.

В настоящее время в отделении выполняются все виды селективной ангиографии, позволяющие определить не только анатомические изменения в артериях и венах, но и их функциональные особенности, пластика и стентирование коронарных артерий, артерий почек, чревного ствола, подвздошных артерий и артерий нижних конечностей, пластика артерий голеней при сахарном диабете («диабетической стопе»), эмболизация маточных артерий при миомах матки и маточных кровотечениях, эмболизация гемангиом печени, химиоэмболизация первичных опухолей печени и метастазов, эмболизация сосудов системы наружной сонной артерии (при кровотечениях и хемодектомах), химиоэмболизация верхней геморроидальной артерии (как этап гибридных методов лечения дистальных опухолей прямой кишки). Вмешательства выполняются на современном цифровом ангиографическом оборудовании.

С 2014 года отделение начало выполнять стентирование больных с острым коронарным синдромом и производить коронарографическое исследование в амбулаторном режиме.

Создание центра позволяет решать вопросы диагностики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы на самом высоком современном уровне. Кроме того, все возможности центра широко используются при экспертизе профессиональной пригодности машинистов и помощников машинистов. Это позволяет достоверно исключить патологию коронарных сосудов, что в конечном итоге является главным в профилактике внезапной сердечной смерти.

Врачи центра – участники многих международных конференций и симпозиумов. Персонал регулярно проходит повышение квалификации по направлению «кардиохирургия».

В тесном сотрудничестве с клиницистами работает центр телемедицины. Свои возможности центр телемедицины впервые продемонстрировал в мае 2007 года. Сложную операцию шунтирования на остановленном сердце в режиме реального времени наблюдали кардиологи и кардиохирурги Москвы, Новосибирска и других крупных городов России. Использование нескольких каналов связи позволяет проводить консультации больных со специалистами других телемедицинских центров из 30 городов России и ряда центров за рубежом.

Главная цель центра – улучшение качества жизни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Болезнь отступает, когда проблемы решают профессионалы.

Центр микрохирургии глаза

Одним из важнейших структурных подразделений больницы, безусловно, является центр микрохирургии глаза. В практику внедряются новейшие инновационные технологии и методики лечения глаз. Специалисты центра прошли обучение в известных зарубежных офтальмологических клиниках. В сотрудничестве с другими отделениями больницы центр микрохирургии глаза имеет возможность лечения пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: сахарным диабетом, сердечно-сосудистой патологией – благодаря мониторингу больных специалистами-кардиологами, эндокринологами, при проведении сложных многоэтапных видов микрохирургии глаза.

В настоящее время в отделении выполняется весь спектр диагностического обследования, позволяющий более точно поставить диагноз и назначить правильное лечение. В отделении проводится компьютерная авторефрактометрия, позволяющая оценить преломляющую способность глаза пациента и основные оптические свойства роговицы.

При катарактальной хирургии очень важно точно рассчитать имплантируемую интраокулярную линзу. Эти расчеты проводятся на комбинированном биометрическом приборе, который за считанные секунды производит точнейшие измерения.

Оптическая когерентная томография открыла принципиально новые возможности визуализации структур заднего отрезка глаза. Это существенно расширило возможности диагностики большого числа заболеваний сетчатки и зрительного нерва. Оптический когерентный томограф дает трехмерное измерение послойного строения сетчатки и обеспечивает прекрасную визуализацию патологического очага для последующего планирования лечения и оценки его эффективности.

С момента создания центра в отделении начали выполнять витреоретинальные операции. Это сложные комбинированные вмешательства, которые проводятся на заднем отрезке глаза – сетчатке и стекловидном теле. Цель витреоретинальной операции – восстановить нормальную анатомию глаза и предотвратить неизбежное падение зрения. Оснащение клиники позволяет проводить уникальные витреоретинальные операции при помутнении стекловидного тела, отслойке сетчатке, диабетической ретинопатии, кровоизлиянии в стекловидное тело, макулярных разрывах. Особенность техники операции в том, что в глаз вводятся такие тонкие инструменты, что не требуется проводить предварительные разрезы конъюнктивы и склеры. Заканчивается операция без наложения швов, что относит ее к бесшовным высокотехнологичным операциям. Переход на инструменты меньшего калибра делает технологию максимально щадящей. Благодаря этому сокращается время самой операции и появляется возможность отказаться от общей анестезии. Все это оптимизирует послеоперационную реабилитацию пациентов.

Во всем мире в области микрохирургии глаза витреоретинальные операции оцениваются как самый высокий уровень профессионального мастерства хирурга.

В нашем центре представлены все необходимые для постановки верного диагноза приборы, среди которых компьютерная диагностика зрения (авторефрактометрия), исследование, необходимое для определения вида и степени отклонений рефракции пациента (близорукости, дальнозоркости, астигматизма); компьютерная периметрия; измерение внутриглазного давления; кератопограф (уникальная современная система сканирования поверхности глаза); ультразвуковая офтальмологическая система Ocuscan RXP (производит точные измерения, используемые для расчета силы искусственного хрусталика); фундус-камера (исследование глазного дна, а также качественная автоматическая съемка – отдельные снимки и видеосерия); оптический когерентный томограф (позволяет точно оценить состояние патологического очага и определить показания к медицинской терапии посредством трехмерного изображения послойного строения сетчатки); ультразвуковой В-скан (УЗИ глаза).

Медицина как наука не стоит на месте, все новые и новые достижения внедряются в практическую деятельность. И наша задача – эти достижения сделать частью нашей работы.

344011, г. Ростов-на-Дону,
ул. Варфоломеева, д. 92а
Тел.: +7 (863) 238-22-27
Факс: + 7 (863) 267-09-19
E-mail: dor_bolnica@aaanet.ru
Сайт: www.dor-clinicrostov.ru

Многопрофильная современная здравница

В самом сердце святой Белгородчины, среди хвойных лесов в гармоничном соседстве с природой старинного лесного урочища расположился санаторий с символическим названием «Красиво». По мнению специалистов Всероссийского центра восстановительной медицины и курортологии, в «Красиво» благодаря существующим природным факторам созданы идеальные условия для восстановления здоровья

Директор ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»
Галина Черкашина

Согласно проведенным исследованиям, уникальный лесной ландшафт территории санатория идеально регулирует распределение тепла и влаги. Воздух характеризуется повышенной ионизованностью. Все это является мощными природными факторами и определяет широкие возможности санатория в организации высокоэффективной климатотерапии. Территория санатория составляет более 80 гектаров, на 60% площади сохранен первозданный сосновый бор. Общая площадь землепользования санатория – 700 гектаров.

Уникальностью санатория является его универсальность и многофункциональность. Производственные мощности санатория исчисляются 450 койками.

Санаторий занимается восстановительным лечением и медицинской реабилитацией всех слоев населения Белгородской области.

Программы оздоровления

Потребность региона в оздоровлении граждан различных социальных категорий продиктовала необходимость разработки многочисленных программ по улучшению здоровья населения.

Почетных пенсионеров и престарелых жителей области – граждан социально незащищенной категории, которых ежегодно в количестве более 1000 человек отправляет на оздоровление управление социальной защиты населения области, – принимает геронтологический центр санатория. В центре обустроена доступная среда и многочисленные удобства для пожилых людей.

Инвалиды войны и труда – льготная категория граждан общей численностью 2000 отдыхающих в год – получают санаторно-курортную помощь по линии фонда социального страхования в рамках реализации Закона РФ от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ.

Ежегодно курс оздоровления в санатории проходят дети-инвалиды с сопровождающими лицами по путевке «Мать и дитя».

Администрация области находит возможность организации оздоровительного отдыха в санатории для сотрудников бюджетной сферы: работников образования, здравоохранения и культуры.

С 2005 года в санатории открыто и успешно работает отделение долечивания (стационарное отделение медицинской реабилитации), которое принимает на восстановление лиц после стационарного лечения. Отделение долечивания работает на 60 коек кардиологических больных после перенесенных заболеваний и операций на сердце (АКШ и стентирования коронарных сосудов). Направление на госпитализацию пациентов этого профиля осуществляет кардиоцентр ОКБ Белгородской области.

В 2006 году в отделении долечивания были открыты койки для беременных групп риска с различными патологиями, в этом направлении санаторий вплотную работает со специалистами перинатального центра области.

Помимо остро нуждающихся в санаторно-курортной помощи граждан и социально незащищенных слоев населения, которых санаторий ежегодно принимает около 5 тысяч человек, санаторий достаточно популярен и привлекателен и для коммерческих отдыхающих. Почти 5 тысяч граждан Белгородской области, Центрального Черноземья, Сибири и районов Крайнего Севера предпочитают отдых в нашем санатории.

Мы заботимся о качестве жизни!

Уровень оказываемых санаторием услуг является гарантом обеспечения социальной стабильности и повышения качества жизни населения Белгородской области. Санаторий в своем современном виде – это огромная территория здоровья, где используются уникальные методики диагностики и лечения. В распоряжении пациентов более 150 видов медицинских услуг, которые назначают и оказывают высокопрофессиональные медицинские работники: 23 врача, трое из которых имеют звание кандидата медицинских наук, и 86 медицинских сестер. В санатории лицензировано более 60 видов услуг медицинской деятельности.

Существует целый ряд проверенных временем высокоэффективных методов лечения: бальнео-, фито-, грязе-, физиолечение, иглорефлексо- и мануальная терапия, массаж, ЛФК, в том числе в бассейне, а также спелео- и криотерапия. Большой популярностью пользуются процедура внутривенной озонотерапии, гирудотерапия, мониторное очищение кишечника. Проводится радоно- и шунгитолечение.

Внедренные методы лечения и современная диагностическая база дают возможность получать высокие показатели качественного улучшения состояния всех категорий отдыхающих, которые едут в наш санаторий за здоровьем.

Минеральная вода «Красиво», добываемая из собственной скважины глубиной 700 метров, экологически чистые, здоровые продукты питания в большом ассортименте со своего подсобного хозяйства, благоустроенная зеленая курортная зона санатория, оздоровительный пляж на берегу живописной реки Ворсклы – левого притока Днепра, комфортабельные номера и сосновые коттеджи, развитая спортивная база, приветливость персонала и высокое качество обслуживания отдыхающих добавляют привлекательности санаторию.

Санаторий «Красиво» по праву считается жемчужиной Белгородской земли.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения

Санаторий «Красиво»

Здесь дарят здоровье, возвращают силы, что позволяет жителям Белгородской области различного возраста, категории и статуса адаптироваться к нагрузкам повседневной жизни, добиться психологической устойчивости к стрессам, верить в себя и свои силы. Красивская марка – это сочетание эффективного восстановительного лечения и активного отдыха, напоенный ароматом сосен воздух, комфорт, современная лечебно-диагностическая база, тихое и уютное место в сочетании с отличным сервисом.

Мы делаем мечту реальностью
И делаем это
КРАСИВО!

309368, РФ, Белгородская область, Борисовский район, х. Никольский, д. 1а
Тел.: (47246) 5-08-04 • Менеджер по бронированию: (47246) 33-175, 33-130 • Факс: (47246) 33-111
E-mail: info@san-krasivo.ru • Сайт: http://www.san-krasivo.ru

Позитивные изменения

На заседании столичного правительства подвели итоги реализации в 2013 году программы «Столичное здравоохранение»

Мэр Москвы
Сергей Собянин

Московское здравоохранение является лучшим в России благодаря системе преобразования материальной базы, оснащению самым современным оборудованием. За последние годы удалось достичь позитивного изменения большинства показателей. Главным достижением стало увеличение продолжительности жизни горожан. На сегодня она приблизилась к европейским показателям. Тем не менее проблем в области здравоохранения более чем достаточно, и связаны они в том числе и со структурными преобразованиями, которые идут в отрасли, и с переходом на систему ОМС.

За последние три года в Москве построили 7 новых поликлиник и одну подстанцию скорой помощи. В прошлом году отобрано почти 70 помещений для открытия офисов семейных врачей. В первом квартале этого года планируется открытие 4 офисов. В 2013 году была организована работа трех мобильных медицинских комплексов, в этом году их число увеличится до пяти.

За три года медучреждения столицы получили почти 68,8 тысячи единиц современного оборудования. Значительно были сокращены сроки ожидания приема врачей – как терапевтов, так и специалистов. Во всех медицинских организациях города внедрена электронная запись к врачу. Началась реализация проектов внедрения электронной медицинской карты, электронного рецепта и больничного листка.

Москва и Севастополь – города-побратимы

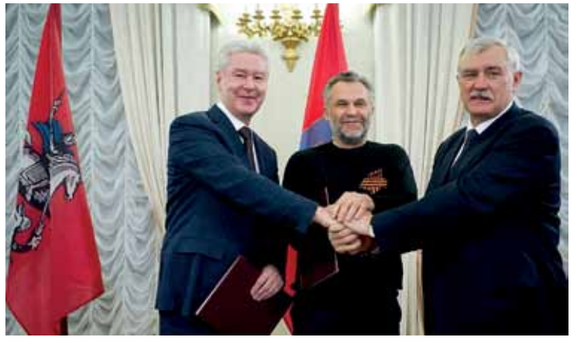
Мэр Москвы Сергей Собянин и глава Севастополя Алексей Чалый подписали договор о сотрудничестве

Севастополь для нас всегда оставался родным, братским городом, и сегодня происходит формальное оформление того, что было всегда на самом деле, и того, как чувствовали это москвичи и севастопольцы: мы всегда считали себя единым народом, единой территорией. Я напомню, что все последние годы мы активно взаимодействовали с Севастополем, помогая и в вопросах социальной политики, медицины, строили жилье для работников и ветеранов Черноморского флота (за годы шефства над Черноморским флотом Москва возвела для военнослужащих и членов их семей 37 жилых домов, детский сад, общеобразовательную школу). Тесные культурные, социальные, исторические связи развивались, несмотря на то что формально между нами проходила граница. Сейчас этой границы нет, и мы делаем первые шаги в нашем сотрудничестве.

Подписав договор, мы намечаем новые планы взаимодействия во всех направлениях жизнедеятельности наших городов, начиная от коммунального хозяйства и заканчивая социальной сферой. Мы уже договорились о большом проекте в области медицины. Речь идет о поставках сотен единиц нового медицинского оборудования, которое призвано коренным образом модернизировать севастопольское здравоохранение. Мы приступаем к процедурам закупки медтехники, затем вместе с севастопольскими учреждениями здравоохранения будем заниматься поставками и обучением специалистов. Это, конечно, не быстрый процесс, но, я думаю, в течение полутора лет все будет реализовано.

Если говорить о первоочередных задачах, то станем заниматься приведением в порядок своих объектов в Крыму. Там расположены три санатория, и, к сожалению, было поставлено под сомнение, что они – московские санатории. Я надеюсь, что сейчас таких сомнений не будет, и мы станем вкладывать инвестиции для того, чтобы и москвичи, и крымчане, и украинцы – все желающие – пользовались ими.

В самое ближайшее время представители многих московских ведомств отправятся в Севастополь для того, чтобы уже на месте решать, как воплощать в жизнь все принятые договоренности. Масштабный план модернизации был намечен вместе с мэром Севастополя. Для поликлиник черноморского города собираются в том числе закупить современное оборудование. В ходе реализации программы власти будут советоваться с врачами и экспертами.



Динамика развития

Подведены итоги реализации городской государственной программы «Столичное здравоохранение» в 2013 году

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы
Георгий Голухов

Главным итогом выполнения программных мероприятий явилась положительная динамика основных демографических показателей.

Так, рождаемость составила 11,3 на 1 тысячу человек. Коэффициент прироста населения по сравнению с 2012 годом вырос на 14%. Показатель общей смертности населения снизился до 9,7 на 1 тысячу человек. Младенческая смертность в 2013 году также снизилась на 10%, смертность в результате ДТП – на 15,6%. Смертность от болезней системы кровообращения на 17% ниже среднероссийской. Кроме того, в столице зафиксировано радикальное снижение заболеваемости населения туберкулезом (этот показатель в 2 раза ниже общероссийского), а также по таким классам, как осложнения беременности и родов, новообразования, инфекционные болезни.

Таким образом, в Москве уже в 2013 году достигнуты и улучшены почти все показатели, определенные указом Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598, которых требовалось достичь к 2018 году.

В 2013 году дальнейшее развитие получила программа привлечения общественности к управлению сферой охраны здоровья: организованы общественные советы по защите прав пациентов при всех медицинских дирекциях, поликлиниках и больницах, а также при Департаменте здравоохранения, активно используются интернет-ресурсы Правительства Москвы. На особый контроль в столице поставлено медицинское обслуживание ветеранов и инвалидов. За 2013 год проведено более 100 акций среди различных групп населения с целью популяризации городского здравоохранения и профилактики заболеваний, в которых приняло участие более 300 тысяч человек.

В связи с проводимой политикой открытости в 2013 году на 15% увеличилось количество обращений в Департамент здравоохранения города, при этом отмечается положительная динамика по числу обоснованных жалоб в сравнении с 2012 годом: их общее количество снизилось на 25%.

В результате масштабного переоснащения медицинских учреждений значительно увеличилось количество современного диагностического оборудования, повысилась доступность высокотехнологичных обследований: их число возросло более чем в 2 раза по сравнению с 2010 годом.

В соответствии с поручением мэра Москвы около 80% высокотехнологичного оборудования в столичных больницах работает в две-три смены.

Одним из приоритетных направлений развития московского здравоохранения является повышение роли первичной медико-санитарной помощи. В рамках реализации городской программы огромное внимание уделяется развитию службы неотложной помощи, стационарозамещающих технологий, повышению мощности и эффективности работы дневных стационаров. В 2013 году дополнительно были открыты 53 дневных стационара, что позволяет разгрузить городские больницы.

Активная работа властей города направлена на уменьшение сроков ожидания приема врача в медицинских учреждениях. Уже сейчас плановые сроки ожидания врача, установленные Правительством Москвы, ниже рекомендованных Министерством здравоохранения РФ. Доступность медико-санитарной помощи и сроки ожидания врача в столице контролируются благодаря внедрению единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС), созданной при поддержке Департамента информационных технологий столицы.

Еще одним приоритетным направлением работы является медицинская профилактика заболеваний. В 2013 году начат масштабный проект по проведению диспансеризации взрослого населения.

Не меньшая работа была проведена и по первичной профилактике инфекционных заболеваний. В 2014 году Правительство Москвы выделило 300 млн рублей для проведения вакцинации против гриппа, пневмококка, ротавирусной инфекции и ветряной оспы.

> Уже в 2013 году в столичном здравоохранении достигнуты и улучшены почти все показатели, определенные указом Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598, которых требовалось достичь к 2018 году

Важным направлением развития системы здравоохранения в столице является развитие скорой и неотложной медицинской помощи. Была проведена масштабная работа по возрождению отделений неотложной помощи для взрослого населения города и оптимизации данной службы для оказания помощи детям, что позволило сократить средние сроки прибытия бригад для оказания медицинской помощи в среднем до 16 минут, на экстренные вызовы – до 14 минут, на ДТП – до 8,8 минуты.

Безусловным приоритетом городской программы развития здравоохранения является охрана здоровья матери и ребенка. Более 70% женщин, вставших на учет в первый триместр беременности, проходят комплексную пренатальную диагностику. Ежегодно в столице уменьшается частота абортов среди женщин фертильного возраста. Все новорожденные дети проходят неонатальный и аудиологический скрининг, практически все детское население Москвы – профилактические медицинские осмотры.

В 2013 году продолжено внедрение современных информационных систем в здравоохранении: во всех поликлиниках работает система электронной регистратуры для записи к врачу, в пилотном режиме внедряется электронная медицинская карта.

Укомплектованность государственных медицинских учреждений в 2013 году достигла около 92%, соотношение числа врачей и среднего медицинского персонала приблизилось к показателю 1:2. В постоянную практику введена государственная система зарубежных стажировок специалистов городского здравоохранения. Совместно с Московским городским университетом управления правительства столицы ведется подготовка кадров высшего управленческого персонала.

Также в 2013 году были достигнуты плановые показатели заработной платы медицинского персонала, средняя заработная плата врачей возросла до 73 тысяч рублей, а средних медицинских работников – до 55 тысяч рублей.

2014 год станет результирующим по оценке эффективности проведенной модернизации и реструктуризации городского здравоохранения.

Территория высоких стандартов

Перед медиками стоят важные задачи по улучшению качества и доступности медицинской помощи населению, существенному снижению уровня смертности москвичей.
С неожиданной проверкой в конце декабря прошлого года в лечебные учреждения Восточного округа столицы приехала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она посетила четыре поликлиники (две из них – детские) и два стационара (взрослый и детский). Министра сопровождала целая группа специалистов. Они внимательно и досконально проверили работу больниц и поликлиник округа. Конечно, это стало серьезным экзаменом для медиков. Вероника Игоревна дала высокую оценку организации здравоохранения в ВАО и в целом в столице. Не могла не порадовать министра здравоохранения РФ практически в полном объеме работающая в учреждениях информационная система. К ней подключены все кабинеты врачей, а пациенты активно пользуются услугами электронной регистратуры. О проблемах и перспективах столичного здравоохранения –

Директор ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Восточного административного округа города Москвы»
Всеволод Галкин

Всеволод Николаевич, какие изменения произошли в здравоохранении округа в прошлом году?

Оглядываясь в прошлое, можно сказать, что структурные перемены, которые стартовали ранее, обрели законченные черты. В прошлом году завершилась реорганизация амбулаторно-поликлинических центров. Во все времена на работу поликлинического звена поступало много жалоб и нареканий от москвичей. Объясняется это тем, что проблем в первичном звене накопилось достаточно. Главной задачей реорганизации стало повышение доступности медицинской помощи. Современное оборудование и квалифицированные кадры были сконцентрированы в амбулаторно-поликлинических центрах (АПЦ).

На сегодняшний день в Восточном округе функционирует 11 АПЦ, 6 из них – для взрослого населения и 5 – для детского. Вся поступившая новая аппаратура введена в эксплуатацию.

В результате отношение населения к реорганизации меняется в лучшую сторону, хотя случаются и жалобы. Но наметилась отчетливая тенденция к их уменьшению. А это признак того, что население прошедшие реформы поняло и приняло. Хотя слишком много у реформ выявилось противников. Опасения, что такое объединение ни к чему хорошему не приведет, высказывали прежде всего пожилые люди. Но сегодня они убедились, что доступность медицинской помощи заметно возросла.

Самый наглядный пример, который в последнее время хочется приводить: до реализации Программы модернизации сроки ожидания компьютерной томографии в нашем округе превышали месяц, а иногда и два. Бывало, дело доходило даже до трех месяцев. Теперь любой пациент с помощью КТ обследуется в течение двух недель.

Кроме того, кардинально уменьшились сроки ожидания консультаций врачей-терапевтов, узких специалистов. В декабре была принята территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи по городу Москве. Надо отметить, что сроки ожидания консультаций и исследований, установленные в ней для столицы, значительно ниже, чем предусмотренные по федеральным нормативам. И в этом легко убедиться, потому что эти документы опубликованы в открытой печати. Их должны знать и пациенты. Более того, они вправе требовать выполнения установленных норм.

Итогом реорганизации амбулаторно-поликлинических учреждений, выполнения Программы модернизации здравоохранения

(проведение ремонтов, ввод в эксплуатацию рентгеновских, компьютерных томографов и ультразвуковых аппаратов экспертного класса) стало повышение качества медицинской помощи и заработной платы медикам.

С нового года городские поликлиники стали работать в условиях подушевого финансирования. Не приведет ли реализация этого радикального решения к тому, что качество медицинской помощи не повысится, а, наоборот, ухудшится…

Амбулаторные центры столицы работают в рамках подушевого финансирования в течение трех месяцев. Естественно, требуется определенное время, чтобы система заработала в полном объеме, были настроены все ее звенья. Не вдаваясь в подробности, скажу, что подушевое финансирование подталкивает ЛПУ к развитию профилактических услуг. И на сегодняшний день эти вопросы, естественно, обсуждаются с главными врачами. У них есть четкое понимание, что, как и во всем мире, подушевое финансирование наиболее оптимальная модель оплаты амбулаторной медицинской помощи. Не случайно сегодня активно создаются отделения реабилитации, восстановительного лечения и дневные стационары.

Мне возразят, что последние функционируют уже длительное время. Но статистика убеждает, что они получили ныне как бы второе дыхание. Благодаря дневным стационарам большинство пациентов имеют возможность, не госпитализируясь в круглосуточный стационар, полноценно пролечиться фактически дома.

С января 2014 года должен был вступить в силу приказ Минздрава России № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи», который определяет новые правила работы этих служб. На ваш взгляд, этот нормативный документ поможет упорядочить работу медиков?

Вопрос сложный. В разработке этого нормативного документа принимали участие главные специалисты по своим направлениям, наиболее известные ученые. Документ получился выверенным и достаточно сбалансированным. Думаю, что если в него внесут необходимые настройки, небольшие изменения, дополнения, то документ станет жизнеспособным. А в целом такой порядок нужен, и он представляется очень рациональным.

В Москве идет реорганизация стационарных лечебных учреждений, коснулась ли она Восточного округа? Сократилось ли в нем количество больниц?

Действительно, количество юридических лиц уменьшилось. Но не число стационаров. В первую очередь изменения затронули родильные дома. Лучше проиллюстрирую это на конкретном примере. В Восточном округе находится хороший родильный дом № 20. Всего несколько лет назад в нем завершился капитальный ремонт. Строители привели здание в идеальный порядок. Но с точки зрения организации медицинской помощи наличие родильных домов вне многопрофильных стационаров вызывает определенные вопросы. Когда поступают тяжелые пациентки или возникают сложные клинические ситуации, требуется срочно доставить таких больных в многопрофильный стационар или вызвать к нему консультантов. А сделать это в отдельно стоящем родильном доме гораздо сложнее, чем в том, который входит в структуру такой больницы. Учитывая это, специалисты проанализировали работу всех родовспомогательных учреждений. Изучив предоставленные материалы, руководство города совершенно справедливо приняло решение о вхождении отдельно стоящих родильных домов в состав многопрофильных крупных стационаров. Естественно, это существенно упростило оказание специализированной медицинской помощи в экстренных ситуациях, когда для спасения роженицы и плода требуется немедленное применение какого-то метода лечения. С организационной точки зрения это абсолютно правильное решение, которое ни в коем случае не ущемляет интересы москвичей. Смею заверить всех сомневающихся: ни одна койка, ни один сотрудник реорганизованных родильных домов не сокращен. Москвички должны рожать здоровых детей.

Статистические «средние» цифры зарплат свидетельствуют о том, что в Москве оплата труда медиков повышается этап за этапом. И тем не менее существует опасность поставить во главу угла «среднюю температуру по больнице», не обращая внимания, что целые категории медиков еще зарабатывают унизительно мало...

Понятно, что заработная плата должна быть дифференцированной. Передо мной на столе лежат цифры. На сегодняшний день в стационарах округа средняя заработная плата врача превышает 77 тысяч рублей. В амбулаторных центрах врачи зарабатывают чуточку меньше – 68 тысяч. Оплата труда среднего медицинского персонала, работающего в стационарах, составляет 54 тысячи рублей, в амбулаторных центрах – 52.

Безусловно, это некая средняя величина, но ее нельзя назвать средней температурой по больнице. Эти показатели характеризуют состояние системы в целом. Могу сказать, что заработная плата в медицине сегодня вполне достойная. Руководство города старается максимально поддержать наших коллег. Безусловно, это не предел уровня оплаты труда. Мы планируем и дальше настойчиво повышать заработную плату медицинским работникам.

Считаю, что новая система выстроена вполне логично. Ее уровень зависит от стажа, категории, ученой степени. Поэтому вполне естественно, что профессор получает значительно больше, чем молодой доктор, отработавший всего 2 или 3 года. И это справедливо. Все врачи старшего поколения проходили через этот начальный этап врачебной карьеры. Например, мои бывшие сокурсники в свое время вынуждены были дежурить по 10 раз в месяц! Я это хорошо помню, а в некоторые месяцы им ставили по 12 дежурств. Только так получалось заработать приличные деньги...

Как обстоят дела с кадрами в Восточном округе? Можно ли назвать его одним из благополучных в этом плане в столице?

К сожалению, до полной идиллии еще далеко. Укомплектованность кадрами в первичном звене не превышает 75%. Но мы очень рассчитываем на проводимые преобразования, на ту систему подготовки кадров, которая формируется благодаря поддержке Правительства Москвы. В амбулаторное звено приходят квалифицированные специалисты из стационаров. Среди них есть и доценты, профессора, в том числе и по таким специальностям, как аллергология, иммунология. Врачи больниц теперь активно консультируют и принимают пациентов в амбулаторных центрах. За счет этого решаются многие проблемы.

На ваш взгляд, удалось ли столице достигнуть нового уровня повышения квалификации медиков?

Система повышения квалификации должна постоянно совершенствоваться и меняться. И, безусловно, каждый год вносит что-то новое в ее функционирование. Все больше врачей и медицинских сестер считают непрерывное образование эффективным обязательным элементом профессионального роста.

Врач должен читать профессиональную литературу, выступать на специализированных конференциях, участвовать в работе научных обществ, общаться с коллегами. И, естественно, всегда стремиться повысить собственный профессиональный уровень. Этому способствует и программа Правительства Москвы, одной из составных частей которой стали стажировки в зарубежных клиниках. Они позволяют познакомиться с работой иностранных коллег, взять из их опыта что-то лучшее. Поездки длятся 10–14 дней. Этого времени вполне достаточно, чтобы специалист смог оценить применяемые там технологии, использовать потом дома наиболее ценное.

По поручению Департамента здравоохранения Москвы мне довелось побывать в Берлине. Наша делегация предварительно общалась с германским сенатским комитетом. И мы достигли предварительной договоренности, что московских специалистов пригласят на обучение в госпиталь в Шериде. Специальности, которые нас интересуют, – это, прежде всего, хирургия, реаниматология-анестезиология. Конечно, надо знакомить врачей с передовыми наработками в акушерстве-гинекологии, сестринском деле, проведении реабилитации.

В ближайшее время мы выйдем на конкретные договоренности по этому вопросу, наши сотрудники поедут на учебу.

Между тем в швейцарских клиниках уже побывало более 400 российских медиков. Отзывы о командировках, надо признать, самые положительные. Польза – огромная. Плюс ко всему Департамент здравоохранения Москвы проводит обширную программу по подготовке управленческих кадров. Исторически так сложилось в России, что отраслью руководят врачи. Ничего плохого в этом нет, если главные врачи повысили свои знания, связанные с организацией управленческих процессов, кадрами, финансами. Поэтому в рамках Московского института государственного и муниципального управления создаются специальные программы для руководителей лечебных учреждений и специалистов дирекций и Департамента здравоохранения. Естественно, мы «побуждаем» сотрудников учиться на таких курсах, получить там второе высшее образование.

Когда прикрепиться к соседнему лечебному учреждению в условиях подушевого финансирования хотят жители столицы, с этой ситуацией все понятно. А как быть, если лечиться в московских поликлиниках захотят жители ближнего Подмосковья? Им также не откажут в «прикреплении»?

Мы понимаем, что Москва – это особый город, который испытывает большую миграционную нагрузку. Кроме того, значительное количество жителей Подмосковья приезжают на работу в столицу. Лечиться в столице стремятся и жители других регионов. Ничего в этом плохого нет. Такое лечение оплачивается благодаря механизмам взаимозачетов.

Подчеркну, что указаний не принимать пациентов из других регионов никто не давал. Каждый гражданин России может получить консультацию и пройти диагностику и лечение в любом амбулаторном центре. Для этого и функционируют механизмы ОМС. Но, естественно, хотелось бы, чтобы территориальные фонды ускорили финансовое обеспечение по выставленным счетам.

Много сегодня говорится об оплате стационарной помощи по КСГ. На ваш взгляд, все ли готово для работы по названной модели?

В Москве планируется переход на оплату стационарной помощи по клинически связанным группам. Это прогрессивный метод расчетов, по которому работают все страны Европы, а США вообще применяет его более 30 лет. Он позволяет стимулировать развитие стационарной помощи. Но по большому счету столичное здравоохранение на протяжении последних 15 лет использует стандарты ОМС, схожие с системой КСГ. Поэтому ожидать каких-то потрясений в связи с новой моделью безосновательно. Думаю, что это произойдет в течение первого полугодия 2014 года.

В свете мирового финансового кризиса многие опасаются перевода значительной части медицинской помощи в платную. Есть ли основания у подобного рода сценариев?

В разговоре мы касались территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. В ней все прописано. Этот документ подтвержден четкими цифрами, заложенными в бюджет Москвы. Просмотрев его, можно убедиться, что никакого снижения финансирования здравоохранения в наступившем году не предусмотрено. Не заложено сокращение, например, количества посещений или пролеченных больных. Смею заверить, что и по результатам 2014 года не произойдет уменьшения объемов медицинской помощи по сравнению с годом предыдущим.

Но платные услуги, безусловно, имеют право на существование. Прежде всего, к ним относятся медицинские услуги, которые не входят в систему ОМС. И вторая часть – это лечение в плановом порядке иностранных граждан. Платные услуги активно внедряются в наших стационарах и амбулаторных центрах. Надо напомнить также, что мэр Москвы Сергей Собянин поставил перед медиками амбициозную задачу: в столицу на лечение должны приезжать пациенты из других регионов России, ближнего и дальнего зарубежья. Думаю, что при наличии новейшей аппаратуры, квалифицированных кадров это вполне решаемая задача.

Несколько слов об информатизации здравоохранения округа…

Информатизация предоставляет все больше возможностей москвичам. И, конечно же, играет важную роль в повышении эффективности и качества работы лечебных учреждений. Речь идет и о введении амбулаторной карты. За прошлый год проведена, не побоюсь этого слова, титаническая работа. Практически все сотрудники амбулаторных центров, если в этом имелась необходимость, обучены работе на персональных компьютерах. Все лечебные учреждения работают в электронной системе ЭМИАС, заполняют электронную карту больного. Хотя на сегодняшний день она и не является главной. Дубликат ее пока ведется на бумажном носителе.

Идет налаживание коммуникаций между службами, совершенствование электронного документооборота. Это и запись на прием к смежному специалисту. Следующий шаг – обмен данными лабораторных и рентгеновских исследований. Это даст возможность врачу на рабочем месте увидеть сделанные ранее снимки, посмотреть их интерпретацию или быстро получить их результаты.

Информатизация – один из тех инструментов, который позволяет в том числе обеспечить доступность медицинской помощи, сократить сроки ожидания приема у врача. В последнее время мы обращаемся к пациентам: не надо стоять в очереди, приходить записываться в регистратуру поликлиники. Сделайте это на портале госуслуг, на специальном сайте и по единому телефону. Перечисленные способы значительно сокращают очереди, не требуют лишних поездок и удобны всем пациентам.

Уже с февраля месяца введена еще одна очень полезная опция — смс-сервис о приеме врача. Все пациенты, которые записались или записаны на прием, за сутки или двое до назначенного в поликлинике времени будут получать (при их согласии) сообщение, напоминающее о необходимости прийти к врачу в назначенное время. Для пациента этот сервис бесплатный. Вообще, информационная система не константа. Она постоянно развивается, улучшая свои возможности. В первом полугодии, напомню, по всей Москве будет налаживаться выписка электронных льготных рецептов. Нововведение поможет хроническим больным получить рецепты, не приходя в поликлинику.

Как вы относитесь к частно-государственному партнерству в здравоохранении?

В Восточном округе таких примеров пока нет. Хотя названная форма заслуживает внимания и поддержки. Мы очень надеемся, что в 2014 году один из проектов, который мы предлагаем нашим инвесторам, будет реализован. На основе частно-государственного партнерства начнет функционировать гемодиализный центр.

И несколько слов о том, на каких проблемах предстоит «сконцентрироваться» здравоохранению округа в ближайшее время...

О планах можно говорить долго... Одним из показателей работы системы являются продолжительность жизни и летальность от основных заболеваний. Естественно, в этом плане поставлены серьезные задачи по снижению летальности прежде всего при сердечно-сосудистых заболеваниях. Это касается и амбулаторной службы. Именно здесь должны заниматься профилактикой инсультов и инфарктов. А для этого большее значение приобретает организация школ артериальной гипертонии, коронарных клубов. Будет продолжено совершенствование оказания медицинской помощи пациентам как с острым инфарктом миокарда, так и с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Сегодня отработана маршрутизация пациентов. Все пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения немедленно направляются в стационары. Для их лечения используются возможности ангиографии, стентирования, тромболизиса. И тем не менее смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в столице значительно выше, чем в странах Восточной Европы. Первая цель, к которой мы будем стремиться, – достичь уровня этих государств. Летальность при инфарктах там – 9%. Если проявить инициативу и настойчивость клиницистам и организаторам здравоохранения, в целом столичной медицине вполне под силу эта планка.

Реконструкция отрасли

Реформирование столичного здравоохранения стало шагом вперед в решении задач охраны здоровья москвичей. Большие перемены произошли в поликлиническом звене Первопрестольной, повысился уровень значимости первичной медико-санитарной помощи населению. Это хорошо видно на примере амбулаторных центров

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Городская поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы»
Инга Кокарева

Городская поликлиника № 64 стала амбулаторным центром, к ней были присоединены городские поликлиники № 122 (филиал № 1), № 114 (филиал № 2), № 18 (филиал № 3). Теперь объединение обслуживает 165 тысяч прикрепленного населения.

Выбор на наше учреждение пал не случайно. Поликлиника удачно расположена. У нее богатое прошлое, хорошо укомплектована, имеет сильный кадровый состав.

Создание учреждения связано с появлением в 1927 году единого диспансера имени 10-летия Октября. Через год в нем разместилась Введенская амбулатория, которая обслуживала население Лефортовского района численностью 56 тысяч человек. В 1932 году в систему единого диспансера вливается Детская амбулатория, а в 1938-м учреждение переименовано в городскую поликлинику № 64.

В годы войны поликлиника работала с большим напряжением. Сотрудники из-за постоянного поступления больных находились на казарменном положении. В июле 1941 года для фронтовиков здесь был открыт донорский пункт. К 1957 году поликлиника выросла в крупное многопрофильное учреждение со стационаром на 50 коек. Сегодня это современная многопрофильная поликлиника, предоставляющая широкий спектр медицинских услуг.

Главное не только оснащение, квалификация, но и мотивированность персонала на качественную работу

Благодаря Программе модернизации амбулаторный центр очень неплохо оснащен. В нем установлены два рентген-аппарата самого последнего поколения, аппарат УЗИ экспертного класса, компьютерный томограф. Полностью преобразован и хорошо оснащен эндоскопический блок. При этом «укрепление» каждого филиала осуществлялось поэтапно. Заработали дневные стационары в филиалах № 1 и 3. Для них были выделены отдельные помещения. В филиале № 3 организовано эндокринологическое отделение. В головной поликлинике открылось консультативно-диагностическое отделение, в нем прием ведут пульмонолог, гастроэнтеролог, аллерголог иммунолог, маммолог, онколог, гинеколог, эндокринолог, кардиолог, колопроктолог, нефролог. Соответственно весь набор консультативной помощи пациенты могут получить непосредственно в амбулаторном центре. Для этого больше не надо ехать в КДЦ для консультаций и прохождения многих исследований. Достаточно прийти на прием к участковому терапевту. Если такая диагностика необходима, она будет проведена в течение 7 дней, как и предусмотрено территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Причем на территории проживания, а не в другом районе столицы. Когда пациенты не могут приехать к врачу на консультацию в амбулаторный центр, создаются выездные врачебные бригады. Они ведут лечение на дому инвалидов, ветеранов ВОВ. Как и в других АЦ, есть все для оказания помощи на амбулаторном этапе: диагностические возможности, прием ведут специалисты по 24 направлениям, проводится восстановительное, физиотерапевтическое, стоматологическое лечение, работает зубопротезное отделение.

С 2011 года в поликлинике № 64 открыто отделение неотложной помощи. С 1 ноября 2013 года на его базе создана единая диспетчерская Восточного округа. Все вызовы поступают именно сюда. А дальше сотрудники диспетчерской передают информацию в те бригады поликлиник, которые обслуживают указанный адрес. При этом функционируют три бригады, работающие в круглосуточном режиме. В среднем они обслуживают 20–25 вызовов за сутки.

Скажу откровенно, часть врачей после реорганизации перешла в другие поликлиники. Поэтому на момент моего назначения главным врачом укомплектованность достигала 48%, теперь – 98%. Разрешению кадровой ситуации, безусловно, способствовало техническое перевооружение, повышение заработной платы. В среднем сегодня у врача она составляет 67 тысяч рублей. Свою роль сыграл и тот факт, что в амбулаторном центре подобрались достаточно молодые специалисты. Поработав какое-то время в новых условиях, коллектив стал более сплоченным и мотивированным на качественное оказание медицинской помощи. Соответственно, врачи и средние медицинские сестры стали дорожить своей работой. Амбулаторный центр практически полностью укомплектован участковыми терапевтами, и мы этим очень гордимся.

Но нельзя сказать, что проблемы обошли нас стороной. Конечно, их еще очень много. В амбулаторном центре нет собственной лаборатории, нам не подчинена ни одна женская консультация. Соответственно, за все услуги, оказанные нашим пациентам, приходится платить из подушевого финансирования, которое предусмотрено для амбулаторного центра.

Повышенное внимание – пожилым

В амбулаторном центре продолжает свое развитие гериатрическая служба. В каждой из наших четырех поликлиник есть специалист, занимающийся только старшим поколением. И это правильно. Поставить диагноз пожилому человеку, ориентируясь только на знание классических проявлений заболевания, даже опытному врачу затруднительно. Симптомы, характерные для любого заболевания, у пожилых людей могут отсутствовать или оказаться скрытыми, не сильно выраженными. Кроме того, важно установить, какие перемены происходят с человеком в рамках физиологического старения, а какие связаны с заболеванием, требующим терапевтической коррекции. И лучше всего это сделает врач-гериатр.

Учитывая, что многие наши пациенты – люди старшего возраста, мы установили лифт, чтобы больные с его помощью могли подниматься с первого на второй этаж. Это совсем не лишнее, учитывая, что травмпункт в поликлинике № 64 находится на первом этаже, а рентгеновское отделение – на втором. И возникают трудности, как попасть туда больным с травмами.

Информатизация и планы на будущее

Как и все амбулаторные центры, наши врачи работают в системе ЕМИАС. Действующая информационная система позволяет записываться на прием к врачу с помощью Интернета. А рентгеновские снимки, сделанные в диагностическом отделении, – передавать непосредственно в кабинет лечащего врача. Это очень удобно, учитывая, что в поликлинике работает травмпункт. И врач сразу может решить, нуждается ли пострадавший в дополнительном исследовании, какая тактика лечения необходима. Когда пациенты записываются через инфоматы, в регистратуре заранее подбираются карты. Если больной нуждается в срочном обследовании, то он сможет это сделать в порядке живой очереди.

Сегодня продолжается оснащение новым оборудованием стоматологического отделения. Между тем оно уже располагает аппаратурой, которой владеют немногие государственные и частные клиники. Помимо визиографа, установлен компьютерный мини-томограф.

Будущее связываем с расширением коечной мощности дневных стационаров. До момента реорганизации во всех четырех поликлиниках их вообще не было. Сегодня открыты 12 коек в первом филиале и 9 в третьем. Но и этого недостаточно. Подана заявка в Департамент здравоохранения Москвы на открытие хирургического дневного стационара, где будут выполняться малые хирургические операции, в том числе и колопроктологические. Разрешение Роспотребнадзора мы уже получили. На очереди – оформление лицензии на медицинскую деятельность нового дневного стационара. Дальнейшее развитие ожидает отделение профилактики.

В планах – расширение платных услуг, в том числе и заключение прямых договоров с предприятиями по ДМС. Никто не отменяет право на бесплатное оказание медицинской помощи. Но иногородние и граждане, которые хотели бы обследоваться в удобное для них время, получат такую возможность, но за определенную плату.

Платные услуги будем вводить постепенно, проводить для этого анкетирование пациентов поликлиники один раз в неделю. У нас в этом плане сложилась налаженная процедура: целый десант медицинских работников высаживается в коридоры с опросниками, чтобы узнать, каких изменений ждут от поликлиники пациенты.

Но главный объем работы выполняется в рамках ОМС. Наша поликлиника тесно работает с городской больницей № 36, напрямую направляем туда больных. Взаимодействие четко налажено.

Все начинается с регистратуры

Как известно, лицо лечебного учреждения – регистратура. Поэтому все переговоры, которые ведутся пациентами с персо-

налом, записываются. Даже в холлах у нас установлено видеонаблюдение. Этому есть объяснение. Больные пишут не только благодарственные письма в адрес врачей, есть и такие, которые жалуются на медицинских работников, на организацию приема в поликлиниках. В этих случаях приходится разбираться, кто прав, а кто виноват. Система записи позволяет отслеживать, как проходила запись больных, почему возник конфликт в холле. Мы вообще собираемся сделать регистратуру электронной, а весь архив переместить в подвал, оставив на первом этаже лишь окошки регистраторов. Когда нужна будет карта, она будет подниматься вверх на специальном лифте, там же будут храниться системные блоки, другая необходимая аппаратура. Это позволит в том числе и сократить количество регистраторов, а оставшимся повысить заработную плату.

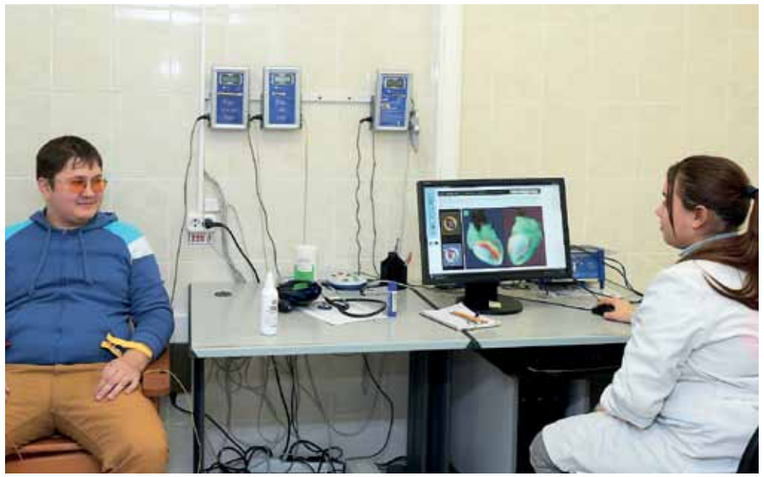
Департамент здравоохранения Москвы строго проверяет работу амбулаторных центров. За последние четыре месяца проведено 16 проверок различных органов. Они не выявили серьезных нарушений.

В заключение хочу отметить: главное наше богатство и гордость – крепкий профессиональный коллектив. Мы уверенно смотрим в будущее и не останавливаемся на достигнутом, благодаря этому амбулаторный центр в новом качестве развивается и обновляется, словом, идет вперед! Участники ежегодного Московского фестиваля в области здравоохранения «Формула жизни» в 2013 году в номинации «Лучшая поликлиника года», а также серебряные призеры в соревнованиях спартакиады среди медицинских учреждений города Москвы по волейболу. На основании рейтинговых исследований ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» было внесено во Всероссийский реестр (социальная сфера – медицина) «100 лучших социально значимых учреждений здравоохранения 2013 года». За высокие показатели организации в современных экономических условиях, качественное оказание предоставляемых услуг, социальную значимость поликлиника награждена грамотой префектуры Восточного административного округа города Москвы.

Выявляем факторы риска развития заболеваний

Заведующая центром здоровья ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ», главный специалист по профилактической медицине Восточного административного округа Наталья Румянцева

В наш центр здоровья приезжают пациенты из разных районов столицы. Мы выявляем факторы риска неинфекционных заболеваний. Проведение трех-пяти обследований направлено на оценку состояния определенной функции организма, установление его стрессоустойчивости, параметров физического развития, в комплексе оцениваются и факторы риска развития заболеваний. Для этого используются, например, спирограф, специальный лазер, газоанализатор выдыхаемого воздуха. Есть анализатор, позволяющий выяснить объем жировой, костной ткани и свободной жидкости. Индекс массы тела у некоторых людей может быть высоким. Тем не менее при определенном соотношении этих тканей и свободной жидкости в организме нельзя сказать, что человек страдает ожирением. Мы используем кардиовизор, который определяет работу сердца по 97 параметрам. Этим исследованием устанавливается степень проводимости, стрессовой настроенности сердечной мышцы. При этом аппарат очень чувствительный, информативный, выдающий картинку в 3D. Сердце человека на выдаваемой картинке делится на три зоны: зеленую, желтую и красную. Изображение очень наглядное. Это не только помогает в диагностике, но и действует на пациентов психологически. Увидев свое сердце на картинке, они понимают, что надо заниматься своим здоровьем. Кардиограмма менее наглядна и понятна человеку, не имеющему медицинского образования. А посмотрев картинку с визиографа, здравомыслящий человек, скорее всего, задумается, что с его здоровьем не все в порядке.



В центре здоровья обязательно проверяют уровень глюкозы в крови, насыщение ее кислородом, пульс пациента. Все это заносится в большую анкету, опросник для которой пациент заполняет сам. И для врача становится понятным не только возраст, кем работает пациент, но и с какими факторами риска заболеваний он сталкивается изо дня в день. Все это сводится воедино в медицинской электронной карте. И пациенту наглядно демонстрируются факторы риска, их «сочетаемость», рассчитывается риск развития заболеваний.

Как и раньше, на первом месте стоят сердечно-сосудистые заболевания. Поэтому работа прежде всего направлена на то, чтобы осуществлять их профилактику. И в этом плане открытие центров здоровья – дело очень нужное.

Главная проблема – люди отвыкли заботиться о своем здоровье. Они привыкли годами «копить» и «холить» свои болячки. Но в то же время хотят, чтобы врач в течение 15 минут их вылечил. Но так не бывает. Если человек с высоким сердечно-сосудистым риском хочет изменить свою жизнь, дожить до внуков, то ему придется следить за своим здоровьем постоянно, вести здоровый образ жизни. Не курить, не злоупотреблять спиртным. Регулировать свою двигательную активность.

Понятно, что успех профилактики заболеваний зависит во многом от желания пациента быть здоровым. Например, я скептически отношусь к препаратам, помогающим избавиться от курения. По большому счету, это тот же никотин. Но он попадает в кровь не через сигареты. То есть, снижая количество выкуриваемых сигарет, человек может точно так же бросить курить. Но препараты «добавляют» эффекта плацебо, помогая с помощью психотерапии бросить курить.

Таким образом, главным все равно остается убедить человека, что курить вредно для его здоровья. А дальше медики только его помощники в решении отказаться от вредных привычек. Конечно, мы стараемся сделать все, чтобы медицинская помощь с нашей стороны была качественной и эффективной.

ПЕРВЫЕ ЛИЦА

ВСЕРОССИЙСКАЯ ПРЕМИЯ В ОБЛАСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ «ПЕРВЫЕ ЛИЦА»

Телефон Оргкомитета: +7 (495) 921 3523
Сайт: Первые-лица.рф, pervie-litsa.ru
Ящик: info@pervie-litsa.ru

Всероссийская премия в области перинатальной медицины «Первые лица» учреждена и проводится Общественной организацией «Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины» (далее «РАСПМ») и Некоммерческим партнерством «Общество по развитию медицины и здравоохранения» (НП «ОРМиЗ»), вручается физическим и юридическим лицам за вклад в развитие перинатальной медицины Российской Федерации, выдающиеся научно-практические исследования, инновационные образовательные программы в области перинатологии. Премия «Первые лица» проводится под эгидой Минздрава РФ.

Цели премии:

- содействие профессиональному развитию молодых специалистов и медицинских работников, в том числе врачей, в области перинатальной медицины;
- информирование широкой общественности о социальнозначимых проектах и достижениях профессионалов в области перинатологии;
- содействие развитию и внедрению передовых методов диагностики, сохранения беременности и выхаживания новорожденных;
- создание условий для взаимодействия, общения и обмена опытом начинающих и ведущих медицинских работников, специалистов в области перинатальной медицины.

Основные номинации:

1. Персона года

2. Технология года
Подноминации:
a. в области выхаживания новорожденных;
b. в области сохранения беременности;
c. в области ранней диагностики врожденных патологий;
d. в области реаниматологии;
e. в области реабилитации.

3. Публикация года

4. Открытие года
Подноминации:
a. специалист года;
b. учреждение/организация года.

5. Образовательный проект года
Подноминации:
a. в области повышения уровня знаний среди специалистов;
b. в области повышения уровня знаний среди пациентов (населения).

6. Специальные призы

- специальный приз экспертного совета премии;
- специальный приз попечительского совета премии.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА

Володин Николай Николаевич – президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, академик РАН, д.м.н., профессор.

ЧЛЕНЫ ЭКСПЕРТНОГО СОВЕТА

Иванов Дмитрий Олегович – д.м.н., профессор, научный руководитель Федерального специализированного перинатального центра.
Солдатова Ирина Геннадьевна – главный специалист-неонатолог Департамента здравоохранения г. Москвы, д.м.н., профессор.
Чубарова Антонина Игоревна – д.м.н., профессор.
Ковтун Ольга Петровна – д.м.н., профессор.
Рюмина Ирина Ивановна – д.м.н., профессор.
Кешишян Елена Соломоновна – д.м.н., профессор.
Стрижаков Александр Николаевич – академик РАН, д.м.н., профессор.
Макацария Александр Давидович – член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор.
Петеркова Валентина Александровна – член-корр. РАН, д.м.н., профессор.
Катаргина Людмила Анатольевна – д.м.н., профессор, главный внештатный специалист – детский офтальмолог Минздрава России.
Ионов Олег Вадимович – к.м.н., доцент кафедры неонатологии первого медицинского университета им. И.М. Сеченова
Овсянников Дмитрий Юрьевич – д.м.н.
Кузьмин Владимир Николаевич – д.м.н., профессор.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ПОПЕЧИТЕЛЬСКОГО СОВЕТА

Баранов Александр Александрович – председатель исполкома Союза педиатров России, академик РАН, д.м.н., профессор.

ЧЛЕНЫ ПОПЕЧИТЕЛЬСКОГО СОВЕТА

Коновалов Александр Николаевич – директор Научно-исследовательского института нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, академик РАН.
Бокерия Лео Антонович – академик РАН, д.м.н., профессор.
Рошаль Леонид Михайлович – д.м.н., профессор.
Яцык Галина Викторовна – д.м.н., профессор.
Байбарина Елена Николаевна – главный научный сотрудник, доктор медицинских наук, профессор, директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ.

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

Nestlé

119180, РОССИЯ, МОСКВА, 1-й ГОЛУТВИНСКИЙ ПЕР., Д. 3-5, КОРП. 3 • ТЕЛ.: +7 499 709 78 86 • E-MAIL: INFO@ORMIZ.RU • САЙТ: WWW.ORMIZ.RU

Соответствовать требованиям времени

Городская клиническая больница № 36 – один из лидеров во внедрении новых технологий в клиническую практику. В 2013 году учреждение отметило свой 115-летний юбилей

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 36 Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии МГМСУ
Александр Митичкин

Городская клиническая больница № 36 является клиникой экстренной медицины и специализируется на оказании медицинской помощи при сочетанной травме. Сюда доставляют пациентов, пострадавших в ДТП, при различных чрезвычайных ситуациях. В отличие от многих других больниц, здесь есть своя вертолетная площадка. Ежедневно на нее приземляются винтокрылые машины с самыми тяжелыми из больных. Именно поэтому в «тридцать шестой» функционируют три приемных отделения и четко разделены потоки поступающих пациентов, что значительно облегчает работу медицинского персонала. А значит, позволяет максимально быстро оказывать необходимую медицинскую помощь пациентам. Если же учесть, что каждое приемное отделение по программе модернизации оснащено полным комплексом диагностического и лабораторного оборудования, то становится ясно, что в лечебном учреждении делается все, чтобы каждому больному прийти на помощь в течение «золотого часа».

Но не только этим славится городская больница № 36. Сегодня это многопрофильное лечебное учреждение с действующим региональным сосудистым, ожоговым центрами, мощной офтальмологической службой. Еще особенность «тридцать шестой»: больница давно оснащена компьютерным и магнитно-резонансным томографами, а значит, в профессионализме проводимых исследований не приходится сомневаться, оборудование отделения обновлено по программе модернизации. Центры и отделения этой больницы знают далеко за пределами Восточного округа, а часть их вообще считается уникальными.

Самые сложные операции

В составе ГКБ № 36 работает отделение акушерско-гинекологического профиля. Оно предоставляет специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь в соответствии с самыми современными требованиями медицинской науки. Не менее важно, что при диагностике гинекологической патологии в отделениях используются методики ультразвуковой диагностики, выполняется компьютерная томография, диагностическая лапаро- и гистероскопия, метросальпингография.

Чтобы понять, как поставлено здесь консервативное и хирургическое лечение, достаточно перечислить заболевания, с которыми сюда поступают пациенты. Это воспалительные заболевания органов малого таза тяжелого течения (сальпингоофориты, эндометриты, тазовые перитониты, тубоовариальные образования); осложнения беременности (эндометрит на фоне остатков плодного яйца после абортов, неразвивающаяся беременность, угроза прерывания беременности, неполный аборт, трубная беременность); доброкачественные невоспалительные заболевания органов малого таза (миома матки, аденомиоз, цистаденома яичников, наружный эндометриоз); бесплодие, апоплексия яичников; доброкачественные заболевания шейки матки; гиперпластические процессы эндометрия (полип эндометрия, гиперплазии эндометрия, синехии полости матки); опущение стенок влагалища, полное и неполное выпадение матки, недержание мочи. В условиях стационара применяется весь спектр современных хирургических технологий в лечении гинекологических заболеваний. Если посмотреть показатели работы отделений, то хирургическая активность в них высокая. Лапароскопические операции (миомэктомия с ушиванием ложа, надвлагалищная ампутация матки, экстирпация матки, резекция яичников, аднексэктомия, хромосальпингография) буквально поставлены на поток. Следующий раздел – лапаротомные операции (миомэктомия, надвлагалищная ампутация матки с/без придатками, экстирпация матки с/без придатков), которые также проводятся на самом высоком уровне. Нельзя не упомянуть резекцию и аблацию эндометрия, удаление субмукозных миом; реконструктивно-пластические операции (влагалищная экстирпация матки до 16 недель, передняя и задняя пластика влагалища с применением сетчатых имплантов, срединная кольпоррафия по Нейгебауэру – Лефору, трансобтураторная уретровезикопексия «СЛИНГ», ТОТ, пластика шейки матки по Ельцову – Стрелкову, Штурмдорфу); эмболизацию маточных артерий – всего и не перечислишь.

Для лечения перечисленных заболеваний нужен не только прекрасно подготовленный персонал, но и дорогостоящее, высокотехнологичное оборудование. И оно здесь есть благодаря программе модернизации здравоохранения и помощи Департамента здравоохранения г. Москвы.

Региональный сосудистый центр мирового уровня

Говоря о ГКБ № 36, надо отметить и такое направление, как помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Как известно, по всей стране открываются сосудистые центры. Они бывают первичными и региональными. В городской больнице № 36 по решению Департамента здравоохранения Москвы в прошлом году открыли региональный сосудистый центр (РСЦ).

Перед лечебным учреждением в рамках сосудистой программы стоят основные задачи: круглосуточная экстренная лечебно-диагностическая помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, с острым коронарным синдромом (нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда) и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, угрожающими жизни, и их серьезными осложнениями. Особое внимание уделяется высокотехнологичным рентгенэндоваскулярным вмешательствам (коронарной и церебральной ангиопластике и стентированию), широко стал использоваться системный и селективный тромболизис. Проводятся жизнеспасающие нейрохирургические операции при инсультах.

Параллельно ведется консультативный прием пациентов высококвалифицированными специалистами с целью определения показаний для госпитализации, а также оказание консультативной, методической помощи врачам отделений больницы и других медицинских учреждений в сложных диагностических случаях.

И как результат: идет внедрение в клиническую практику современных высокотехнологичных методов профилактики, диагностики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения, острого коронарного синдрома, проведение раннего мультидисциплинарного восстановительного лечения, профилактики осложнений.

Если пройти по региональному сосудистому центру, то убеждаешься, что он на деле, а не на бумаге объединил функциональные подразделения современной многопрофильной больницы.

Чтобы добиться оптимальной работы профильных отделений РСЦ, произведена капитальная реконструкция лечебного корпуса, систем вентиляции с устройством кондиционирования воздуха, созданы комфортабельные палаты, в том числе палаты повышенной комфортности. Что касается технической оснащенности, то центр располагает современной медицинской техникой: мультиспиральным 256-срезовым компьютерным томографом, ангиографической установкой, ультразвуковыми аппаратами экспертного класса, навигационным оборудованием для проведения нейрохирургических операций.

Когда в больнице впервые запустили ангиографическую стойку, первое исследование записывалось на видео и было показано на общебольничной конференции. Реакция врачей была единодушна: все аплодировали, радуясь, что теперь их лечебное учреждение располагает медицинским оборудованием с небывалыми возможностями.

Неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, нейрохирургическое (сосудистое) отделение, которые выполняет вмешательства по экстренным показаниям, отделения анестезиологии и реанимации кардиологического и неврологического профиля – все это действующие подразделения сосудистого центра ГКБ № 36. В соответствии со стандартами помощь кардиологического профиля оказывается здесь в нескольких отделениях: кардиологическом, для больных с острым инфарктом миокарда, сосудистой хирургии.

Медицинский персонал регионального сосудистого центра – это высококвалифицированные специалисты, доктора и кандидаты медицинских наук, врачи высшей квалификационной категории, прошедшие специализацию в ведущих отечественных и зарубежных клиниках. Опыт и подготовка среднего медицинского персонала позволяет обеспечить высокий уровень исполнения лечебных и диагностических манипуляций, а также послеоперационного ухода за больными ССЗ. Благодаря всему этому в центре применяются высокотехнологические диагностические и лечебные методики, выполняются хирургические вмешательства любой категории сложности при различных сосудистых патологиях. А это значит, что каждый больной, который поступает в эту больницу с инфарктом или инсультом, лечение получает в соответствии с высочайшими мировыми стандартами.

В приоритете – инновации, тотальное переоснащение

С октября 2013 года на базе ГКБ № 36 открылся офтальмологический центр, оказывающий плановую и круглосуточную экстренную помощь. В центре проводится хирургическое и консервативное лечение пациентов с офтальмологической патологией. В структуру его входят амбулаторное лечебно-диагностическое и офтальмологическое отделения (коечный фонд последнего составляет 60 коек); дневной стационар; кабинет реабилитации и восстановительного лечения. Офтальмологический центр уже зарекомендовал себя как одна из ведущих специализированных клиник не только Восточного округа, но и всего столичного мегаполиса.

Как считают офтальмологи, на результаты работы серьезно влияет система контроля качества, сформированная в медицинском центре. Она постоянно совершенствуется и подвергается проверкам со стороны пациентов, органов исполнительной власти и, самое главное, со стороны внутренних механизмов самоконтроля. При этом внимание к безопасности пациентов является еще одним важным аспектом системы качества. Каждый день сотрудники ГКБ № 36 делают все возможное, чтобы оградить пациентов от ненужных страданий и организовать лечебно-диагностический процесс таким образом, чтобы он был максимально эффективным, занимал минимальные сроки, был максимально комфортным для пациентов.

Летом этого года в 36-й больнице откроется родильный дом, который примет рожениц Восточного административного округа и всей Москвы.

По согласованию с Департаментом здравоохранения Москвы в 2012 году открыто общебольничное консультативно-диагностическое отделение. Оно функционирует в тесном взаимодействии с поликлиниками округа. Достигнув такого взаимодействия, удается грамотно отбирать на стационарное лечение больных. Врачи поликлиник знакомы и лично общаются с ведущими специалистами ГКБ № 36. Это тоже вносит свой вклад, еще один «кирпичик» в построение трехуровневой системы оказания медицинской помощи, в конечном итоге влияя на доступность и качество медицинской помощи для населения всего округа. Поскольку здесь прием ведут высококвалифицированные специалисты: терапевт, кардиолог, хирург, невролог, офтальмолог, гинеколог и другие. А широкий спектр лабораторной и инструментальной диагностики, возможности эндоскопических и рентгенологических исследований, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований, всего спектра лабораторных исследований (общие, гормональные, биохимические, гистологические, бактериологические и прочие) позволяют проводить диагностику заболеваний в кратчайшие сроки.

Нельзя не сказать, что успешно функционирует стационар дневного пребывания с комфортабельными палатами терапевтического и хирургического профилей. Безусловно, сюда направляются больные, лечение которых не требует круглосуточного наблюдения медицинского персонала. При этом больным, находящимся на лечении в дневном стационаре, выполняются все виды процедур, которые только могут понадобиться: внутримышечные, внутривенные вливания, а также физиотерапевтическое лечение, сеансы гипербарической оксигенации. Пациент дневного стационара получает лечение, аналогичное стационарному, не отрываясь надолго от семьи и дома!

Городская клиническая больница № 36 и дальше должна динамично развиваться, соответствовать требованиям времени, иметь свое лицо, сохранять лучшие традиции. Сейчас сделано все для этого. Я работаю в системе здравоохранения уже 30 лет и могу сказать, что за все время работы не видел такого большого внимания к здравоохранению, как сейчас.

Городская клиническая больница № 36 Департамента здравоохранения города Москвы

ГКБ № 36 ведет свою историю от Благушинской амбулатории, первое упоминание о которой датируется 1898 годом. В течение ряда лет Благушинская амбулатория претерпела несколько изменений в своем названии: от Измайловской амбулатории к Измайловской земской больнице и наконец в 1929 году получила название Благушинской больницы с количеством коек на 300 человек. В 1953 году больница получила статус клинической (на 420 коек) и ей был присвоен № 36.

В настоящее время больница располагает 1048 штатными койками, кроме этого, имеется 92 реанимационные койки, 15 коек дневного стационара, 45 внебюджетных коек, консультативно-диагностическое отделение.

В больнице работает около 1600 сотрудников. Ежегодно за медицинской помощью обращаются порядка 70 000 пациентов и около 50 000 проходят стационарное лечение.

Городская клиническая больница № 36 сегодня – это современный медицинский центр, созданный для лечения и реабилитации пациентов с наиболее тяжелыми заболеваниями, с высочайшим профилем качества оказания медицинской помощи. Он тесно сотрудничает с Российской медицинской академией последипломного образования, с ее ректором, членом-корреспондентом РАМН Ларисой Мошетовой. Руководство ГКБ № 36 предложило партнерам совместный проект по созданию научно-клинического образовательного центра на своей базе, сейчас ведется ремонт целого этажа под создание подобного центра. Он должен перебросить своеобразный «мостик» от современной клинической практики к научной медицине. Соответственно, планируется увеличить количество кафедр не только РМАПО, но и других институтов повышения квалификации врачей, чтобы придать новый импульс оказанию медицинской помощи. Сейчас в больнице работает семь кафедр, но есть все возможности привлечь сюда и другие ведущие кафедры страны.

105187, г. Москва, ул. Фортунатовская, д. 1
Телефон: (495) 366-77-19
E-mail: info@gkb36.mosgorzdrav.ru
Сайт: http:www.gkb36.com

В едином ритме

Городская клиническая больница № 70 применяет самые современные технологии диагностики и лечения. Это одно из крупнейших многопрофильных лечебных учреждений столицы. Недавно клиника отметила свое 55-летие

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 70 Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук
Анна Предтеченская

Анна Вячеславовна, вы руководите одним из самых крупных лечебных учреждений столичного мегаполиса. Можно ли сказать, что оно обеспечивает потребность в большинстве видов стационарной медицинской помощи? Почему в рамках реорганизации столичного здравоохранения к ГКБ № 70 была присоединена городская поликлиника № 132?

Наша больница почти 1000-коечная. Несмотря на то что Восточный округ «богат» на стационарные учреждения, мы лидеры по объемам оказанной медицинской помощи. Городская клиническая больница № 70 обеспечивает потребность во многих видах специализированной помощи жителей не только Восточного округа, но и Юго-Восточного и ближайшего Подмосковья. Многие отделения больницы считаются уникальными. Например, одно из хирургических отделений, здесь динамично развивается эндокринная хирургия.

В женскую консультацию обращаются пациентки со всей Москвы, можно встретить жительниц Реутова, Железнодорожного. В больнице № 70, без сомнения, один из лучших Перинатальных центров. Мы открыли детское реабилитационное отделение.

На высоком уровне эндоскопическая хирургия, хорошо оснащены урологическое, отоларингологическое отделения, одно из немногих в столице – отделение пульмонологии. Мы давно оказываем и высокотехнологичную медицинскую помощь недоношенным детям.

В рамках модернизации столичного здравоохранения в декабре 2012 года к больнице была присоединена поликлиника, это значительно повысило качество амбулаторной помощи, оказываемой 52 тысячам прикрепленного населения, проживающего в ближайших микрорайонах. Увеличилось количество обращений граждан с просьбой прикрепить их к нашей поликлинике. Я понимаю, что на такой выбор влияет и авторитет больницы.

Особо пристальное внимание мы уделяем работе с ветеранами. Специально для них, чтобы упростить доступ к квалифицированной медицинской помощи, открыт стационар на дому. Более того, лечебное учреждение имеет возможность госпитализировать больных прямо из дома, имея для этого необходимый автотранспорт.

Еще одно преимущество объединения: специалисты, работающие в отделениях больницы, при необходимости консультируют пациентов, обращающихся в поликлинику.

Наличие современной, хорошо оборудованной лаборатории позволяет оперативно, как правило в течение одного дня, проводить лабораторные исследования. В некоторых случаях – на следующий день. Между тем время ожидания исследований, таких как компьютерная и магнитно-резонансная томография, не превышает пяти дней.

Когда больной нуждается в консультации более высокого уровня, его направляют в консультативно-диагностическое отделение больницы. Здесь им занимаются заведующие отделениями, доценты или сотрудники кафедр МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Есть и такой момент – с открытием ангиографии все пациенты поликлиники, прежде всего кардиологические, получают направление на исследования состояния сосудов, стентирование непосредственно в стационарные отделения объединения, не пользуясь услугами других лечебных учреждений.

Как вы считаете, большинство больниц должны стать многопрофильными или все-таки в будущем останутся и специализированные стационары?

Конечно, в некоторых случаях существование узкопрофильных стационаров оправдывает себя. Но многопрофильным стационарам совершенно незачем «уходить» в сторону узкой специализации. Люди госпитализируются в больницу с различной патологией, и совершенно незачем перевозить тяжелого больного на другой конец Москвы для получения какого-то вида помощи. Ведь транспортировка здоровья больному явно не прибавляет. Тем более если он находится в критическом состоянии, когда могут развиться серьезнейшие осложнения. Думаю, что Восточный округ очень выигрывает от того, что на его территории работает одна из крупных многопрофильных больниц столицы. Именно наши врачи, спасая тысячи жизней, предоставляют медицинскую помощь различных, в том числе и уникальных профилей.

Реформа амбулаторно-поликлинического звена столицы заставила организаторов здравоохранения по-новому посмотреть на взаимодействие поликлиник со стационарами. Удается ли выстроить трехуровневую систему оказания медицинской помощи? Можно ли говорить о преемственности лечения больного в поликлинике, затем в стационаре и при «возвращении под опеку» поликлиники?

Как мы с вами и говорили, на примере «семидесятой» образуется замкнутая трехуровневая система. Пациент приходит на прием к терапевту в поликлинику. Когда требуется консультация узкого специалиста или проведение дополнительных, более углубленных обследований больному, то лечащему врачу не приходится записывать его в «сторонние» лечебные учреждения. Достаточно поднять телефонную трубку и пригласить специалиста из диагностического отделения. Если же возникают жизнеугрожающие состояния, экстренные ситуации, то реанимационная бригада может сразу препроводить больного в блок, например, кардиореанимации. При этом вопросы госпитализации и выбора правильного лечения решаются коллегиально. Этапность лечения обеспечивается еще и тем, что после госпитализации, которая в нашем лечебном учреждении не превышает 5–10 дней, при необходимости пациент переводится в дневной стационар. Здесь в его распоряжении не только медикаменты, инъекции, физиотерапевтические процедуры, но и возможность пройти дообследование, не требующее пребывания на круглосуточной койке. Еще раз уточнить диагноз, если лечение не дает ожидаемого эффекта. При этом вся медицинская документация передается в тот же день в поликлинику, участковый врач всегда в курсе происходящего с пациентом.

Думаю, что это важно, когда больной имеет выбор: обратиться для консультации в поликлинику непосредственно к своему участковому врачу или записаться на прием к доктору консультативно-диагностического отделения, который проводил лечение в

стационаре. Выстраивается целостная цепочка, позволяющая после операции, если возникает необходимость, консультироваться в поликлинике, КДО, на специально организованном консилиуме.

И это все влияет на интенсивность и эффективность работы. Почему сократилось среднее пребывание в больнице? Все исследования проводятся на догоспитальном этапе. Когда активно применяются стационарозамещающие технологии, то больному не надо проситься после операции быстрее выписать его домой. Он может находиться в домашней обстановке, где ему действительно комфортнее, а на три часа приходить на лечение в дневной стационар. Но есть заболевания, которые нельзя лечить дома, например тяжелые пневмонии или приступы бронхиальной астмы. И здесь тоже многое изменилось за последние годы. Согласитесь, можно лечить одно и то же заболевание простым антибиотиком, а можно сочетать современную антибактериальную терапию с иммунокоррекцией и физиопроцедурами. Понятно, что во втором случае время лечения сократится…

В ближайшее время столичное здравоохранение будет уходить от медико-экономических стандартов, от необходимости держать больного в больнице определенное время, чтобы получить оплату по полному тарифу ОМС. И учитывая все это, сокращение показателей среднего койко-дня проходило постепенно, в течение достаточно долгого времени. И сегодня, слава богу, никто не станет держать пациента лишние сутки в больнице, только затем, чтобы выполнить непонятные правила МЭС.

Качество медицинской помощи зависит и от технического оснащения лечебного учреждения. Как обстоят дела в городской больнице № 70 с переоснащением современным оборудованием? Как помогли в этом программы модернизации и развития столичного здравоохранения?

В этом плане больнице вдвойне повезло. Во время выполнения программы модернизации она получила несколько сотен единиц оборудования. Теперь в нашем распоряжении 7 аппаратов УЗИ экспертного класса. Были установлены: ангиограф, компьютерный томограф, новые рентгеновские установки, литотриптер. В значительной степени удалось переоснастить отделение реанимации новорожденных родильного дома. В это подразделение поставлены новые аппараты ИВЛ, кувезы, согревающая аппаратура, специальные приборы, использующие ультрафиолет. В отремонтированный корпус переехала центральная лаборатория. Обновились операционные блоки. Каждый из них теперь располагает новыми хирургическими столами и видеоэндоскопическими стойками. Современное оснащение позволило нашим специалистам внедрить в медицинскую практику новые вмешательства, не проводившиеся ранее. Хирурги прошли обучение в России и за рубежом не только за счет бюджета, но и оплачивая его из собственных средств. Это еще раз доказывает: те, кто хочет хорошо работать, все делают для совершенствования своего профессионального мастерства. Мы очень серьезно подошли к переоснащению блока кардиореанимации, состояние больных теперь контролирует новейшая следящая аппаратура. Созданы все условия для детального обследования больных: поступили эхокардиографическое, электрокардиографическое оборудование, установка для проведения тредмил-исследования. В нашей больнице выполняются чреспищеводные электростимуляции. То есть за последние два года техническая оснащенность больницы шагнула далеко вперед. И здесь мы должны сказать огромное спасибо за поддержку в решении этих вопросов Департаменту здравоохранения города Москвы.

Все это в значительной мере повлияло на доступность и качество медицинской помощи. Поступая в приемный покой, больной может быть прооперирован буквально на следующий день. Проходит всего неделя, и пациент уже прооперирован и выписан на долечивание домой. Минимальное количество дней он находится в больнице и после инфаркта миокарда. Если необходимо стентирование или баллонопластика, все они выполняются незамедлительно. А дальше больного направляют на реабилитацию в дневной стационар. Хочу подчеркнуть, что у нас замечательная заведующая отделением медицинской реабилитации и физиотерапии Н.Г. Курганская. Она сумела наладить работу на очень высоком уровне, в ее подчинении находится соответствующая служба в стационаре и поликлинике. Относительно недавно в нашей больнице открылось отделение неврологии. Оно предназначено для лечения больных с нарушением мозгового кровообращения. За последний год в нем добились одного из лучших показателей в Москве по применению тромболитической терапии. Не менее важно, что неврологическое отделение является частью первичного сосудистого центра, включающего и кардиологическую службу. Он работает очень эффективно. С появлением новой ангиографической установки возросло количество проведенных нашими специалистами ангиографий и ангиопластик. То есть переоснащение позволило больнице работать на совершенно новом уровне.

Как вы оцениваете квалификацию врачей «семидесятой»?

Об этом говорят сами за себя отзывы наших больных. Хотя понятно, что учиться нужно всегда, как, впрочем, и стремиться к лучшему. Я могу сказать, что квалификация наших врачей очень высокая. Более того, в столичной медицине практически не «выживают» те, кто не умеет качественно и эффективно работать, кто не заинтересован в повышении своего профессионального мастерства.

Городская больница № 70 давно стала клинической. На ее базе располагаются

кафедры медицинских вузов столицы. Помогает ли это в повышении уровня квалификации специалистов?

Несомненно. Особенно если учесть, что многие сотрудники кафедр одновременно трудятся и врачами. Я это приветствую. Их знания, навыки постоянно на пике современной медицинской науки. И это подтягивает больницу в целом, не позволяет многим останавливаться на достигнутом, заставляет соответствовать самым современным требованиям. А это невозможно сделать, если не применять передовые технологии, не учиться им…

Можно ли сказать, что система оплаты труда в стационарах сегодня стала жестко связана с результатами работы врача?

Я считаю, что заработная плата должна расти и соответствовать квалификации специалиста. В нашем лечебном учреждении заработная плата на уровне московских стандартов. Но ситуация в стационарах сегодня достаточно жесткая, если кто-то из врачей не знает досконально всех тонкостей специальности или не хочет работать с полной отдачей, сам коллектив не потерпит тех, кто трудится спустя рукава. Этому и способствует системы оплаты труда, которая складывается в последнее время.

В нашей больнице работать стало престижно, к нам стремятся устроиться на работу. В прекрасно оснащенном многопрофильном учреждении работать еще и интересно. Мы поставили на поток проведение ангиографии, несмотря на неполный состав отделения, люди работали с полной отдачей. Благодаря их труду буквально за 1,5 месяца удалось добиться отличных результатов. Конечно, подобный труд должен адекватно и достойно оплачиваться. Средняя заработная плата врача составляет 73 тысячи рублей. В отделениях сосудистого центра и в амбулаторных подразделениях она еще чуть-чуть выше. Безусловно, более высокую оплату за свой труд получают специалисты, которые дежурят ночью и в выходные. Это ведь тяжелый труд. Понимая это, мы стали практиковать ротацию специалистов. Врачи поликлиники работают определенный период в приемном отделении, и, наоборот, врачи стационара переходят трудиться в поликлинику. Ведь в любой работе привычный труд затягивает, как говорят психологи, «глаз замыливается». Ротация кадров помогает каждому повысить свои знания. Появляется взаимозаменяемость: врач уверенно может работать в поликлинике, в отделении стационара, в консультативном отделении.

Что касается среднего медицинского персонала, то их заработная плата составляет около 50 тысяч рублей.

В повышении уровня заработной платы играет роль и развитие ДМС, оказание платных услуг. Естественно, заработная плата врача зависит от достигнутых показателей. Все медики сегодня понимают, что если не будет нужного количества пролеченных больных, то не удастся обеспечить достойный уровень заработной платы.

Что еще нужно сделать организаторам здравоохранения, чтобы медицинская помощь в стационаре оказывалась более интенсивно? И можно ли увеличить ее объемы без снижения качества?

С учетом того, что мы имеем свою поликлинику, отбор пациентов на плановую госпитализацию идет достаточно четко. С другой стороны, городская больница № 70 не в меньшей степени работает как скоропомощная клиника, и здесь очень многое зависит от того, в каком состоянии доставлен к нам больной, как быстро удается установить ему точный диагноз и назначить соответствующее лечение.

В каждой, даже многопрофильной, больнице есть отделения, которые развиваются более динамично. У нас, например, это служба реабилитации. Мы стараемся достигнуть лучших результатов лечения, а это влечет за собой серьезное внимание к восстановительной медицине. Реабилитация – это то звено, которому незаслуженно мало уделялось внимания в последнее десятилетие. Если нам удастся поднять реабилитацию до уровня ведущих зарубежных клиник, это позволит повысить не только качество лечения, но и число пролеченных больных.

На ваш взгляд, каким должен быть современный стационар: в большей степени терапевтического или хирургического профиля?

Для многопрофильной больницы так вопрос стоять не может. Хирургические заболевания, точно так же как терапевтическую патологию, никто не сможет отменить.

Казалось бы, увеличение количества вмешательств, проводимых эндоскопическим доступом, серьезно сокращает время пребывания больных в стационаре. И тем не менее пациенты все равно должны какое-то время пробыть на больничной койке. В перинатальном центре свое развитие получает реабилитация недоношенных детей. А такие дети часто рождаются с пороками развития, которые можно устранить только хирургическим путем. После перехода на новые критерии живорожденности перед медиками поставлена задача добиваться, чтобы ребенок к определенному возрасту не отставал от своих сверстников по уровню развития. Этого можно достичь, проводя последовательно реабилитационные мероприятия. И для этого зачастую нужно применять одновременно терапевтические и хирургические методики. Отделить одно от другого крайне сложно. В городской больнице № 70 мы держим руку на пульсе и совершенствуем в том числе терапевтический профиль. Но, с другой стороны, хирургические методы все чаще применяются в практике. Например, гинекология все в большей степени становится хирургической. Я бы сказала так: все должно быть взаимосвязано, сочетаться друг с другом, только это может стать хорошим фундаментом внедрения новых методик. В этом случае получится пролечить больного в максимально короткие сроки, добившись хорошего эффекта лечения.

В городской больнице № 70 функционируют перинатальный центр, включающий в себя акушерский (специализация – преждевременные роды) и педиатрический стационары с отделениями реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных

детей. Стало ли больше выхаживаться недоношенных детей после того, как наша страна перешла на ВОЗовские критерии живорождения?

Это направление в нашей больнице давно стало значимым, можно сказать, даже магистральным. Его курирует известный в Москве врач, мой заместитель, руководитель Перинатального центра Вадим Лопухин. Именно он добивался создания комплексной системы оказания медицинской помощи недоношенным детям и детям, перенесшим критические состояния в неонатальном периоде. Это квалифицированная и специализированная помощь при рождении и выхаживании с последующим лечением и, наконец, системные реабилитационные мероприятия на всех этапах, начиная с отделения реанимации.

В 2011 году на базе городской больницы № 70 открылся обновленный педиатрический стационар, а в 2012 году было создано амбулаторное консультативно-реабилитационное отделение. Здесь имеются вся необходимая аппаратура и замечательные специалисты для дальнейшей реабилитации. То есть в перинатальном центре нам удалось создать двухэтапную (в стационарном и амбулаторном отделениях реабилитации) систему восстановительных мероприятий для недоношенных детей и детей, перенесших критические состояния в неонатальном периоде.

Обычно такие дети нуждаются в стационарном лечении один-два раза в год. Особенность нашего подхода – это активное участие родителей в лечении и реабилитации, даже на этапе реанимации недоношенных. С появлением нового оборудования наши возможности выхаживания недоношенных детей стали значительно шире. Конечно, никакая техника не сможет заменить знания и профессионализм врача. Наши неонатологи, которыми руководит заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных педиатрического стационара Сергей Зеленкин (молодой доктор, но специалист самого высокого класса, просто влюбленный в свою работу), буквально творят чудеса.

Кроме того, наши врачи стараются наблюдать недоношенных детей в течение 3 лет. Если возникает необходимость, то мы помогаем вести этих деток и дальше. К сожалению, с каждым годом таких детей становится все больше и больше. По сравнению даже с 2012 годом вдвое увеличилось количество недоношенных малышей, поступающих к нам из других стационаров. Как я уже говорила, для этого есть нужное оборудование, квалифицированные специалисты и огромное желание спасти каждого ребенка. Конечно, это не всегда удается. Зачастую ребенок, поступивший в очень тяжелом состоянии, имеет много сочетанной патологии, когда отмечается недоразвитие органов и систем, поэтому прогноз не всегда может быть радужным и благоприятным. Но реаниматологи стараются не упустить ни одного шанса для спасения. И когда это удается, недоношенные дети плавно передаются к неонатологам отделения выхаживания. Мы считаем хорошим результатом, когда к 3–5 годам недоношенные дети не отстают от своих сверстников. Безусловно, какие-то проблемы со здоровьем остаются, но надо понимать, что нередко и дети, появившиеся на свет в отведенные природой сроки, не являются абсолютно здоровыми. Мы делаем очень многое, чтобы выходить, вынянчить недоношенных детей, приглашаем к каждому такому малышу врача-офтальмолога, кардиолога, в планах стоит приобретение своего детского реанимобиля, чтобы перевозить детей из корпуса в корпус, а также в другие стационары, если им потребуется какая-либо узкопрофильная помощь. В будущем планируем совершенствовать кардиологическую службу, чтобы малоинвазивные операции проводить на месте. Например, вмешательства при пороках сердца можно выполнять и в роддоме. Кстати, несколько таких показательных операций уже осуществлены. А это позволит нам выхаживать малышей еще более тяжелых, чем мы берем на лечение сегодня, избавляя их от инвалидности. Сегодня наша работа нацелена на детей до трех лет. Но мы собираемся продлить свою опеку и вести наблюдение за «нашими» детьми до 7 лет. Это касается, прежде всего, амбулаторной реабилитации, где малышам проводится массаж, применяются физиотерапевтические методы, назначаются водные процедуры. С такими детьми занимаются неврологи, логопеды, психологи. И скажу честно, для меня незабываемые моменты жизни, когда через 3 года мама с гордостью приносит показать врачам здорового малыша, который родился глубоко недоношенным. Не бывает так, чтобы сердце не дрогнуло, когда вспоминаешь, какой крошечкой он появился на свет.

Очень много в здоровье будущего ребенка зависит от мам, их отношения к беременности, планированию рождения ребенка, наследственности, наконец, приверженности к лечению, если ребенок все-таки появился на свет недоношенным. Ежегодно наш перинатальный центр принимает около 4 тысяч родов, из которых значительная часть преждевременные. Надо очень серьезно заниматься с родителями, чтобы они понимали, насколько ответственное дело рождение детей. Необходимо выстраивать целостную цепочку: женская консультация, гинекологическое отделение, родильный дом, детские отделения. Каждая женщина и ребенок должны находиться под постоянным контролем медиков.

Какими качествами, на ваш взгляд, должен обладать хороший врач-клиницист?

Прежде всего, любить свою профессию. В городской больнице № 70 профессионалов большинство, и они безмерно преданы выбранной профессии.

111399, г. Москва,
Федеративный пр-т, д. 17
Тел.: (495) 304-42-16
E-mail: info@gkb70.mosgorzdrav.ru
Сайт: http://www.70gkb.ru

Простой рецепт профессионализма

Девиз Детской городской клинической больницы святого Владимира – милосердие и высокая квалификация персонала

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Детская городская клиническая больница св. Владимира Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук
Владимир Попов

Время многопрофильных учреждений

Детская городская клиническая больница святого Владимира занимает особое место в системе столичного здравоохранения. Это крупное многопрофильное лечебное учреждение, которое работает в режиме скоропомощной больницы. В любое время дня и ночи в ее стенах идет борьба за жизнь и здоровье маленьких больных. Самые сложные и невероятные случаи – это будни работы медиков этого лечебного учреждения. Если пройти по отделениям, то понимаешь, что в каждом врачи находятся на передовом рубеже как в оказании медицинской помощи, так и в применении передовых технологий. Но есть и по-настоящему уникальные подразделения. Такие как реанимационное для детей первого года жизни, травматологическое, торакальное, челюстно-лицевой хирургии, абдоминальной хирургии, гнойной хирургии, пульмонологическое, отоларингологическое, гастроэнтерологическое, нефрологическое, урологическое отделения. А отделения гемодиализа, хирургии новорожденных и недоношенных, восстановительной хирургии гортани, несомненно, являются ведущими в нашей стране.

Рассказать обо всех отделениях больницы, без преувеличения, невозможно. Она в полном понимании этого слова – многопрофильная.

Мнение главного врача, отношение к реорганизации столичного здравоохранения, когда больницы преобразуются в крупные объединения?

В этом есть рациональное зерно, не только в плане повышения качества оказания медицинской помощи. Реорганизация открывает более широкие возможности как для врачей, так и для пациентов. Не надо ходить к различным специалистам, они все доступны. В прошлое уходят специализированные больницы, которые занимались лечением больных исключительно одного профиля. Но в жизни редко бывает, чтобы заболевание у малыша было одно. Врач должен уметь четко дифференцировать какую-то болезнь от других состояний. А чтобы это сделать квалифицированно, он многое должен знать. В то же время всегда нужно предусмотреть реальную возможность проконсультировать больного у смежного специалиста. Я уже не говорю о том, какие возможности для профессионального роста дает участие в утренних конференциях. Ежедневно на них проходит разбор историй болезней, рассматривается возможная тактика лечения. Коллективно проверяется то или иное решение, уточняется диагноз. Настоящая учеба специалистов. Понятно, что и у многопрофильной больницы могут быть какие-то специализации, то есть традиционно развивающиеся направления. Но многопрофильность – это огромное преимущество для лечебного учреждения, позволяющее быстрее внедрять новые методы диагностики и лечения.

Какие методы будут внедряться в больнице святого Владимира в ближайшее время?

Безусловно, будет продолжен максимальный уход в малоинвазивную хирургию. Чем меньше ребенок, тем в большей степени оперативное вмешательство для него является травматичным. Это подталкивает детскую хирургию шире применять эндоскопию, артроскопию. Понятно, что сокращаются сроки выздоровления, заживления ран. Организм ребенка быстрее восстанавливается после небольших проколов, нежели проведения открытой, полостной операции. Но техника хирурга не в последнюю очередь зависит от оснащенности лечебного учреждения. В прошлом году закончилась реализация Программы модернизации здравоохранения. Модернизация – это процесс, который не должен закончиться, потому что новое не может быть вечно новым, процесс не стоит на месте, и мы должны всегда быть на передовых позициях. Мы получили много нового оборудования. Но медицина не стоит на месте. Она совершенствуется, обновляются представления о диагностике, лечении конкретных заболеваний. Именно поэтому переоснащение должно быть продолжено, иначе самая передовая аппаратура устареет. А этого нельзя допустить, оборудование должно меняться постоянно. Иначе мы остановимся в своем развитии.

Чем, на ваш взгляд, может гордиться больница святого Владимира?

Безусловно, своим коллективом. Есть такая народная мудрость, что талантам надо помогать, бездарности пробьются сами – моя задача помогать первым и не дать пробиться вторым. Я считаю, что больница может гордиться не только своими классными хирургами, квалифицированными специалистами терапевтического профиля, но и простыми медицинскими сестрами и всем персоналом. Наглядный пример – стерилизация медицинского оборудования, инструментария. Этим в больнице святого Владимира занимается специальный отдел. Давно позабыты дедовские методы, когда вручную мыли инструментарий и раскладывали на тряпочке для просушки в стерилизационном шкафу. Я очень ценю безотказность сотрудников этого отделения. Если необходимо хирургической службе, чтобы они вышли на работу в субботу, они это сделают. Вроде бы событие это не космического масштаба, чтобы бить в литавры, рассказывать о нем корреспонденту. Но без стерильного инструментария операции остановятся.

Конечно, мы гордимся и выдающимися хирургами, которые буквально с утра и до позднего вечера выполняют сложнейшие операции. Не случайно большинство из них – мужчины. Женщинам крайне трудно выдержать подобные нагрузки. И здесь тоже можно сказать, что они совершают трудовой подвиг. Больница работает слаженно, как единый, сплоченный коллектив. Работа различных специальностей в многопрофильной больнице тесно переплетается. Хирурги должны знать, какое лечение конкретному больному назначили педиатры. Педиатрам важно понимать, как будет выполняться то или иное вмешательство. Тем более что мы – скоропомощная больница. Здесь с утра ребенком может заниматься педиатр, а к вечеру, если его состояние ухудшилось, то возникает необходимость немедленно провести хирургическое вмешательство. Все взаимосвязано в хорошей клинике. Это на словах легко разделить лечение на этапы. А для самого пациента лечение – процесс непрерывный. Ему стало плохо, его привезли в больницу, поставили диагноз, прооперировали. Дальше свой отсчет начал восстановительный период. Когда он только выздоровел, лечение завершилось…

Отделение челюстно-лицевой хирургии

Заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Дмитрий Юрьевич Комелягин знакомит со вверенным ему подразделением. Он является профессором кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. В отделении трудятся 11 врачей, из них 7 челюстно-лицевых хирургов, нейрохирург, специалист по лучевой диагностике, врач-ортодонт, врач-педиатр. Здесь работают доктор медицинских наук, 5 кандидатов, все врачи высшей категории. Более того, на базе отделения в ординатуре проходят обучение врачи по следующим специальностям: челюстно-лицевая хирургия и ортодонтия. В одной операционной идут вмешательства по плановым показаниям, а вторая занята под экстренные случаи.

Это отделение насчитывает 60 коек (30 экстренных и 30 плановых). В течение года лечение проходят около 5500 пациентов. За год выполняется более 5000 операций, это огромный объем работы. Значительная часть больных поступает сюда в плановом порядке. Но от этого их лечение не становится менее легким. Например, хирурги достигают очень хороших результатов при лечении малышей с сосудистыми аномалиями: младенческими гемангиомами, артериовенозными, лимфатическими и венозными мальформациями. Но прежде чем «взять» ребенка на операционный стол, он должен пройти комплексное обследование, соответствующее международным стандартам ISSVA (компьютерная томография с контрастированием, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование с доплерографией, исследование свойств и параметров крови, гистологическое исследование и др.). На основании этих данных выстраивается комплексное лечение – от момента обращения до выздоровления.

– Мы проводим безоперационное (пункционное) лечение детей с лимфатическими мальформациями в области головы и шеи с использованием препаратов: доксициклин и блеомицин, - говорит Дмитрий Юрьевич Комелягин. - Оно выполняется с применением ультразвуковой навигации, что является главным условием для эффективности склерозирования в сложных анатомических областях. В результате ребенок избавляется от образования без проведения объемной хирургической операции.

При лечении сосудистых мальформаций в отделении применяются лазеры и оборудование для радиочастотной хирургии, в комплексе с ультразвуковой навигацией становится доступна селективная (избирательная) абляция (испарение) порочных сосудов.

Современные технологии

Мощное направление, которое также развивается здесь, это биомоделирование. Если раньше дети с врожденными и приобретенными дефектами и недоразвитиями челюстно-лицевой области лечились с помощью эндопротезов, которые приходилось во время операции корректировать, подгонять под рельеф и размер кости, то теперь на помощь хирургам приходит новейшая техника. Специальный трехмерный принтер позволяет сделать твердотельную модель любой части черепа или весь череп целиком. Изготовленная модель помогает отработать детали будущей операции, сделать индивидуальный эндопротез, который может быть изготовлен из различных биоматериалов (силикона, карбопола, титана и других материалов). При этом современные технологии на 20–50% сокращают время последующего оперативного вмешательства. Легко понять, насколько это важно, если учитывать, что по обычной методике такая операция занимает у хирурга 5–6 часов, а с использованием новейших подходов в два раз меньше. Это существенно для ребенка, который принципиально меньше находится под наркозом. И, конечно, это не может ни влиять на сроки его реабилитации. В результате ребенок быстрее адаптируется после оперативного вмешательства, меньше времени проходит до его возвращения в садик, в школу. Благодаря этому прогноз его лечения заметно улучшается. К тому же достигаются прекрасные функциональный и косметический эффекты. Поскольку врачи при изготовлении эндопротеза ориентируются на здоровую сторону лица, то после проведенной операции трудно и предположить, что ребенок чем-то серьезно болел. И все это дает биомоделирование.

Новые технологии подняли на другой уровень устранение врожденных и приобретенных пороков развития, например, лечение детей с недоразвитием нижней челюсти, с врожденными расщелинами губы и неба, синдромами: Робена, Тричер – Коллинза и 1–2 жаберных дуг, с различными костными и тканевыми деформациями и недоразвитиями лица. Более того, часть костно-пластических операций проводится поэтапно. Благодаря таким вмешательствам, детям возвращаются симметричные лица. Дети

становятся социально адаптированными. Ведь детей с врожденными аномалиями зачастую обижают сверстники. Не раз хирурги отделения сталкивались с фактами, когда родители боятся отдавать ребенка в садик или школу и, более того, гуляют с ними по ночам. Потому что другие дети негативно реагируют на тех, кто с аномалией развития лица. Соответственно задача хирургов – к школе полностью избавить ребенка от мешающего порока.

С каждым годом совершенствуется и ургентная хирургия. Врачи отделения часто выезжают на помощь к коллегам из других больниц, когда требуется проведение симультанных операций. Например, при сочетании переломов трубчатых костей с переломами костей челюстно-лицевой области при дорожно-транспортных происшествиях. Скорая также привозит в ДГКБ св. Владимира со всей столицы, и часто из подмосковья, детей с воспалительными процессами: периоститами, флегмонами, остеомиелитами и т.д.

Каждый пациент – особый случай

Дмитрий Юрьевич предложил поучаствовать вместе с ним в обходе отделения. Ведь почти каждый случай здесь достоин быть описанным в научном журнале.

…В первой палате лежит девочка вместе с мамой. Она поступила в детскую больницу с диагнозом «остеомиелит лобной кости, субдуральный абсцесс». Ей 9 лет, почувствовав себя плохо, два месяца лечилась в поликлинике. Но облегчения это не принесло, абсцесс в лобной области прогрессировал. Поэтому скорая доставила ее в отделение в крайне тяжелом состоянии. Несмотря на то что случай ее считается редким, хирурги без промедления выбрали тактику лечения. Сначала провели инфузионную, антибактериальную терапии, тем самым сняв острый процесс. После этого они выполнили компьютерную томографию, на основании которой была изготовлена твердотельная модель черепа. На ней была отработана будущая операция, направленная на резекцию пораженного участка кости и санацию гнойного очага. То есть к вмешательству хирурги подошли уже подготовленными. Хотя операция выполнялась по жизненным показаниям и была тяжелой, но заняла всего 40 минут, и ребенок быстро поправился. Мы побеседовали с ней уже в игровой комнате, а не на больничной койке.

Еще один ребенок, которого осматривал Дмитрий Юрьевич, поступил в отделение с большим дефектом свода черепа (около 15 на 20 см). Ему также в процессе вмешательства устранили дефект индивидуальным швейцарским эндопротезом. Была выполнена компьютерная томография. Ее данные отправили в швейцарскую фирму. Оттуда прислали эндопротез. Весь срок подготовки к операции занял около 2 недель. Теперь малыш чувствует себя хорошо и готовится к выписке. Если же учесть, какую точность нужно соблюсти при изготовлении и установке эндопротеза, то операция не выглядит абсолютно рядовой.

В следующей палате нас встретила мама маленького мальчика из Владивостока, которого она привезла в больницу на плановую операцию. У этого крохи в детской кроватке – выраженная артериовенозная сосудистая мальформация языка. Из-за нее язык ребенка увеличился в размерах, а в последствии не помещался в рот и кровоточил. По мере взросления малыша началась деформация верхней и нижней челюстей. Надо было что-то срочно предпринимать. Мама неоднократно обращалась за помощью в поликлиники и больницы Дальнего Востока. Но взялись устранить эту патологию только в больнице святого Владимира. По словам Дмитрия Юрьевича, ребенку повезло, что мама решила привезти его в столицу. Компьютерная томография с контрастированием позволила определить объем пораженных тканей. Последние представляли из себя большие полости, заполненные кровью, которые нужно было удалить. Для этого применялось эндолазерное лечение под контролем ультразвука. Каждая патологическая полость обрабатывалась лазерным лучом, который подводился с помощью проводника. При этом действие лазера контролировалось с помощью ультразвука. Шаг за шагом обрабатывалась каждая полость. И результат превзошел все ожидания: язык уменьшился на 80%, приобрел нормальные размеры, поместился в рот. Ребенок стал нормально питаться. Ведь до этого он мог принимать только жидкую пищу. Теперь мальчик поправился, стал набирать вес. Хотя во Владивостоке врачи разводили руками, когда речь заходила об операции: слишком рискованно.

Четверо следующих пациентов лечатся по поводу младенческих гемангиом головы и шеи. Тактика лечения их предполагает, что на первом этапе проводится консервативное лечение, но после комплексного кардиологического исследования (ЭКГ, УЗИ сердца, холтеровское мониторирование). Под контролем детских кардиологов назначается пропранолол, β-адреноблокатор. Дальнейшее лечение контролируют одновременно челюстно-лицевой хирург, кардиолог и педиатр. Раньше, когда возникала подобная патология, то проводили операции, оставлявшие зачастую грубые рубцы. Между тем применение проплонолола дает отличный результат, избавляет больного от хирургического этапа лечения. Однако, справедливости ради скажем, что не всем он помогает. Для части больных все же требуется обработка гемангиом лазером. Но теперь, благодаря современным технологиям, большие и массивные операции при данной патологии вообще не проводятся.

Самым «простым» больным в отделении на момент обхода был пациент с переломом нижней челюсти со смещением. Подросток 16 лет неудачно подрался со сверстниками. Когда он поступил в приемный покой, то не мог закрыть рот. Костные фрагменты челюсти были настолько смещены, что он не мог принимать пищу. В результате проведено оперативное вмешательство по срочным показаниям.

Более сложным был следующий ребенок. Его госпитализировали в отделение по поводу анкилоза височно-нижнечелюстного сустава. Лицо мальчика выглядело асимметричным за счет смещения нижней челюсти в сторону пораженного сустава. По авторской методике (способ устранения анкилоза височно-нижнечелюстного сустава) малышу двух лет было выполнено вмешательство. Врачи отделения являются авторами 8 патентов на изобретения. Проведенный компрессионно-дистракционный остеосинтез позволяет сегодня ребенку самостоятельно открывать рот, питаться и пить. С помощью подобных технологий, действительно, эффективно исправляются любые недоразвития верхней, нижней челюстей, средней зоны лица, не прибегая к большим серьезным оперативным вмешательствам.

Нередко, чтобы помочь ребенку, хирургам приходится применять целую комбинацию методов. Разрезы делают радиоволновым аппаратом, используют современные оперирующие системы, антибактериальные препараты и антисептики. Все это дает возможность эффективно лечить ребенка, сократить время пребывания его на хирургической койке.

Очень важно отметить, что достигаемые хорошие результаты лечения пациентов с тяжелыми пороками челюстно-лицевой области невозможны без работы дружественных отделений, таких как: операционный блок, анестезиологическое отделение, отделение реанимации. Еще раз хочется повторить слова, сказанные главным врачом больницы Владимиром Васильевичем: «Больница работает слаженно, как единый, сплоченный коллектив. Работа различных специальностей в многопрофильной больнице тесно переплетается».

107014, г. Москва,
ул. Рубцовско-Дворцовая, д. 1/3
Тел.: (499) 268-22-31
Факс: (499) 268-22-80
E-mail: info@dgkbsv.mosgorzdrav.ru
Сайт: www.rusakovka.ru

Наша справка:

Почти все московские больницы и клиники девятнадцатого века учреждены и построены на частные пожертвования. В их числе детская больница святого Владимира. Ее основал Павел Григорьевич фон Дервиз.

Для новой больницы было выбрано место невдалеке от древней вотчины бояр Романовых, села Покровское-Рубцово, посреди роскошной березовой рощи, вблизи от Сокольников и Яузы.

В своем первоначальном виде больница была признана образцовой на Парижской всемирной выставке 1878 года, на Всероссийской выставке в 1882 году и награждена золотой медалью на Всемирной выставке в Брюсселе как лучшая в Европе детская больница. Содержание больницы приняла на себя Государственная дума.

Больница именовалась Образцовой, затем Сокольнической, а позднее получила имя погибшего при подавлении кронштадтского восстания 1921 года большевистского комиссара И.В. Русакова – врача по образованию.

Легендой стало не только мастерство хирурга, но и высота нравственного стояния главного врача больницы Виктора Алексеевича Кружкова.

Большой и заслуженной славой здесь пользовался выдающийся детский хирург академик Станислав Яковлевич Долецкий, 35 лет руководивший кафедрой детской хирургии Института усовершенствования врачей. Сотни уникальных сложнейших операций, в том числе успешные операции по разделению близнецов, спасающие жизнь операции у новорожденных с врожденными аномалиями развития, множество подготовленных для всего Советского Союза детских хирургов, сотни научных трудов и десятки книг – таков итог деятельности С. Долецкого в больнице святого Владимира.

Высокий научный уровень, сильные многопрофильные клиники и знаменитые врачебные конференции – все это сложилось не в элитарном лечебном учреждении, а в общедоступной больнице.

Городская по статусу, но расположенная вблизи трех вокзалов, она никогда не отказывала в приеме детям самых отдаленных окраин страны. В 1976 году больница была награждена орденом Трудового Красного Знамени.

Сегодня прекрасно оборудованный операционный блок располагается в трех корпусах, имеет 11 операционных.

В 1991 году, к 115-летию больницы, ей возвращено ее исконное имя святого Владимира.

Грамотно расставленные приоритеты

Многие хронические заболевания начинают формироваться еще в детском возрасте, поэтому так важна современная диагностика, раннее выявление заболеваний у детей. Примером качественной работы по профилактике может служить детская городская поликлиника № 122. Она является амбулаторным центром, который обслуживает более 46 тысяч детского населения, проживающего в московских районах Гольяново, Измайлово, Северное и Восточное Измайлово. Центр объединил три филиала – бывшие городские детские поликлиники № 29, 60, 83. В этом году головной поликлинике исполняется 50 лет

Главный врач ГБУЗ г. Москвы «Детская городская поликлиника № 122 Департамента здравоохранения города Москвы», главный окружной внештатный специалист по первичной медико-санитарной помощи детскому населению ГКУ ДЗ Восточного административного округа, председатель аттестационной комиссии ДЗМ по сестринскому делу в педиатрии
Александр Брагин

Детская городская поликлиника № 122 – одна из лучших в округе. В чем, Александр Игоревич, это проявляется?

Конечно, свой авторитет она заслужила добросовестной работой коллектива. Некоторые из работающих участковых педиатров поликлиники лечат уже третье поколение своих пациентов. Соответственно, они прекрасно знают прикрепленное население. И такой «комплайнс» с родителями очень ценен.

Перед новым амбулаторным центром была поставлена трудная задача: оказание всех видов медицинской помощи детям трех огромных столичных районов. И по большому счету это нам удалось. Единственное: из-за ограниченности имеющихся в нашем распоряжении площадей мы не можем проводить такие исследования, как магнитно-резонансная и компьютерная томографии. Однако консультативная помощь представлена в полном объеме. В амбулаторном центре трудится большинство специалистов детского профиля, включая уролога, онколога, сурдолога, отоларинголога, аллерголога и других узких специалистов, которые входят в номенклатуру специальностей Минздрава России.

В нашем распоряжении – хорошо развитая лабораторная служба. Она одна из немногих, которая способна проводить исследования на специфические аллергены непосредственно в поликлинике. В результате проводимое маленьким пациентам специфическое лечение в аллергологических кабинетах оказывается более эффективным, нежели бесконечный прием антигистаминных препаратов. Как следствие, бронхиальная астма в подавляющем большинстве протекает у детей, которые находятся на учете в поликлинике № 122, в легкой стадии, не требуя применения лекарств.

Точно так же широкий спектр исследований проводится детям при заболеваниях почек и мочевыводящих путей. Ведь зачастую у детей инфекции носят хронический характер. Более того, на их фоне могут развиваться другие инфекции с тяжелым течением.

Серьезный шаг вперед сделала в последние годы ультразвуковая диагностика. По программе модернизации в амбулаторный центр поставлено семь аппаратов УЗИ, причем один из них экспертного класса. С учетом применения самых современных технологий перевооружилась и вся функциональная диагностика.

Достигнутое – фундамент, но и развитие – требование времени. В каком направлении вы продвигаетесь?

Еще до реорганизации столичного здравоохранения в городской поликлинике № 122 функционировало окружное отоларингологическое отделение. Мы сохранили этот центр, тем более что он прекрасно оснащен лор-оборудованием. Консультативные приемы ведут сурдолог, отоларинголог, фонопед. Исследования слуха (такие как аудиометрия) крайне важны для выявления на ранних стадиях нарушений слуха. Новые возможности для исследований открылись в эндоскопическом кабинете. Его работа особенно ценна для выявления патологии гортани у детей. Правильно проведенная диагностика позволяет и лечение назначить эффективное. У нас для восстановления функции голоса функционирует отдельный кабинет фонопедии. Не менее ценно, что там установлена компьютерная программа с обратной связью. Она позволяет фонопеду-логопеду заниматься с детьми, получая хороший эффект, быстро восстанавливая голос.

В отличие от других амбулаторных центров, мы давно занимаемся реабилитацией. До недавнего времени у отделения было другое название – отделение восстановительного лечения. Если другие АЦ только начинают развивать это направление, то в нашей поликлинике накоплен немалый опыт применения реабилитации на практике. Во всех филиалах центра функционируют бассейны, в которых водные процедуры проходят дети с неврологической и ортопедической патологией. Прием водных процедур положителен и для закаливания маленьких детей, развития у них двигательных навыков. И это не абстрактное утверждение. В поликлинике № 122 проведен собственный анализ состояния детей, которые занимались в бассейне в течение 6 месяцев: так, частота простудных заболеваний снизилась на 16%, в неврологическом статусе отмечается положительная динамика почти у половины детей.

Отделение реабилитации оснащено современным физиотерапевтическим оборудованием, функционируют залы ЛФК со специализированными тренажерами, массажные кабинеты, прием ведут логопеды, психолог, рефлексотерапевт. Хотелось бы остановиться на рефлексотерапии: уже более 10 лет в этом отделении работает рефлексотерапевт-невролог. Этот метод отлично зарекомендовал себя в восстановительном лечении детей с различной патологией. Комплексный подход делает реабилитацию еще более востребованной. Поскольку позволяет быстрее решить проблемы со здоровьем ребенка и вывести его на стойкую ремиссию заболевания.

Городская поликлиника № 122 является амбулаторным центром второго уровня, здесь проводится более 95 исследований, как функциональных, так и лабораторных. Что еще в арсенале?

Очень небольшое количество пациентов мы направляем на плановое стационарное лечение, чаще всего госпитализации связаны с тяжелыми врожденными аномалиями, которые можно лечить только хирургическими методами. Свой вклад в интенсивное лечение непосредственно в амбулаторном центре вносят дневные стационары. И об этом стоит рассказать поподробнее.

Первым, учитывая имеющиеся возможности, в АЦ открыли дневной стационар по отоларингологии. То есть маленькие пациенты получили возможность пройти все процедуры, инъекции непосредственно в дневном стационаре. Сокращается количество детей, которые нуждались в лечении в стационаре круглосуточного пребывания. На самом деле это не только позволяет сэкономить средства поликлиники в условиях подушевого финансирования, но и более комфортно для ребенка. Он приходит сюда с мамой, получает необходимую процедуру, возвращается в привычную для него домашнюю обстановку. На следующий день его приводят на продолжение лечения, он идет в поликлинику без опаски. Точно так же функционирует дневной стационар в неврологии, рассчитанный на 4 койки. Эффективность лечения не вызывает сомнения. Не менее важно, что довольными остаются родители. Они спокойны за своего ребенка, он находится под их контролем и получает эффективное лечение.

Следующим этапом развития стационарозамещающих технологий станет открытие дневного стационара на дому.

Объемы медицинской помощи зависят теперь и от количества прикрепленного населения. В вашем амбулаторном центре оно увеличивается или сокращается?

Родители прекрасно знают городскую поликлинику № 122. А когда амбулаторный центр получил новые возможности для диагностики и лечения по программам модернизации и развития столичного здравоохранения, то никому из родителей и в голову не приходит попробовать прикрепиться к какому-то другому лечебному учреждению. Ведь квалифицированные специалисты находятся в шаговой доступности. Если прикрепленное население и увеличивается, то незначительно, за счет детей, проживающих в ближнем Подмосковье (400–450 ребят). Количество прикрепленных москвичей не уменьшается и не увеличивается, оставаясь приблизительно на одном уровне. Да и из ближнего Подмосковья городская поликлиника № 122 не в состоянии взять на себя много детей. Ведь участковый принцип еще никто не отменял.

Какие показатели работы поликлиники вы считаете важными и почему?

Когда заработала информационная система ЕМИАС, то социологические опросы стали свидетельствовать, что родители по достоинству оценили повышение доступности медицинской помощи. В поликлинике доступность как первичной, так и специализированной медицинской помощи является архиважной. Если фактически 95% объема необходимой медицинской помощи обеспечивается в рамках амбулаторного центра, то родителям не приходится куда-то ехать с больным ребенком. Можно пройти все обследования и получить консультации, не выезжая из района, в котором проживаешь. Удобно? Безусловно. Запись на прием к специалисту сегодня идет заранее, в поликлинику можно прийти в определенное время, не теряя времени в бесконечных очередях. Это повысило и оценку проведенной в Москве реорганизации здравоохранения.

Важно подчеркнуть еще один момент, изначально должна измениться психология населения. Решать, нуждается ли ребенок, скажем, в консультации детского уролога, должен участковый педиатр или лечащий в данный момент врач.

Профилактика – главное. Как она поставлена в вашем амбулаторном центре?

С прошлого года согласно приказу Минздрава России № 1346 профилактическим осмотрам подлежат дети всех возрастов. Но для каждого возраста установлен свой объем исследований и консультаций. К этому надо добавить детей, которые учатся в общеобразовательных учреждениях и подлежат периодическим осмотрам. Проведением последних занимаются врачи отделений профилактики в школах и детских садах. В результате профилактических осмотров хронические заболевания выявляются на ранних стадиях, позволяя своевременно начать лечение и реабилитацию.

Сегодня на диспансерном учете с хроническими заболеваниями состоят около 20–25% детского населения. Но при этом в прошлом году госпитализировано в стационары только 120 детей. Согласитесь: это немного.

Поделитесь планами, перспективами на будущее…

Детской городской поликлинике № 122 не хватает площадей, чтобы продолжить развитие. По большому счету надо создавать реабилитационные центры (сегодня они кое-где существуют в социальном ведомстве) при поликлиниках. Тогда цепочка замкнется и можно будет с большой уверенностью говорить о здоровом поколении в будущем России.

107023, г. Москва, Измайловский бульвар, д. 61
Тел.: +7 (495) 468-32-50
E-mail: info@dgp122.mosgorzdrav.ru
Сайт: www.mosgorzdrav.ru/dgp122

Ставропольский край

90 ЛЕТ

Инвестиции в здравоохранение – это вклад в будущее Ставрополья

О стратегии социального развития Ставропольского края, направленной на укрепление здоровья населения

Временно исполняющий обязанности губернатора Ставропольского края
Владимир Владимиров

Укрепление здоровья населения – важнейший вектор стратегии развития края.

Сегодня мы выстраиваем в регионе современную эффективную систему охраны здоровья. При этом стремимся не только внедрить в жизнь передовые медицинские стандарты, но и максимально приблизить здравоохранение к людям, сделать высококачественные лечебные услуги доступными и в городе, и в сельской местности.

В числе приоритетов — участие в федеральных программах, привлечение в отрасль государственных инвестиций, строительство новых учреждений, укрепление материально-технической базы больниц и поликлиник, приобретение современного оборудования, развитие сельской медицины.

Большие ожидания мы связываем с реализацией федеральной целевой программы «Юг России». В частности, в ближайшей перспективе она предусматривает строительство поликлиники в Юго-Западном районе Ставрополя. Новый объект рассчитан на обслуживание 57 000 человек и в смену сможет принять до 720 пациентов. Кроме того, в состав поликлиники войдут травмпункт и подстанция скорой помощи. Проект разработан ставропольской компанией, и в краевом бюджете заложены средства для софинансирования строительства, которое начнется в этом году. Планируется, что поликлиника будет оснащена оборудованием стоимостью свыше 740 млн рублей. Кроме того, уже проработаны и вопросы кадрового обеспечения нового лечебного учреждения.

Очень важно, что создание таких крупных объектов сопровождается развитием базового уровня системы здравоохранения – в сельской местности. Так, в 2013 году в крае введены в эксплуатацию построенная с использованием модульных технологий врачебная амбулатория на 65 посещений в смену в селе Новозаведенном Георгиевского района, фельдшерско-акушерский пункт на 25 посещений в смену в поселке Урожайном Предгорного района.

Повысить эффективность работы отрасли помогла масштабная Программа модернизации здравоохранения в крае. В течение трех лет на ее финансирование было направлено 10,5 миллиарда рублей. В результате удалось значительно укрепить материально-техническую базу многих учреждений. На 353 объектах проведен капитальный ремонт, при этом особое внимание уделено ремонту родильных домов, детских больниц и поликлиник.

Сегодня многие учреждения оснащены современными рентгеновскими аппаратами, компьютерными и магнитно-резонансными томографами, аппаратурой для проведения ультразвуковых исследований экспертного класса и другим высокотехнологичным инструментарием. Кроме того, все автомобили скорой медицинской помощи на Ставрополье оборудованы навигационным оборудованием ГЛОНАСС/GPS.

В 2013 году в крае приобретено два мобильных комплекса для диспансеризации стоимостью более 10 млн рублей каждый. «Передвижные госпитали» регулярно выезжают в сельские районы. В результате жителям отдаленных территорий становятся доступны современные средства диагностики, консультации специалистов ведущих учреждений здравоохранения края.

В здравоохранении внедряются современные информационные системы. В частности, это позволило реализовать возможность предварительной записи на прием к врачу через «электронную регистратуру» или портал государственных услуг.

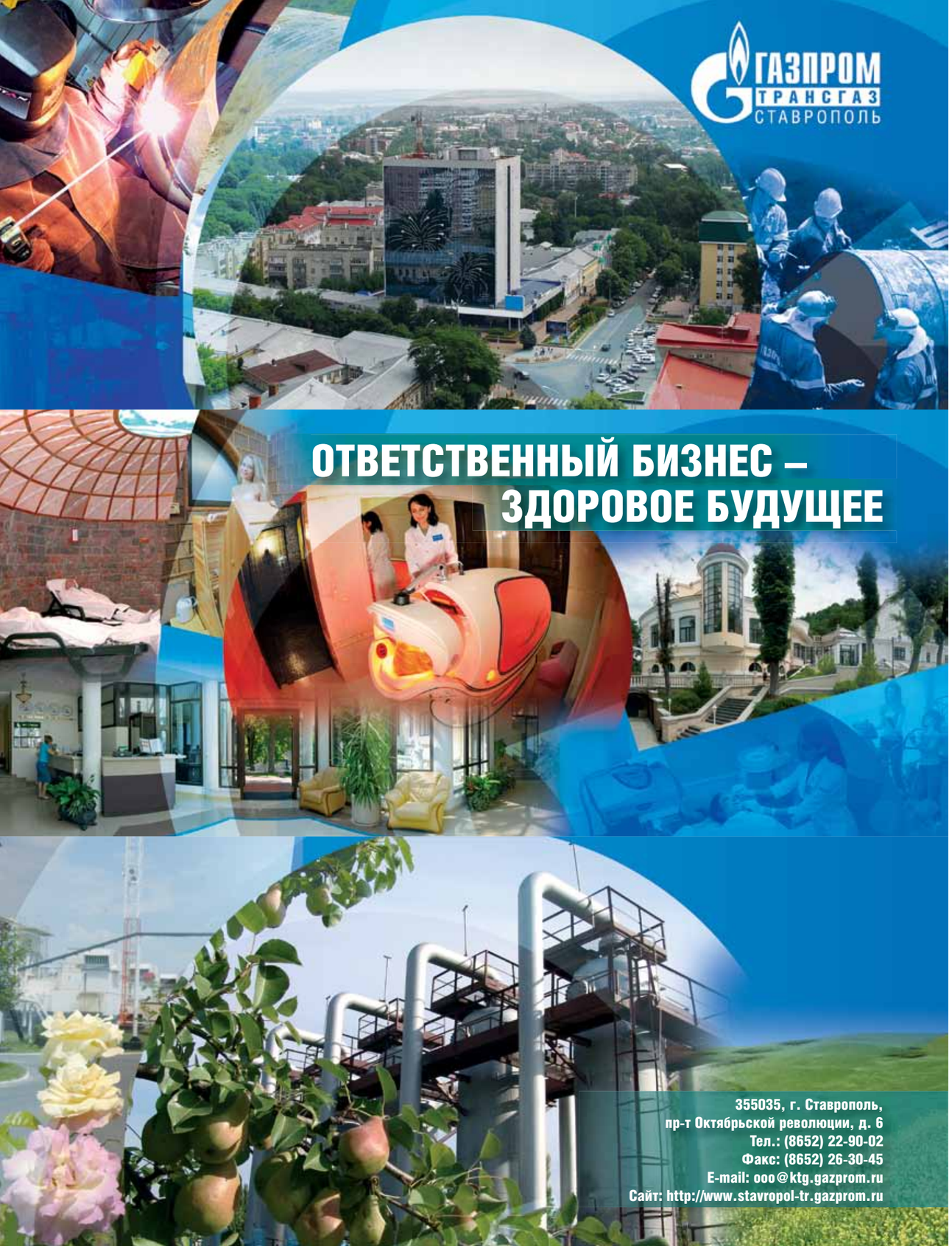
Одно из центральных мест в программе модернизации занимает медицинская помощь детям. За последние годы был выполнен капремонт в детской краевой клинической больнице, в Кисловодском и Ессентукском родильных домах, Ставропольском краевом перинатальном центре, в детских городских больницах Кисловодска, Пятигорска и Ессентуков, а также в специализированных домах ребенка. Родовспомогательные и детские лечебные учреждения оснащены современным оборудованием, позволяющим оказывать квалифицированную помощь беременным и новорожденным.

В 2014–2016 годах мы рассчитываем совершить новый шаг в этом направлении: в Ставрополе планируется построить новый перинатальный центр на 130 коек. Это будет крупный современный объект – одно из ведущих звеньев в краевой системе учреждений соответствующего профиля.

Уверен, что предпринимаемые нами меры будут способствовать сохранению положительной динамики в демографии. В последние два года на Ставрополье наблюдается естественный прирост населения, причем сразу на 17 территориях. Это прекрасный показатель, он говорит о многом. Работа краевых властей должна его поддерживать.

Вектор движения для нас ясен. Это модернизация медучреждений, внедрение новых технологий, реализация стимулирующих развитие отрасли программ. Главное – чтобы люди видели и чувствовали отдачу.

Мое твердое убеждение: деньги, направленные в здравоохранение, – это больше чем инвестиции, это вложения в будущее Ставрополья.



В социальной политике ОАО «Газпром» медицинское обеспечение работников и членов их семей занимает одно из ведущих мест. Забота о здоровье – это в том числе и производственная составляющая. От того, насколько хорошо будет чувствовать себя работник, напрямую зависит его работоспособность и в конечном итоге результат его труда. Поэтому вопросы сохранения и укрепления здоровья газовиков всегда были и будут в числе важнейших приоритетов нашего предприятия

Генеральный директор ООО «Газпром трансгаз Ставрополь»
Алексей Завгороднев

Главный жизненный фактор

Как часто мы желаем друг другу счастья, удачи, благополучия. И все же самым важным и ценным пожеланием, несомненно, остается крепкое здоровье. А оно во многом зависит от качественной медицинской помощи. Опыт ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» показывает, что системный подход к сохранению здоровья персонала в значительной степени способствует поддержанию необходимого уровня работоспособности сотрудников, препятствует развитию профессиональных заболеваний, оттоку квалифицированных кадров, а также повышает социальную значимость и мотивацию работы на предприятии

Служба по связям с общественностью и СМИ
ООО «Газпром трансгаз Ставрополь»

В основе – комплексный подход

Активно участвуя в реализации многочисленных общественно значимых проектов, ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» являет собой яркий пример социально ответственной компании. Поэтому вопросы сохранения и укрепления здоровья сотрудников – в числе приоритетов предприятия. Причем за состоянием здоровья каждого работника медики наблюдают с момента его поступления на работу.

Корпоративная программа здравоохранения ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» решает целый ряд вопросов по увеличению доступности первичной медико-санитарной помощи, эффективной профилактики заболеваний, а также внедрению современных медицинских технологий. Медицинская служба общества сегодня – это целый комплекс, который включает в себя сеть медицинских подразделений, объекты социальной инфраструктуры и реализует программу профилактических и оздоровительных мероприятий, пропаганду здорового образа жизни.

А начиналось все с малого. В нескольких филиалах предприятия работали медпункты, как правило, с одной медсестрой в штате. Созданный в 1999 году в администрации общества здравпункт занимал всего пять кабинетов. Пациентов принимали терапевт, стоматолог, массажист, действовали процедурный и физиотерапевтический кабинеты. Для многотысячного коллектива газовиков, многие из которых сталкиваются с вредными факторами и физическими нагрузками, этого было явно недостаточно. Требовалась всесторонняя забота о тружениках, в том числе и совершенствование медицинского обслуживания.

Вместе с расширением производства развивалась и медицинская служба ООО «Газпром трансгаз Ставрополь». В настоящее время ее структура представлена 18 врачебными здравпунктами (практически в каждом филиале), клинической лабораторией, пансионатом санаторного типа «Факел» в Кисловодске. Здравпункты общества по структуре, оснащению и уровню медицинской помощи сравнимы с самостоятельными медицинскими учреждениями. Численность медицинского персонала, обеспечивающего оказание квалифицированной медицинской помощи работникам компании, составляет 111 человек. В 17 врачебных здравпунктах проводится экспертиза временной нетрудоспособности с выдачей больничных листков непосредственно на рабочем месте.

Большинство здравпунктов располагают специализированными кабинетами приема терапевта, физиотерапии, стоматологическими и процедурными кабинетами, дневными стационарами, укомплектованы санитарными автомобилями.

Здравпункты расположены в непосредственной близости от производственных объектов, не нужно ехать сотни километров для того, чтобы пройти ежегодную диспансеризацию, получить врачебные консультации или необходимые процедуры. Это очень важно, поскольку газовые трассы общества пролегают через территорию 10 субъектов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов.

Медицинская инфраструктура ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» постоянно совершенствуется, обновляется современным диагностическим и лечебным оборудованием и новейшими технологиями. Например, медицинская информационная система (МИС) «Медиалог» позволяет автоматизировать многие аспекты лечебно-профилактической работы. Данная система работает во многих ведущих учреждениях России. Сегодня на основе МИС «Медиалог» функционирует 60 автоматизированных рабочих мест врачей во всех здравпунктах общества и пансионате «Факел», сформирована единая база данных электронных медицинских карт пациентов, обеспечен защищенный доступ пользователей к серверу в соответствии с федеральным законом о персональных данных. С помощью программы ведутся электронные журналы, статистические отчеты,

Коротко о предприятии

ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» – дочернее общество ОАО «Газпром». Это крупнейший на юге страны производственно-хозяйственный комплекс, в состав которого входят 19 филиалов. Линейная часть магистральных газопроводов, обслуживаемых предприятием, проходит через территорию десяти субъектов РФ, их протяженность превышает 8000 км. Ежегодные объемы транспортировки газа составляют около 70 млрд кубометров. В обществе эксплуатируются 12 компрессорных станций, 13 автомобильных газонаполнительных компрессорных станций суммарной мощностью 4450 заправок в сутки. Общая численность персонала компании – около восьми тысяч человек

создаются динамические карты пациентов, печатаются бланки результатов, ведется долговременное архивирование результатов, автоматический учет оказания услуг и многое другое. Как результат – одновременное улучшение основных показателей деятельности медицинской службы: повышение эффективности использования оборудования, улучшение качества и производительности труда.

Важная роль отводится иммунопрофилактике инфекционных заболеваний. На предприятии проводится вакцинация от гриппа, а также от других инфекционных заболеваний согласно Национальному календарю профилактических прививок. В период эпидемии гриппа все сотрудники получают витамины и препараты, повышающие иммунитет. Все эти меры позволяют не допустить эпидемического подъема заболеваемости гриппом и ОРВИ и дают ощутимый экономический эффект.

Благодаря сложившейся системе профилактики и реабилитации последние пять лет уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности держится на стабильно низких цифрах.

Слагаемые здоровья

Системный подход к проблеме здравоохранения, применяемый медицинской службой ООО «Газпром трансгаз Ставрополь», позволил свести к минимуму не только общие, но и профессиональные заболевания у работников, связанные с неблагоприятными условиями труда.

Каждый год для газовиков разрабатываются графики прохождения периодических медицинских осмотров. В зависимости от различных категорий профессиональных вредностей медицинские работники составляют индивидуальные перечни обследований и консультаций специалистов. После проведения осмотров председатель комиссии лечебно-профилактического учреждения готовит акты с указанием рекомендаций по дообследованиям, стационарному, амбулаторному и реабилитационно-восстановительному лечению. Медицинские работники следят за их строгим выполнением. Благодаря четко отлаженной системе охраны труда, профилактическим и реабилитационным мероприятиям в ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» на протяжении уже нескольких лет случаи профессиональных заболеваний не выявляются.

Здравоохранение в цифрах

За последние пять лет в медслужбе ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» было зарегистрировано почти 366 тысяч обращений за медицинской помощью. За это же время проведено около 1,7 млн предрейсовых осмотров, выполнено 773 тысячи лечебных и прочих процедур, а также 47 тысяч вакцинаций

– В «Газпром трансгаз Ставрополь» действует замкнутый цикл оказания медицинских услуг, – рассказывает начальник медицинской службы общества Елена Слинько. – Первый этап – это первичная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачебными здравпунктами на рабочих местах. Все работающие застрахованы работодателем по программе ДМС в страховой компании «СОГАЗ», что позволяет оперативно и комплексно решать задачи второго и третьего этапов – амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Эти виды помощи оказываются как местными лечебно-профилактическими учреждениями, имеющими договоры со страховой компанией, так и ведущими клиниками Москвы и других городов. Четвертым этапом цикла лечения работников является организация реабилитационно-восстановительного лечения, в том числе и на собственной санаторной базе, где ежегодно поправляют здоровье более полутора тысяч человек.

Пансионат санаторного типа «Факел», расположенный в курортной зоне города Кисловодска, уже более 17 лет принимает на отдых и лечение сотрудников ООО «Газпром трансгаз Ставрополь». За эти годы здравница стала одной из ведущих на Кавказских Минеральных Водах и излюбленным местом отдыха и лечения и для газовиков, и для гостей со всей России.

«Факел» выполняет функции и санатория и местного реабилитационного центра, где проходят лечение больные, выписавшиеся из стационара, в том числе и после различных операций. Лечебные программы реабилитации разработаны для сотрудников предприятия с учетом различных неблагоприятных условий труда. К тому же положительное действие курортных факторов в значительной мере усиливает эффективное воздействие на адаптационно-регуляторные системы организма.

Богатое разнообразие лечебных факторов региона обусловливает многопрофильность здравницы. «Факел» располагает обширной базой для диагностики и лечения болезней сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, обмена веществ, органов дыхания, опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы. В качестве основных и вспомогательных лечебно-оздоровительных процедур используются минеральные и фитованны, грязелечение, лечебные души, подводный и ручной массаж, спелеотерапия, физиотерапия, ингаляции, лечебная физкультура, питьевое лечение различными типами минеральных вод, программа очищения организма и многое другое. Ведут прием врачи высших категорий и кадидаты медицинских наук.

Для комплексной реабилитации организма, косметологической коррекции и оздоровительного отдыха применяются современные spa-технологии. К примеру, альфа-капсула применяется для расслабляющего отдыха, восстановления организма, способствует выведению токсинов, улучшению состояния кожных покровов, коррекции веса, снятию стресса. А магнитотерапия оказывает общесистемное оздоравливающее воздействие на все системы организма, в том числе иммунную, нервную, эндокринную, сердечно-сосудистую и лимфатическую, обмен веществ и проч. Постоянно меняющиеся параметры магнитного поля во время процедур способствуют закреплению положительного лечебного эффекта на длительный срок.

Лучшее лечение – профилактика

Единая система профилактики заболеваний и реабилитации сотрудников ООО «Газпром трансгаз Ставрополь» уже доказала свою эффективность. На протяжении последних лет основные показатели заболеваемости газовиков находятся на стабильно низком уровне, не превышая как среднероссийские, так и среднеотраслевые

Важная составляющая любого лечебного процесса – правильно организованное питание. В пансионате «Факел» отдыхающие получают рекомендации по рациональному и лечебному питанию с учетом имеющихся заболеваний, а также по рекомендациям врачей – лечение настоями лечебных трав.

Успешное здравоохранение определяется не только наличием новейшего оборудования и самых современных методик лечения, но и высоким профессионализмом врачей. Сегодня в медицинской службе общества работают заслуженный врач Российской Федерации, четверо отличников здравоохранения, шесть кандидатов медицинских наук.

К слову, лечение и отдых доступны не только работникам предприятия, но и членам их семей. Для них в обществе успешно работают страховые программы «Высокие медицинские технологии» и «Здоровая семья». Двери медицинской службы всегда открыты для бывших работников, ветеранов отрасли, пенсионеров.

ГБУЗ СК «СТАВРОПОЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Митрополит Ставропольский и Невинномысский Кирилл и главный врач Краевой больницы В.И. Кошель на праздновании 100-летия СККБ

В Региональном сосудистом центре

Операция в Региональном сосудистом центре

В 2013 году Ставропольская краевая больница отметила 100 лет со дня своего основания и 65 лет с момента присвоения краевого статуса.

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница» сегодня – крупнейшее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение Северо-Кавказского федерального округа, средоточие огромного опыта и достижений современной медицины. В его составе более 40 подразделений, консультативная поликлиника на 250 посещений и офтальмологический диспансер на 120 посещений в смену, отделение экстренной консультативной помощи (санавиация). Ежегодно здесь стационарную медицинскую помощь получают свыше 29 тысяч человек, консультативную – свыше 70 тысяч человек. Это единый лечебно-диагностический комплекс, включающий стационар, консультативную поликлинику, региональный сосудистый центр.

Ставропольский край вошел в число одних из первых субъектов Российской Федерации по реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. В связи с чем в 2009 году на базе учреждения был организован региональный сосудистый центр, представляющий собой функциональное объединение следующих структурных подразделений, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь данной категории больных: неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения на 48 коек; отделение интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации для больных с ОНМК на 12 коек; кардиологическое отделение для больных с острым коронарным синдромом на 30 коек; отделение интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации для больных с ОКС (6 коек); отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения; профильные койки в отделениях сосудистой хирургии, нейрохирургии; рентгенологическое отделение; отделение функциональной и ультразвуковой диагностики; клинико-диагностическая лаборатория; физиотерапевтическое отделение.

Региональный сосудистый центр является головным центром, координирующим работу трех первичных сосудистых отделений (далее – ПСО), организованных на базе МБУЗ ГКБ № 3 г. Ставрополя, ГБУЗ СК «Центральная городская больница г. Пятигорска» и ГБУЗ СК «Городская больница г. Невинномысска № 1». С 2011 года за счет финансирования из средств бюджета Ставропольского края организованы и функционируют ПСО на базе ГБУЗ СК «Ессентукская центральная городская больница», ГБУЗ СК «ККЦСВМП № 1 г. Буденновска», ГБУЗ СК «Кисловодская центральная городская больница».

Работа РСЦ и первичных сосудистых отделений налажена так, чтобы экстренный больной с инсультом или инфарктом смог как можно быстрее получить самую современную и эффективную медицинскую помощь. Причем полное обследование занимает не более 20 минут. Реабилитация начинается уже с первых часов лечения в стационаре, а не на 20-й день, как раньше.

Как отмечает заведующая неврологическим отделением М.Д. Богатырева, общее число госпитализированных больных за 2013, в сравнении с 2012, несколько снизилось, в основном за счет увеличения тяжелого контингента больных, поступающих в РСЦ со всей территории края (не считая прикрепленных территорий). Наблюдается также непрерывное (из года в год) перераспределение нозологий в пользу инсультов и уменьшения числа преходящих нарушений мозгового кровообращения. Оперативная активность по РСЦ остается на достаточно высоком уровне: за 2013 год она составила 54% от общего числа кровоизлияний.

Обращает на себя внимание увеличение количества выполненных реконструктивных операций на магистральных артериях головы. Так же увеличилось количество выполненных коронарных стентирований. Это говорит о совершенствовании показателя качества диагностики патологии магистральных артерий головы, коронарных артерий.

За 2013 год в Региональном сосудистом центре пролечено 1397 человек с острым коронарным синдромом (ОКС), 1492 – с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК); выполнено более 1500 хирургических (в том числе и эндоваскулярных) вмешательств по поводу ОКС и ОНМК. За весь период работы в отделениях Регионального сосудистого центра получили медицинскую помощь свыше 16 тысяч человек. На Международном конгрессе в Москве «Нейрореабилитация – 2012» Региональный сосудистый центр, действующий на базе Ставропольской краевой больницы, был отмечен дипломом «Лучший региональный сосудистый центр».

Новаторские подходы используются во всех направлениях деятельности Ставропольской краевой больницы. Ведь она является базой 13 клинических кафедр Ставропольского государственного медицинского университета. Сегодня в СККБ оказывается специализированная помощь по 50 специальностям (в том числе высокотехнологичная медицинская помощь – по 10 специальностям); в настоящее время учреждение имеет лицензию на 16 видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Но главную гордость Краевой больницы составляет высококвалифицированный коллектив с устоявшимися традициями и научной школой. Здесь работают 8 докторов и 70 кандидатов медицинских наук, 12 заслуженных врачей РФ, 3 заслуженных работника здравоохранения и 42 отличника здравоохранения. Кроме того, более 20 человек центра – главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения Ставропольского края.

Вне всякого сомнения, все годы самым главным преимуществом Краевой больницы являлся и является профессионализм врачей – на протяжении ее долгой истории здесь всегда были сосредоточены лучшие медицинские кадры. Сегодня Ставропольская краевая клиническая больница продолжает свое динамичное поступательное развитие.

В гнойном хирургическом отделении

В операционной сосудистой хирургии

Оториноларингологическое отделение

Гинекологическое отделение

Отделение торакальной хирургии

355030, г. Ставрополь, ул. Семашко, д. 1
Тел.: (8652) 35-02-23
Факс: (8652) 35-02-24
E-mail: kkb@stv.runnet.ru
Сайт: www.skkc.stavkray.ru

Надежная репутация

Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1 – крупнейшее и, без преувеличения, лучшее лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее квалифицированную, специализированную медицинскую помощь населению города Буденновска, Буденновского района и восьми районов восточной части Ставропольского края

Главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1», отличник здравоохранения
Владимир Рогов

Имея давнюю и заслуженную славу центра, который возвращает людям самое ценное – здоровье, мы по праву можем позиционировать себя как медицинский центр, который лечит еще и душу человека: стройные березки, голубые ели, обилие роз создают атмосферу, соответствующую хорошему санаторию.

В состав учреждения входят стационарный комплекс на 749 коек, кроме того – 9 коек реанимации, 33 клинических отделения, перинатальный центр, наркологический, кожно-венерологический и психоневрологический диспансеры.

Статусу центра № 1 соответствуют и уровень подготовки медицинских кадров, новейшие методы диагностики и лечения.

Ставропольский опыт

Уникальность и ценность центра заключаются еще и в том, что, сохраняя все лучшее из «советской» клинической медицины, опробованные методики дополняются современными методами: компьютерная томография; квантовая терапия, миелографическое обследование суставов и позвоночника; транслигатурная интерляминэктомия при грыжах позвоночника; удаление внутримозговых гематом через фрезевые отверстия; эндолюмбальное дренирование при лечении различных видов ликворей; оперативные лапароскопические методики в хирургической, гинекологической, урологической практике; развивается система донорского и лечебного плазмофереза; пренатальная диагностика пороков развития.

В хирургической практике совершенствуются и развиваются малоинвазивные оперативные методики, позволяющие минимизировать послеоперационные осложнения, сократить сроки лечения. С 2009 года на базе травматологического отделения проводятся артроскопические вмешательства на коленном суставе. Важным преимуществом этого метода является выполнение полноценного хирургического вмешательства с минимальной операционной травмой и кратчайшим реабилитационным периодом. В урологическом отделении с появлением эндоскопического оборудования улучшилось качество проведения ретроградной уретропиелографии и цистоскопии, появилась возможность проведения контактной литотрипсии, уретропиелоскопии и катетеризации мочеточников. В хирургическом отделении проводится около 70 эндоскопических вмешательств, таких как герниопластика, аппендэктомия, резекция кишечника и желудка, устранение грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Альтернативой многим видам открытых хирургических вмешательств в гинекологии стало применение хирургической эндоскопической стойки Storz.

Травмоцентр первого уровня

С 2013 года под эгидой Правительства, Министерства здравоохранения Российской Федерации, при активном участии министра здравоохранения Ставропольского края Виктора Николаевича Мажарова наш центр участвует в программе по совершенствованию организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Актуальность дорожного травматизма подтверждена статистикой: количество ДТП по краю составляет 3000 случаев в год, в 60% случаев пострадавшие погибают до поступления в лечебные учреждения. С учетом географической особенности расположения, в городе Буденновске и Буденновском районе сосредоточены семь развязок двух автомобильных дорог федерального значения и шести автомобильных дорог краевого значения, что послужило основанием для открытия в Буденновске травмоцентра первого уровня.

Данная программа охватывает всю Юго-Восточную часть Ставропольского края и направлена на совершенствование качества и своевременности оказываемых медицинских услуг данной категории пострадавших. Создание единого четкого алгоритма выполнения медицинских манипуляций пострадавшим всеми медицинскими работниками, участвующими в реализации проекта, в совокупности с четким порядком маршрутизации пациентов в лечебные учреждения позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи, а также сократит время ожидания пациентом оказания высокоспециализированной медицинской помощи. Ожидаемый эффект – уменьшение средних сроков лечения и, как следствие, сроков нетрудоспособности, а главное – улучшение качества жизни пострадавшего и решение социально-экономических проблем.

В рамках программы планируется реконструкция имеющихся помещений, пристройка новых модулей, открытие отделения сочетанной травмы, противошокового отделения, в проектировании которых учитывается пошаговая доступность. Центр будет оснащен дополнительным лечебно-диагностическим оборудованием (КТ, МРТ, УЗИ, лабораторное оборудование, рентгеновское оборудование). Установка и эксплуатация данного оборудования позволит в полной мере использовать высокий кадровый потенциал центра на благо сохранения здоровья наших жителей. Разумное планирование и размещение приобретенного оборудования позволит приблизить качество оказываемой помощи учреждения к европейским стандартам.

Это призвание – помогать людям!

Добрым именем и высокой профессиональной репутацией центр обязан своему уникальному коллективу. Более 70% врачей и средних медицинских работников здесь имеют квалификационную категорию, работают 4 заслуженных врача России, 15 отличников здравоохранения, заслуженные работники здравоохранения Российской Федерации, один из работников центра награжден медалью «За доблестный труд» 3-й степени, многие награждены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Почетной грамотой губернатора Ставропольского края, Почетной грамотой Государственной думы Ставропольского края, Почетной грамотой Министерства здравоохранения Ставропольского края. К сожалению, в истории России наш центр был еще и первым, столкнувшимся с терроризмом, но мы с гордостью можем сказать: «Мы выстояли!» Четверо наших сотрудников награждены орденом Мужества, 20 сотрудников награждены медалью «За участие в спецоперации по освобождению заложников».

В рамках программы модернизации

В мае 2005 года пережила свое «второе рождение» служба родовспоможения. Создание на базе учреждения перинатального центра повысило эффективность и качество медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, новорожденным детям, гинекологическим больным. Снизился уровень материнской и перинатальной смертности в восточных районах Ставропольского края.

Отделение второго этапа выхаживания оснащено современным медицинским оборудованием, позволяющим выхаживать младенцев с экстремально низкой массой тела при рождении, начиная с 500 граммов. Созданы все условия для того, чтобы мамы и малыши чувствовали себя максимально комфортно.

С 1 июля 2012 года открыто первичное сосудистое отделение для лечения больных с сосудистой патологией, нарушениями мозгового и коронарного кровотока. Оно тоже оснащено великолепным современным оборудованием.

С 2010 года в центре функционирует школа диабета – образовательный центр по обучению пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Наши достижения – обществу

В общественной жизни центр постоянно принимает участие во многих конкурсах краевого и федерального уровня. Недаром на его счету столько почетных наград: Серебряный, Золотой и Платиновый ордена и дипломы краевого конкурса «Отличник качества Ставрополья», титул «Лидер качества Ставрополья», дипломы Всероссийских конкурсов «Российская организация высокой социальной эффективности», «100 лучших товаров» в номинации «Медицинские услуги», конкурса правительства Ставропольского края по выполнению высококачественной и конкурентоспособной услуги среди организаций Ставропольского края «За применение эффективных методов управления качеством, значительные результаты по повышению качества предоставления и оказания услуг» и т.д.

Особо значимым достижением для центра стало внесение его в 2010 году в официальный реестр «Надежная репутация» и присвоение звания «Лучшие роддома РФ» с использованием логотипа.

В настоящее время центр продолжает динамично развиваться, участвуя в национальной программе «Здоровье», в федеральных и краевых программах здравоохранения.

Впереди у нашего коллектива новые планы и задачи по повышению эффективности и качества оказания медицинской помощи.

356800, Ставропольский край,
г. Буденновск, проспект Калинина, д. 2
Тел.: (86559) 2-24-04
Факс: (86559) 2-25-91
E-mail: bkcsvmp1@gmail.com
Сайт: http://www.bkcsvmp1.ru

Сохраняя лучшие традиции

Краевой клинический кардиологический диспансер был открыт 1 марта 1986 года. Сейчас это ведущее медицинское учреждение Ставропольского края, оказывающее специализированную (в том числе и высокотехнологичную) помощь взрослому населению края и всего Северо-Кавказского федерального округа

Главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический кардиологический диспансер», главный сердечно-сосудистый хирург Министерства здравоохранения Ставропольского края
Владимир Колесников

Безжалостная статистика гласит, что именно заболевания сердечно-сосудистой системы являются основной причиной низкой продолжительности жизни граждан России. Но также статистика признает, что более трети внезапно погибших кардиологических больных ни разу не обращались за советом или помощью к врачу-кардиологу или в кардиоцентр. И это в то время, когда современный уровень развития медицинских технологий позволяет очень точно и своевременно поставить пациенту верный диагноз и с помощью терапевтического или оперативного вмешательства вернуть его к полноценной жизни. Причем для этого не надо ехать в столичные клиники, что может позволить себе не каждый. Все гораздо ближе и проще: подобный кардиоцентр уже не первый год работает в Ставрополе.

Мощность диспансера – 144 койки (из них 94 койки – кардиологические, 25 – кардиохирургические, 9 – реанимационные и 16 койко-мест дневного стационара, работающего в две смены), консультативно-поликлиническое отделение на 125 посещений в смену и параклиническая служба, оснащенная новейшим оборудованием.

На протяжении многих лет учреждение стабильно выполняет плановые показатели, утвержденные в государственном задании по обеспечению Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощи.

Диспансер лицензирован и аккредитован на высшую категорию. В 2008 году получена лицензия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития на оказание уникальной для региона высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с нарушениями ритма сердца и проводимости. Организованы циклы диагностики и лечения на основе стандартов оказания медицинской помощи: электрофизиологическое исследование субстратов аритмий, подбор антиаритмической терапии, радиочастотная аблация дополнительных путей проведения и установка электрокардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов.

Усилия, которые в течение последних лет принимают губернатор, дума и Министерство здравоохранения Ставропольского края, позволили радикально изменить ситуацию. Так, были внесены изменения в ряд законов Ставропольского края, которые позволили оказывать бесплатную помощь пациентам с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца за счет средств бюджета Ставропольского края (до 150 операций в год). Помимо этого, переход на одноканальное финансирование, на эффективную работу с ФОМС, реализация краевой программы «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» позволили профинансировать еще 350 операций. Таким образом, на протяжении последних трех лет в условиях кардиодиспансера в год выполняется более 500 оперативных вмешательств на сердце. Как результат – вылеченные пациенты, снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте за этот период увеличилось на 6,2%. Но истинная потребность в таких операциях, исходя из численности жителей Ставрополья, – не менее 3500 в год.

В 2011 году диспансером приобретено 73 единицы медицинского оборудования, отремонтированы кардиологические отделения № 1, 2 и хирургическое отделение, проведен капитальный ремонт систем отопления, водоснабжения и канализации, теплового пункта.

Диспансер принимает участие в реализации одного из основных направлений

приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения – обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью.

В целях совершенствования организации лечебного процесса продолжена работа по внедрению медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи стационарным больным, в том числе и в рамках Программы модернизации. Ведется работа по мониторингу безопасности лекарственных средств и неблагоприятных побочных реакций на лекарственные средства. Внедрены в практику организации лечебного питания новые технологии профилактического, диетического и энтерального питания. С целью активной выявляемости больных со сложными нарушениями ритма сердца и проводимости в районах края организована консультативная помощь врача-аритмолога в телефонном режиме.

На базе диспансера работают две кафедры Ставропольского базового медицинского колледжа: терапии и основ сестринского дела – и две кафедры Ставропольской государственной медицинской академии: кафедра внутренних болезней № 1 с курсом поликлинической терапии ФПО и кафедра клинической фармакологии ФПО. Это позволяет ориентироваться в диагностике сложных заболеваний терапевтического профиля и подбирать оптимальную медикаментозную терапию в тяжелых клинических случаях.

Диспансер активно сотрудничает с региональным сердечно-сосудистым центром «Ставропольская краевая клиническая больница», в кратчайшие сроки осуществляя перевод пациентов для решения вопроса об экстренном хирургическом вмешательстве, а также принимает на долечивание и реабилитацию пациентов, перенесших хирургическое вмешательство.

Кардиологический диспансер является организационно-методическим и лечебно-консультативным центром по оказанию специализированной помощи населению края. В связи с этим регулярно проводятся выезды специалистов диспансера в города и районы края для оказания организационно-методической и практической помощи на местах, в том числе и для оказания срочной помощи.

У нас большие планы на будущее: к территории диспансера присоединено 1,3 га земли под строительство объекта здравоохранения. Если учесть, что диспансер обслуживает до 20% инокраевых больных с сердечно-сосудистой патологией, то строительство нового корпуса позволит диспансеру стать межтерриториальным специализированным медицинским центром по оказанию кардиологической помощи населению Ставропольского края и всего СКФО с исполнением всех возложенных на него функций. Для этого есть прочная основа – высокопрофессиональная команда медиков и новейшее оборудование ведущих мировых производителей, позволяющее с успехом применять многие самые современные медицинские технологии.

Все это повлечет за собой снижение экономических потерь за счет восстановления трудового потенциала, уменьшения финансовых затрат на выплаты пенсий по инвалидности, пособий по временной нетрудоспособности.

Ставропольский опыт

По тому, каким образом в Ставропольском краевом клиническом кардиологическом диспансере осуществляется модернизация здравоохранения, вполне можно составить нечто вроде самоучителя для других ЛПУ. Каждое свое действие, каждый шаг мы обсуждали со специалистами, и не только в администрации диспансера, но главным образом с теми, кто непосредственно работает с пациентами; рассматривали заявки от заведующих отделениями, а до этого они обсуждались в коллективах. Мы провели оптимизацию направления потоков пациентов в различных ЛПУ края и пришли к тому, что в кардиодиспансер поступает подавляющее количество больных со сложными жизнеугрожающими аритмиями сердца, освободив таким образом другие больницы Ставропольского края и г. Ставрополя от пациентов с этой сложной патологией.

Если упростить для понимания суть «модернизации по-ставропольски», то можно сказать, что «сверху шли деньги на реализацию программы, а снизу – предложения и инициатива». Эти предложения родились не на пустом месте: сотрудники кардиодиспансера регулярно посещают международные конференции, участвуют в различных семинарах, проходят обучение в лучших клиниках Европы и США.

В кардиологическом диспансере оказывается уникальная для СКФО медицинская помощь пациентам с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца и проводимости. Организованы циклы диагностики и лечения на основе стандартов оказания медицинской помощи: ЭФИ субстратов аритмий, подбор антиаритмической терапии, РЧА дополнительных путей проведения и установка электрокардиостимуляторов и кардиовертеров-дефибрилляторов.

Руководит ОХЛСНРС и ЭКС заслуженный врач РФ, сердечно-сосудистый хирург Леонид Исаакович Виленский.

Им и его коллегами выполнено около 5000 операций при нарушениях ритма сердца, а по имплантациям антитахикардитических ЭКС отделение занимает одно из ведущих мест в РФ. По инициативе Л.И. Виленского в практику работы ГБУЗ СК «КККД» впервые в Ставропольском крае были внедрены 16 диагностических методик, ряд из которых был выполнен впервые в ЮФО. Среди них чреспищеводная диагностическая и лечебная электрокардиостимуляция, эндокардиальное электрофизиологическое исследование, имплантация холтеровского монитора ЭКГ.

Высокотехнологичное оборудование, новейшие препараты, информационное обеспечение и, конечно, профессионализм и мастерство медицинского персонала кардиодиспансера позволяют добиться успеха в борьбе с таким серьезным противником, как сердечно-сосудистые заболевания.

355026, г. Ставрополь,
ул. Пригородная, д. 224а
Тел.: (8652) 36-51-48
Факс: (8652) 36-56-90
E-mail: kardio@stv.runnet.ru

Смена парадигм

Изобретение новых медицинских препаратов, разработка и внедрение современного оборудования и методик лечения, безусловно, работают на постановку и решение задач, связанных с повышением качества оказания медицинских услуг. Современная медицина диктует условия смены парадигм – выход на новый уровень системы управления лечебным учреждением

Главный врач ГБУЗ Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1», главный психиатр Ставропольского края, кандидат медицинских наук
Олег Боев

Поиск эффективных способов

В условиях модернизации системы здравоохранения формируются механизмы хозяйствования, встает необходимость работать по-новому, считаясь с законами и требованиями рынка, овладевая новым типом экономического поведения, приспосабливая все стороны медицинской деятельности к меняющейся ситуации. В связи с этим возрастает вклад каждого нашего сотрудника в конечные результаты деятельности учреждения. Поиск эффективных способов управления трудом, обеспечивающих активизацию человеческого фактора, внедрение организационно-управленческих инноваций – эти задачи сегодня ставит перед собой руководство Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы № 1.

Для активизации этой деятельности и повышения ее эффективности был кардинально пересмотрен организационный механизм управления лечебным учреждением.

Решающим причинным фактором результативности деятельности коллектива больницы стало применение методов мотивации и улучшение условий труда.

В данный момент больница является крупнейшим лечебным учреждением психиатрического профиля Северо-Кавказского федерального округа, координирующим деятельность всех психиатрических и психоневрологических учреждений Ставрополья. Здесь работают высококвалифицированные специалисты, среди которых доктора и кандидаты медицинских и психологических наук, отличники здравоохранения.

Проект по управлению персоналом

С целью создания комфортных условий для работы квалифицированных кадров и улучшения качества оказания медицинской помощи в 2013 году в больнице стартовал проект по управлению и психологическому сопровождению персонала. Пилотными блоками стали тренинги по работе в конфликтных ситуациях и постоянно действующие Балинтовские группы (Балинтовские группы – эффективный метод повышения профессиональных коммуникативных навыков, снижения профессионального стресса и «эмоционального выгорания». Эта технология используется там, где основой работы является профессиональная коммуникация. Приоритетами в работе Балинтовской группы являются безопасность обсуждения, анализ и эмоциональная поддержка ее участников).

> Решающим причинным фактором результативности деятельности коллектива больницы стало применение методов мотивации и улучшение условий труда

В ноябре 2013 года больница начала сотрудничество с ведущими консультантами и тренерами в области персонала. Совместно с ними была разработана трехгодичная «Программа комплексного сопровождения и удовлетворенности персонала». В декабре 2013 года среди работников администрации нашего учреждения и медицинских специалистов было проведено анкетирование, целью которого стало определение сильных сторон и проблемных зон системы управления и организации работы учреждения, выработка основных приоритетов деятельности. В результате анкетирования состоялась корректировка многих пунктов программы и пр.

С января 2014 года начала свою работу стратегическая мастерская по формированию единых целей больницы и приоритетов деятельности глазами руководства и персонала. В сфере управления персоналом инновации были связаны с проведением ряда тренингов, направленных на развитие позитивных отношений в коллективе, создание системы четкой информированности о коммуникационных каналах между членами группы. Также в больнице введена добровольная внутренняя аттестация, которая позволяет руководству оценить и удостовериться в соответствии профессиональных и

личностных качеств сотрудника занимаемой должности, а также наладить систему обратной связи с сотрудником для последующего планирования программ обучения, выявления «пробелов» в организации труда.

Таким образом, в учреждении изменилась система оплаты труда: установлены доплаты за выполнение плановых объемных показателей и за качество работы, разработаны критерии оценки эффективности работы персонала. Интеграция новой системы оплаты труда происходит на основе эффективного контракта в общей системе управления качеством медицинской помощи.

Информатизация

Отмечаются нововведения и в сфере информатизации, которые позволили улучшить как процессы взаимодействия с клиентами, так и эффективность организации профессиональной деятельности. Примером таких маркетинговых инноваций может послужить внедрение практики записи на прием по телефону, по сети Интернет, размещение информации на официальном сайте больницы stavpb.ru, на котором также предусмотрен механизм обратной связи с потребителями. В больнице завершены работы по созданию локальной сети, потребности в обеспечении автоматизированными рабочими местами удовлетворены на 55%, установлено программное обеспечение, идет наполнение медицинской информационной системы. Внедрение информационных систем в работу больницы призвано повысить эффективность труда, т.е. улучшить качество и результативность при экономии ресурсов, как кадровых, так и материальных.

Финансово-хозяйственная деятельность

Кроме того, был проведен анализ финансово-хозяйственной деятельности учреждения. На его основе в рамках Программы модернизации здравоохранения Ставрополья на выделенные из краевого бюджета средства полностью отремонтированы два отделения, в четырнадцати отделениях прошел частичный ремонт, произведен капитальный ремонт кровли и замена окон отдельных помещений, проведен ремонт части водопровода и канализации, что в дальнейшем будет способствовать введению в эксплуатацию дополнительных площадей подвальных помещений.

Проведена существенная оптимизация расходов на хозяйственную часть. За счет установки нового оборудования на водопроводе сократились в три раза расходы на потребление воды. Улучшились условия работы сотрудников пищеблока: за долгие

20 лет здесь впервые был проведен капитальный ремонт, установлено новое оборудование. Также за счет экономии от передачи в аутсорсинг услуг по прачечной появилась возможность увеличить килограммы стираемого белья.

Ориентация на потребителя

Введена программа изучения удовлетворенности пациентов качеством оказанных медицинских услуг. Программа реализует принцип менеджмента качества «ориентация на потребителя» и позволяет выявлять потребности и ожидания. Разработана и утверждена форма анкеты по социологическому мониторингу, оценке доступности и качества медицинской помощи. Анкетирование проводится ежеквартально, его результаты с анализом полученной информации доводятся до сведения персонала, размещаются на официальном сайте больницы. По результатам опроса 87% пациентов довольны лечением, питанием и пребыванием и при необходимости готовы обратиться снова.

Еще одно достижение: 2013 год можно назвать началом активной работы по созданию суицидологической службы. Первым этапом стало открытие на базе Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы № 1 телефона доверия (8652) 56-04-53, действующего по всей территории Ставропольского края для всех нуждающихся в экстренной психологической помощи. Следующим этапом явилось создание центра регистрации суицидальных случаев, взявшего на себя обязательства по сбору информации и статистической обработке полученной информации, составлению отчетов о суицидологической обстановке в крае, выработке стратегии профилактики суицидов среди населения, оказанию организационно-консультативной поддержки всем организациям края по вопросам профилактики суицидов и работе с суицидентами. На сегодняшний день утвержден порядок взаимодействия медицинских организаций по выявлению и регистрации попыток суицида.

Базой для создания центра регистрации суицидальных случаев стала наша больница. Теперь все лечебно-профилактические учреждения городов и районов края обязаны сообщать сюда о любой активной попытке человека расстаться с жизнью. В планах ставропольских психологов и психиатров – открытие двух суицидологических кабинетов в краевом центре и по одному – в городах Буденновске, Невинномысске и Пятигорске. Разрабатывается программа межведомственного взаимодействия по превенции суицидов среди школьников и студентов.

Специалисты лечебного учреждения активно участвуют в научно-исследовательской, образовательной и культурной деятельности учреждения. В текущем году СККПБ № 1 стала площадкой для проведения ежегодной конференции «Общество и психическое здоровье», краевой научно-практической конференции «Ментальное здоровье и пожилые люди: когнитивные аффективные и пароксизмальные расстройства», II Съезда психотерапевтов и психологов СКФО с международным участием, Фестиваля творчества и доброй воли. Благодаря налаженным информационным технологиям участники данных мероприятий получили возможность в онлайн-режиме пообщаться с ведущими специалистами и учеными страны в области психиатрии. Наши сотрудники стали участниками научно-практических конференций, прошедших в Москве, Казани, Самаре, Краснодаре, Дагестане, где смогли обменяться бесценным опытом работы со своими коллегами.

Начали работу школы для пациентов с нарушениями памяти, страдающих шизофренией, эпилепсией и депрессией. Пациенты и родственники больше узнают о заболевании, учатся помогать друг другу, разбираются в первых признаках ухудшения состояния, что влияет на своевременное обращение за помощью. Опосредованно школы способствуют дестигматизации психических расстройств.

Таким образом, на сегодняшний день больница является активной, динамически развивающейся медицинской организацией, ориентированной на достижение устойчивого успеха и использующей современные методы и механизмы повышения качества функционирования.

355000, г. Ставрополь,
ул. Ленина, д. 441
Тел.: (8652) 56-46-48, 56-04-25
Факс: (8652) 56-04-25
E-mail: stavpb1@gmail.com
Сайт: http://www.stavpb.ru

Ставропольская служба мужского здоровья в действии

Краевой клинический специализированный уроандрологический центр в 2013 году отметил свое первое пятилетие. Юбилей небольшой, но итоги работы центра подтверждают его значимость для здравоохранения Ставрополья

Главный врач ГАУЗ Ставропольского края «Краевой клинический специализированный уроандрологический центр», кандидат медицинских наук, доцент, главный детский уролог-андролог МЗ Ставропольского края
Игорь Панченко

Проблема мужского репродуктивного здоровья актуальна в свете современной национальной демографичекой политики. Низкая продолжительность жизни мужского населения России, возрастающий мужской фактор в причинах бесплодного брака, выход на лидирующие позиции рака предстательной железы в причинах мужской смертности от онкопатологии заставили административные органы и медицинскую общественность Ставрополья организовать службу мужского здоровья.

Для современной России решение проблем репродуктивного здоровья и мужского долголетия является жизненно необходимым!

В 2007 году в г. Ставрополе принята Целевая программа охраны мужского здоровья. Основной задачей программы явилось создание специализированного уроандрологического центра охраны мужского здоровья (МЦОМЗ). В 2014 году учреждение получило статус краевого клинического специализированного уроандрологического центра.

Материалы и методы

Основными стратегическими направлениями работы центра являются: детская уроандрология, репродуктивное и сексуальное здоровье мужчин, онкоандрология.

Цель работы учреждения:

- осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование, сохранение и укрепление репродуктивного здоровья мужского населения, предупреждение развития заболеваний, снижение заболеваемости, укрепление активного творческого долголетия мужчин.

Основными задачами и функциями учреждения являются:

- оказание высококвалифицированной консультативно-диагностической и лечебно-профилактической уроандрологической помощи мужскому населению;
- осуществление организационно-методической помощи учреждениям здравоохранения по вопросам профилактики, диагностики и лечения пациентов уроандрологического профиля;
- анализ и мониторинг уроандрологической заболеваемости мужского населения Ставрополья;
- осуществление научных разработок и внедрение в практику новых методов микрохирургической коррекции мужского бесплодия, васкулогенной импотенции, крипторхизма, гипоспадии, стриктуры уретры, широкое внедрение эндоскопических методов лечения андрологических больных;
- повышение квалификации врачей ИДПО по вопросам диагностики и лечения андрологических заболеваний, в первую очередь по проблемам мужского бесплодия;
- разработка инструктивно-методических материалов по вопросам детской и общей уроандрологии.

Основные структурные подразделения:

1. *Консультативно-диагностическое отделение:*
- Кабинеты амбулаторного приема взрослых и детских урологов-андрологов, эндокринолога, сексолога.
- Кабинет уродинамических исследований (компьютерная уродинамическая установка Delphis).
- Кабинет ультразвуковой диагностики (ультразвуковой сканер Logiq-5 с полным набором датчиков).
- Кабинет физиолечения (комплекс «Андро-Гин» с компьютерно-программным обеспечением).
2. *Круглосуточный урологический стационар круглосуточного пребывания:*
- Две видеохирургические стойки для проведения лапароскопической и трансуретральной хирургии.
- Оптическое оборудование 8-кратного увеличения для микрохирургии.
- Инструментарий для проведения открытой и пластической хирургии на органах мужской репродуктивной сферы.
3. *Клиническая лаборатория:*
- Компьютерный спермограф.
- Полный набор анализаторов для ИФА и ПЦР-диагностики.

Результаты 5-летней работы центра (2009–2013 годы). Первые итоги

Консультативно-диагностическое отделение

Медицинская деятельность отделения заключается в оказании специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи мужскому населению всех возрастных групп, проведение профосмотров детей в целях раннего выявления урологических и андрологических заболеваний, которые могут привести к репродуктивным нарушениям взрослого возраста, скрининг онкоандрологической патологии. Важно, что наряду с урологами и детскими урологами-андрологами амбулаторный прием ведут эндокринолог и сексолог, осуществляется принцип комплексного подхода ведения мужчин с генитальной патологией. Проведено посещений: в 2010 году – 18 593, в 2011 году – 25 833, в 2012 году – 25 841, в 2013 году – 26 272.

За период с 2009 по 2013 год выявилась четкая тенденция по росту обращений пациентов с патологией репродуктивной сферы.

Результаты активной профилактической работы в виде диспансеризации детей и подростков, проводимой ККСУЦ с 2009 по 2013 год в рамках избранного направления, также указывают на положительную тенденцию прогрессивного снижения выявляемой уроандрологической патологии у мальчиков (состояния здоровья молодого мужского населения города и края) во всех диспансерных группах (*См. рис. 1*).

Основные показатели работы стационара

Пожалуй, сердцем ККСУЦ является уроандрологический стационар краткосрочного пребывания, рассчитанный на 10 коек (2 детские и 8 взрослых), материально-техническое оснащение которого позволяет оказывать специализированную хирургическую помощь по профилю «детская урология-андрология и уроандрология». При этом качество и объемы этого подразделения центра имеют неуклонный положительный тренд, что видно из следующего.

Штатных коек – по прежнему 10 (с момента открытия стационара до настоящего времени).

Средний койко-день составил в 2010 году 4,9, в 2011 году – 5,75, в 2012 году – 6,1, в 2013 году – 5,53.

Процент хирургической активности составил в 2010 году 74,4%, в 2011 году – 77,3%, в 2012 году – 80,4%, в 2013 году – 82,4%.

В стационаре выполняется полный спектр хирургических вмешательств, оптимальных при мужской генитальной патологии, а также операции уровня ВМП, а именно:

- лапароскопическое лечение брюшной формы крипторхизма;
- микрохирургическая реконструкция семявыносящих протоков при обструктивном мужском бесплодии;
- трансуретральные реконструктивные операции при инфравезикальной обструкции, в т.ч. повторные после открытой хирургии.

В 2013 году в нашем стационаре выполнено 501 оперативное пособие, в т.ч. 200 детям.

Мониторинг показателей работы стационара показал положительный тренд реконструктивных, репродуктивных операций, а также оперативных пособий при патологии простаты. Полученные данные свидетельствуют об ориентации работы учреждения на репродуктивную направленность, как наиболее актуальную цель охраны мужского здоровья для усиления положительной демографической динамики российского общества.

В условиях стационара ККСУЦ широко выполняется мультифокальная биопсия предстательной железы. Анализ этой работы показывает, что она остается чрезвычайно актуальной, поскольку рак простаты верифицируется практически у половины обследованных пациентов. За исследуемый период выполнено 227 биопсий, верификация рака предстательной железы – в 48% случаев.

Также проводится комплексное лечение пациентов с диагнозом «хронический простатит». За период с 2010 по 2013 год пролечено 506 человек.

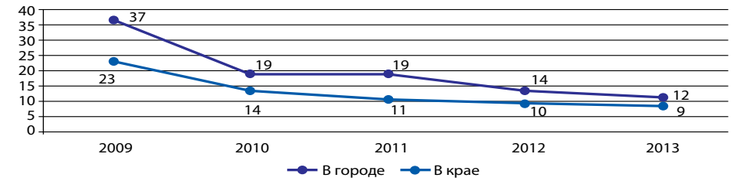


Рис. 1. Процентное соотношение динамики выявленной в ходе профосмотров детской уроандрологической патологии

Сроки пребывания в стационаре соответствовали установленным медико-экономическим стандартам (МЭС).

В контексте оптимизации деятельности клинических структур ЛПУ края сотрудниками центра разработан и введен в практическое использование 21 МЭС (медико-экономический стандарт) диагностики и лечения уроандрологических заболеваний (у детей и взрослых), утвержденный приказами МЗ СК № 01-03/283 от 2 июля 2009 года, № 01-05/60 от 9 февраля 2010 года, № 01-05/857 от 27 декабря 2010 года. Данный порядок привел к снижению среднего койко-дня до 5,6 (средний койко-день урологических стационаров общелечебной сети – 9,0).

Деятельность лаборатории

Неотъемлемой частью ККСУЦ является лаборатория, оснащенная достаточным необходимым оборудованием для выполнения поставленных перед центром задач.

Анализ работы лаборатории наглядно показывает, что в целом количество выполненных исследований возросло. Отмечается также положительный тренд специфических аутентичных профилю учреждения анализов, подчеркивающий правильность и актуальность выбранного ККСУЦ направления работы.

В целом лабораторией ККСУЦ произведено в 2010 году – 14 106, в 2011 году – 19 035, в 2012 году – 29 493, в 2013 году – 28 041 исследование.

Профилактическая и научная работа центра

Продолжением активной междисциплинарной работы по проблемам репродуктивного мужского здоровья внутри медицинского сообщества города и края явились проведенные нами с акушерами-гинекологами и педиатрами конференции в формате круглого стола.

В рамках разработанной и активно проводимой работы в школах всем подросткам старше 15 лет были прочитаны лекции по вопросам половой гигиены и профилактики ИППП, позитивно воспринимаемые школьной общественностью.

Внутри структуры ККСУЦ созданы успешно функционирующие для горожан мужского пола «Школа мужского здоровья», «Школа по нейрогенным расстройствам мочеиспускания», «Школа психосексуальной реабилитации мужчин».

Подготовка научных мероприятий проводится в тесном союзе с сотрудниками кафедры урологии, детской уроандрологии с курсом рентгенологии Ставропольского государственного медицинского университета (СтГМУ).

Выводы

1. Деятельность центра явилась весомым вкладом в становление урологической и детской уроандрологической службы в г. Ставрополе и Ставропольском крае. Сегодня можно сказать, что служба мужского здоровья на Ставрополье состоялась и является неотъемлемой частью всего ставропольского здравоохранения.
2. На Ставрополье создана научно-методическая школа для обучения специалистов по вопросам мужского здоровья на базе СтГМУ.
3. Центр является профилактической базой по вопросам половой гигиены и профилактики ИППП среди подростков.
4. Центр – база для внедрения и освоения новых высокотехнологичных хирургических методов лечения в урологии-андрологии в сочетании с минимальными экономическими затратами.

Ставропольский краевой клинический специализированный уроандрологический центр – уникальное инновационное учреждение, это первое в России полноценное автономное учреждение, осуществляющее специализированную уроандрологическую помощь детскому и взрослому населению, имеющее круглосуточный уроандрологический стационар.

По сути, это один из первых примеров мужской консультации на территории Российской Федерации.

355047, Ставропольский край,
г. Ставрополь, ул. Бруснева, д. 6/1
Тел.: (8652) 38-38-03
Факс: (8652) 38-43-68
Тел. регистратуры: (8652) 38-49-98
E-mail: andromedcentr@ya.ru
Сайт: www.mcomz-muz26.ucoz.ru

Организация службы крови в Ставропольском крае

Совершенствование деятельности службы крови Ставропольского края – стратегическая задача территориального здравоохранения. Это позволяет обеспечивать потребности региона в компонентах с учетом выполнения высокотехнологичных операций и специализированных видов помощи. Ежегодно в медицинских организациях края лечение с применением компонентов донорской крови получают более 15 тысяч пациентов. Объемы заготовленной донорской крови и ее компонентов составляют около 30 тысяч литров в год

Главный врач ГБУЗ СК «Ставропольская краевая станция переливания крови», заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации, кандидат медицинских наук
Марина Губанова

История службы крови края берет свое начало с 1939 года, когда были созданы «сети по переливанию крови»: краевая станция переливания крови (КСПК) в Ставрополе и кабинеты переливания крови в районах. После организации станция переливания крови готовила только консервированную кровь и сыворотку для определения группы крови. В 1941 году, вплоть до оккупации, станция снабжала кровью фронтовые госпитали.

Как самостоятельное учреждение краевая СПК существует с 1 марта 1943 года. Объемы заготовки крови на указанный период составляли до 500 литров.

В связи со стабилизацией экономической обстановки в послевоенные годы 1956 год ознаменовался началом движения безвозмездного донорства на Ставрополье, а в 1959 году было осуществлено первое взятие крови у доноров в выездных условиях. Сегодня количество крови, заготовленной в выездных условиях, составляет 30%.

В 1960 году учреждение переехало в новый корпус – специально построенное здание. Это позволило увеличить производственные мощности, привлечь новые кадры, внедрить производство компонентов крови: плазмы и эритроцитной массы. Объем заготовки донорской крови в это время составлял 5000 литров.

Добровольно и безвозмездно

Сегодня служба крови края представлена государственным бюджетным учреждением здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая станция переливания крови» в г. Ставрополе, государственным унитарным медицинским предприятием Ставропольского края «Сангвис» в г. Пятигорске и отделением переливания крови ГБУЗ СК «Краевой центр СВМП № 1» в г. Буденновске.

Основная задача службы крови – обеспечение медицинских организаций края качественными современными компонентами, взаимодействие со специалистами с целью грамотного применения продуктов службы крови.

Ставропольская краевая станция переливания крови задействована в реализации масштабной программы модернизации службы крови России с 2010 года. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31 декабря 2009 года № 1145 получен базовый комплект технологического оборудования, утвержденного федеральными нормативными документами.

Это позволило усовершенствовать лабораторное исследование донорской крови и параметров медицинского обследования доноров, проводить лейкофильтрацию, карантинизацию, вирусную инактивацию компонентов донорской крови, получать кровь от доноров в выездных условиях в полном соответствии с санитарными и технологическими требованиями.

База данных России по сбору, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов пополняется и ежедневными сведениями о производственной деятельности учреждения в режиме онлайн.

В 80-е годы XX века Ставропольский край занимал второе место в России по количеству доноров на 1000 жителей. Этот показатель составлял от 42,5 до 38,8 человека. Девяностые годы прошлого века и начало нынешнего отмечены прогрессивным уменьшением количества доноров в России в связи с отсутствием государственного внимания к проблеме. В Ставропольском крае, ввиду приграничного положения, близости «горячих точек», а также вспышки после длительного «молчания» природно-очаговой инфекции геморрагической лихорадки Крым-Конго, добровольное безвозмездное донорство сохранилось. Количество доноров уменьшилось, но кратность донаций возросла. В 70–80-е годы основная масса доноров сдавала кровь 1–2 раза в год. Сегодня количество доноров, сдающих кровь до

4–5 раз в год, а ее компоненты (плазму) – и более, составляет около 30%.

Формирование донорского контингента идет в нескольких направлениях:

- работа Донорского совета при администрации г. Ставрополя, на котором ежеквартально обсуждаются вопросы донорства на предприятиях, в учреждениях, учебных заведениях города;
- организация донорского движения в муниципальных районах края силами сотрудников лечебно-профилактических учреждений, которые привлекают к донорству жителей своих районов;
- деятельность районных отделений РОКК, занимающихся агитационной работой среди населения;
- вовлечение волонтеров из числа студентов и молодежи в агитационный процесс.

Компоненты крови

В крае создана система обеспечения качества производства компонентов крови, включающая в себя ряд организационных моментов:

- разработка политики в области качества, направленная на обеспечение лечебных учреждений безопасной продукцией;
- внедрение стандартных операционных процедур на каждый критический момент производства;
- обеспечение контроля качества производства на его этапах и контроль конечного продукта.

В настоящее время принято считать, что компоненты крови выполняют заместительную функцию – «протезирование» дефицита структурно-функционального компонента крови пациента (эритроцитов, тромбоцитов, плазменных прокоагулянтов). Все диагностические и лечебные процедуры (вмешательства) содержат в себе элемент риска. Перед врачом, переливающим компоненты и препараты крови, встает вопрос о соотношении лечебной эффективности гемотрансфузионного средства и потенциальной опасности его применения.

Нами выработана система взаимодействия между учреждениями службы крови и ЛПУ для обеспечения безопасности гемотрансфузий.

Выделены три направления, по которым ведется непрерывная работа:

- удовлетворение потребности в компонентах крови;
- удовлетворение потребности в услугах;
- клиническое взаимодействие – оно включает консультирование по вопросам применения компонентов, координацию организации процесса переливания трансфузионных сред.

Принципы оптимизации

Научно-исследовательская работа на краевой СПК ведется около десяти лет. В 2000-х годах начата работа по оптимизации организационной структуры службы крови края. К 2002 году в состав службы крови Ставропольского края входили две станции переливания крови (Ставрополь, Пятигорск) и двадцать восемь отделений переливания крови (ОПК) муниципальных больниц. Материально-техническая база ОПК оказалась морально и физически устаревшей. Концентрация ресурсов производственной трансфузиологии путем сокращения 90% маломощных организаций службы крови позволила достичь оптимизации использования донорского потенциала, сокращения доли списанной крови и эритроцитов, увеличения объемов полученных эритроцитов на 34,7%, свежезамороженной плазмы – на 97,2%. Анализ результатов производственной деятельности и разработка принципов оптимизации и совершенствования производственного процесса позволили сотрудникам учреждения защитить 3 диссертационных исследования. Их результаты внедрены в практику работы учреждений службы крови региона.

Следует отметить, что по ряду показателей, а именно: количество заготовленной донорской крови на 1 жителя края – 10,5 мл; количество заготовленной крови на койку – 1560,5 мл – краевая служба крови сохраняет стабильно хорошие позиции.

Сегодня служба крови края вносит весомую лепту в обеспечение лечебной сети эффективными, качественными и безопасными компонентами крови.

355002, г. Ставрополь,
ул. Лермонтова, д. 205
Тел./факс: (8652) 71-62-56
E-mail: kspk@stv.runnet.ru
Сайт: http://www.stavspk.ru

Эндокринологическая служба в Ставропольском крае: вчера, сегодня, завтра

Главный эндокринолог Ставропольского края, главный врач ГБУЗ СК «Краевой эндокринологический диспансер», кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ
Елена Славицкая

Краевой эндокринологический диспансер со штатом из 10 человек был создан в городе Ставрополе в 1956 году после выхода государственного указа об организации противозобных диспансеров в местах зобной эндемии. В те годы диспансер в основном занимался санитарно-просветительской работой среди медицинских работников по вопросам зобной эндемии и профосмотрами с целью выявления заболеваний щитовидной железы у населения. За первый год работы сотрудниками было выполнено всего 5 тысяч посещений. Для сравнения: в настоящее время в краевом эндокринном диспансере выполняется 80 тысяч посещений в год.

В конце 60-х годов в Советском Союзе начался спад заболеваний щитовидной железы и рост числа заболеваний сахарным диабетом. В 1989 году на основании приказа МЗ СССР краевой противозобный диспансер был переименован в краевой эндокринологический диспансер.

В последующие годы в Ставропольском крае для выявления эндокринных заболеваний, лечения и диспансерного наблюдения была создана целая сеть эндокринологических кабинетов. Краевой диспансер расширялся и в последнее время стал единственным амбулаторно-поликлиническим специализированным учреждением, методическим центром для всей эндокринологической службы края, гарантируя в своей деятельности профессионализм, надежность и высокое качество оказания медицинских услуг.

В настоящее время диспансер располагается в новых помещениях, занимает одно из самых красивых зданий в городе Ставрополе, которое является памятником архитектуры начала прошлого века. В учреждении работают 116 человек. Государственная программа модернизации помогла не только улучшить материальную базу, но и оснастить диспансер современным лабораторным оборудованием, где успешно внедряются новейшие методики диагностики и высокие технологии в лечении эндокринных болезней, остеопороза, бесплодия, болезней гипофиза.

Кроме того, нашему учреждению переданы полномочия по реализации лекарственного обеспечения больных сахарным диабетом всего Ставропольского края.

В настоящее время средняя продолжительность жизни больных сахарным диабетом в Ставропольском крае составляет 72 года. Благодаря вниманию правительства Ставропольского края к реализации программы «Сахарный диабет» удалось достигнуть улучшения показателей здоровья как в качественной, так и в количественной составляющей лекарственного обеспечения. А именно: за 5 последних лет в среднем на 3,8 года увеличилась продолжительность жизни всех больных СД, на 2% снизились инвалидизирующие осложнения.

Эндокринологи диспансера всегда работали в команде со специалистами других областей медицины, хирургами, гинекологами, урологами, офтальмологами, ревматологами, кардиологами. Несмотря на то что в крае еще не создан центр эндокринной хирургии, в ведущих краевых лечебных учреждениях десятки лет успешно проводятся хирургические операции на надпочечниках, щитовидной и паращитовидных железах, гипофизе. В последние годы получила свое развитие бариатрическая хирургия при ожирении и сахарном диабете. Лидерами в этой области стали специалисты краевой клинической больницы и клиники Ставропольского государственного медицинского университета.

Сегодня эндокринология – динамично развивающееся направление медицины, которое не может существовать изолированно от других наук.

В современном здравоохранении стала особенно актуальна тема генетической природы эндокринных болезней, которая позволяет побеждать болезни на генетическом уровне.

Благодаря созданию новых классов лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета и эндокринных болезней открываются новые возможности в профилактике и лечении заболеваний СД. Благодаря хорошей клинической базе нашего учреждения и уровню подготовки специалистов мы в условиях нашего учреждения имеем возможность применения новейших методов профилактики и лечения эндокринных патологий, включая хирургию – трансплантологию и др.

Эндокринологи края в своей работе, нацеленной на улучшение здоровья и красоты населения Ставрополья, ориентируются только на будущее, концентрируются не на проблемах, а на возможностях!

355000, Ставропольский край,
г. Ставрополь, ул. Дзержинского, д. 127
Тел./факс: 8 (8652) 26-43-72
E-mail: stavked@gmail.com
Сайт: www.stavendocrin.ru

Традиции и новые перспективы

Как свидетельствуют данные недавних рейтингов классических и национальных исследовательских университетов России, все сильнее становятся позиции именно тех из них, которые возникли в результате объединения. Удачным примером может служить развитие Пятигорского медико-фармацевтического института

Директор Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала Волгоградского государственного медицинского университета
Всеволод Аджиенко

Показателем качественной перестройки образовательного процесса в ПМФИ можно считать невиданную прежде открытость вуза Urbi et orbi, решение давно назревших кадровых вопросов, создание новых кафедр и центров, реализацию междисциплинарных программ, идея которых – соединение фундаментальных знаний с кругом проблем, актуальных для практической медицины и фармации.

Открытие новых специальностей позволит в полной мере обеспечить высококвалифицированными кадрами в сфере стоматологии, медицинской биохимии, логопедии, менеджмента, экономики и права в области здравоохранения не только весь СКФО и Южный федеральный округ России, но и ряд регионов Центральной России, ближнего и дальнего зарубежья. Наши выпускники были и остаются востребованными повсеместно, о чем свидетельствует обширная география их трудоустройства.

Основные принципы реализации программы развития вуза заключаются, прежде всего, в поддержке наиболее перспективных научных и образовательных направлений деятельности института с учетом потребностей региона.

Планомерный подход к процессу модернизации вуза позволил организовать работу ряда научных лабораторий, учредить научное общество молодых ученых и студентов НОМУС, стимулировать активное участие ученых вуза в различных олимпиадах, выставках, конкурсах и грантах России.

Главной задачей стала поддержка молодых ученых: некоторые научные проекты ПМФИ стали победителями конкурса «У.М.Н.И.К.», проводимого в рамках научно-практической конференции Ставропольского края «Инновации молодых ученых Ставрополья – России». Менее чем за год в ПМФИ реализовано три гранта федерального уровня, а шесть научных проектов были отмечены призами и дипломами на краевом уровне.

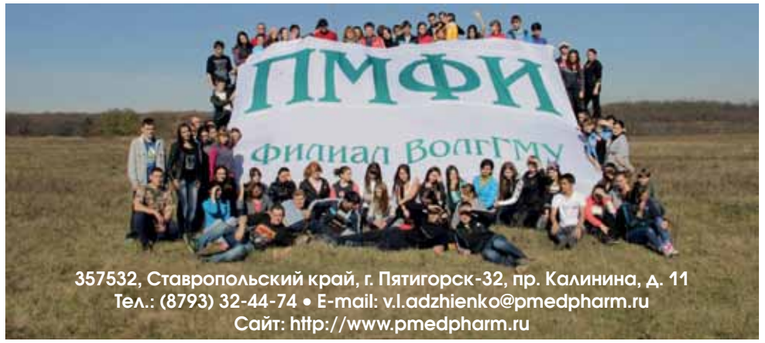
Благодаря расширению вуза студенты получили колоссальную возможность показать себя перед разными научными сообществами, они участвовали в конференциях в Волгограде, Казани, Самаре, Ставрополе, Сочи, Санкт-Петербурге, Кисловодске, Ульяновске и многих других.

Но чтобы это было настоящее университетское образование, научная основа должна быть дополнена взаимодействием между дисциплинами. Только в рамках такого взаимодействия возможно недогматическое, широкое восприятие научных взглядов. ПМФИ готов предоставить почетное место такой форме образования, которая предполагает переплетение гуманитарных, естественно-научных и специальных дисциплин. Свою миссию ПМФИ видит в сохранении и обновлении исконно связанной с медициной гуманистической культуры.

Большое внимание уделяется воспитательной работе, включающей превентивно-профилактические, просветительские, культурно-массовые мероприятия. Так, делегация студентов ПМФИ встречалась в пос. Лоо Краснодарского края со своими коллегами из ВолгГМУ на I Фестивале студентов медицинских и фармацевтических вузов «АкваЛоо-2013». Ежегодно в целях профилактики немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ наш вуз проводит ряд мероприятий под эгидой «Мы – против наркотиков», традиционным стал также конкурс плакатов «Молодежь против коррупции». Это всего лишь малая часть примеров той колоссальной работы, которая была проведена в рамках реализации Программы инновационного развития Волгоградского государственного медицинского университета.

В связи с реорганизацией вуза возрос активный внешний интерес к нему со стороны потенциальных абитуриентов из иностранных государств. Поступают также разнообразные предложения о сотрудничестве от фармацевтических компаний нашей страны. В течение года наш вуз был приглашен на выставки и симпозиумы разного уровня: это и «Пятигорск сегодня», и «Абитуриент-2014», и форум «Здравоохранение. Курортная медицина», и некоторые другие.

Сегодняшний облик вуза позволяет говорить о его статусе и авторитете. Все успехи студентов в учебе, а аспирантов в науке стали возможны благодаря качественной работе, самоотдаче и преданности своему делу тружеников ПМФИ: докторов и кандидатов наук, профессоров и доцентов, преподавателей и ассистентов. Все это – гарантия дальнейшего развития и успешной интеграции в систему международного образования одного из старейших вузов страны с богатой историей, научной школой и педагогическим мастерством.



357532, Ставропольский край, г. Пятигорск-32, пр. Калинина, д. 11
Тел.: (8793) 32-44-74 • E-mail: v.l.adzhienko@pmedpharm.ru
Сайт: http://www.pmedpharm.ru

На пороге столетия!

Директор ГБОУ СПО СК «Пятигорский медицинский колледж»,
кандидат медицинских наук, доцент, отличник здравоохранения
Алексей Фенько

Наше учреждение является одним из старейших учебных заведений Кавказских Минеральных Вод.

Официальной датой основания колледжа считается 20 октября 1914 года, когда в городе Ставрополе были организованы курсы сестер милосердия, которые готовили кадры для лазаретов действующей армии и госпиталей военного времени. В 1920 году решением Советского правительства на базе этих курсов была открыта фельдшерско-акушерская школа, которая выпускала акушерок, фельдшеров, медицинских сестер, фармацевтов и помощников санитарных врачей, а с 1934 года – зубных врачей и зубных техников. Фельдшерско-акушерской школе было предоставлено учебное помещение, а для практических занятий закреплена единственная в городе Ставрополе больница на 120 коек.

В 1937 году школа со всем контингентом учащихся и коллективом преподавателей из города Ставрополя была переведена в город Пятигорск и стала именоваться Пятигорской фельдшерско-акушерской школой. Школа меняла свои названия, профиль и была разделена на фельдшерско-акушерскую и зубоврачебную. В 1954 году в соответствии с приказом Ставропольского краевого отдела здравоохранения № 467 от 28 июня 1954 года фельдшерско-акушерская школа переименована в Пятигорское медицинское училище.

С 1 сентября 1955 года в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РСФСР № 183 от 13 августа 1955 года зубоврачебная школа и училище были объединены. В результате указанной реорганизации зубоврачебная школа была ликвидирована, контингент учащихся передан Пятигорскому медицинскому училищу. В этом же году училищу была передана стоматологическая поликлиника. После всех указанных реорганизаций училище имело 4 отделения: фельдшерско-акушерское, фельдшерско-лаборантское, зубоврачебное и зуботехническое. В 1973 году произведен последний выпуск на зубоврачебном отделении, а стоматологическая поликлиника передана городскому отделу здравоохранения. В 2004 учебном году училище возобновило подготовку специалистов по специальностям «стоматология» и «фармация».

В последующие годы Пятигорское медицинское училище пережило еще ряд реорганизаций, неоднократно меняя свое наименование и статус:

- ГОУ СПО «Базовое медицинское училище на Кавказских Минеральных Водах» – 16 марта 2006 года;
- ГОУ СПО «Пятигорский медицинский колледж» – 10 сентября 2010 года;
- ГБОУ СПО СК «Пятигорский медицинский колледж» – 7 апреля 2011 года.

Мы с благодарностью и теплотой вспоминаем тех, кто стоял у истоков нашего учебного заведения. Одним из первых директоров был Абрам Тимофеевич Могильницкий, участник Первой мировой войны, выпускник Берлинского университета. В 1938 году Абрам Тимофеевич назначен первым руководителем Ставропольского государственного медицинского института (ныне Ставропольского государственного медицинского университета). Долгое время работала директором училища и преподавателем Мария Абрамовна Стогний. За заслуги в деле организации здравоохранения и подготовки молодых специалистов Мария Абрамовна была награждена орденом Ленина. В довоенные и военные годы училище возглавляли Александр Алексеевич Маркин, Трофим Акимович Алленов, Василий Федорович Колбасин, Константин Леонидович Янковский. В послевоенные годы – Николай Иванович Семенов, Мария Николаевна Безуглова, Наум Миронович Фейгельман, Александр Сергеевич Партигулов. С 1981 по 2003 год директором училища был Анатолий Никифорович Филимонов. С 2003 года и по настоящее время возглавляет учреждение Алексей Николаевич Фенько.

За 100 лет существования колледжа были подготовлены десятки тысяч специалистов для здравоохранения Ставропольского края. Постоянные заявки из медицинских и санаторно-курортных учреждений подтверждают востребованность выпускников нашего учебного заведения, высокий уровень их профессиональной теоретической и практической подготовки.

Сегодня наше образовательное учреждение занимается подготовкой кадров среднего медицинского звена по специальностям 060501 «Сестринское дело», 060101 «Лечебное дело» и 060301 «Фармация». Более 50% выпускников являются основой медицинских кадров среднего звена системы здравоохранения города-курорта Пятигорска и других городов Кавказских Минеральных Вод.

Ежегодно проходят обучение на курсах повышения квалификации, специализации по всем направлениям более тысячи слушателей из состава среднего медицинского персонала сферы здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа.

Залогом успешной деятельности коллектива, его развития и процветания является работоспособный, творческий и слаженный коллектив. Наших преподавателей отличают высокий профессионализм и трудоспособность, творчество и инициативность, активная жизненная позиция и увлеченность профессией.

В последние годы в нашем колледже применяются различные педагогические инновации. В учебный процесс внедряются информационно-коммуникационные технологии. На теоретических и практических занятиях широко используются мультимедийные обучающие системы. Для проведения промежуточной и итоговой аттестации используется компьютерная система тестирования. Наличие автоматизированных рабочих мест позволяет студентам колледжа участвовать в международных дистанционных онлайн-олимпиадах и федеральном интернет-экзамене.

Для повышения профессионального мастерства, развития информационно-коммуникационной компетенции педагогических работников 16 марта 2012 года была проведена I Межрегиональная конференция средних профессиональных образовательных учреждений Министерства здравоохранения Ставропольского края «Информационно-коммуникационные технологии в образовательном процессе СПО». Цель данной конференции – обсуждение актуальных вопросов, связанных с использованием информационно-коммуникационных технологий в сфере образования, представление и обмен опытом работы по основным направлениям тематики конференции. Участниками данной конференции стали медицинские образовательные учреждения Ставропольского края, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Чеченской Республики и Республики Ингушетия.

С целью комплексного освоения студентами всех видов профессиональной деятельности по специальности и приобретения необходимых навыков и опыта практической работы администрация колледжа поддерживает тесную связь с учреждениями практического здравоохранения города и края. Лечебно-профилактические учреждения – практические базы – выделяют учебные комнаты для проведения практических занятий, оснащенные лечебным и диагностическим оборудованием, компьютерами, томографами, ультразвуковыми, рентгеновскими и эндоскопическими аппаратами. Все это значительно помогает студентам на практике изучить и освоить свою профессию.

Обучение в колледже – это не только лекции, зачеты, экзамены, получение профессиональных навыков на учебных базах, но и веселая студенческая жизнь, наполненная множеством увлекательных мероприятий. Проведение конкурсов профессионального мастерства среди медицинских колледжей стало хорошей и доброй традицией в Ставропольском крае и Карачаево-Черкесской Республике. Так, 12 апреля 2013 года в краевом конкурсе профессионального мастерства «А ну-ка, медики!» студенты нашего колледжа заняли почетное первое место.

Для обеспечения медицинскими кадрами лечебно-профилактических учреждений Кировского района Ставропольского края в сентябре 2011 года по инициативе Пятигорского медицинского колледжа при непосредственном участии руководства администрации Кировского района и Министерства здравоохранения Ставропольского края в городе Новопавловске создан Кировский филиал государственного бюджетного образовательного учреждения среднего профессионального образования Ставропольского края «Пятигорский медицинский колледж». В настоящее время Кировский филиал реализует образовательные программы среднего профессионального образования по специальностям 060501 «Сестринское дело» и 060101 «Лечебное дело».

100 лет – это большой отрезок времени в истории нашего учебного заведения. Нам есть чем гордиться, и мы уверенно смотрим в будущее!

В октябре 2014 года в ГБОУ СПО СК «Пятигорский медицинский колледж» состоятся торжественные мероприятия, посвященные 100-летию со дня основания колледжа. К данному событию будет приурочена II Межрегиональная конференция «Профессиональное образование сегодня: поиск, творчество, инновации в подготовке специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

357500, г. Пятигорск,
ул. Ессентукская, д. 28д
Тел./факс: 8 (8793) 39-72-73
E-mail: fenko@mail.ru
Сайт: www.med-college.ru

Современные технологии для здоровья матери и ребенка

Родильный дом Кисловодска – единственное в городе-курорте родовспомогательное учреждение. За тридцать два года своего существования роддом заслужил хорошую репутацию, поэтому сюда обращаются пациентки со всего Ставропольского края и ближайших регионов. Здесь принимается около 2000 родов в год. Благодаря федеральной Программе модернизации здравоохранения впервые удалось произвести полный капитальный ремонт роддома и установить новейшее медицинское оборудование экспертного класса

Главный врач ГБУЗ «Родильный дом» города-курорта Кисловодска
Галина Левченко

Деятельностью учреждения является оказание квалифицированной лечебно-диагностической, консультативно-диагностической, реабилитационной, специализированной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

Родильный дом оказывает доврачебную, амбулаторно-поликлиническую, стационарную и другую медицинскую помощь, связанную с сохранением жизни и здоровья беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, женщин с нарушением репродуктивной функции, с экстрагенитальной патологией.

Основная задача родильного дома – снижение материнской, перинатальной смертности, улучшение качества оказания специализированной акушерской и неонатологической помощи, улучшение состояния репродуктивного здоровья населения Ставропольского края.

Новые возможности

После проведения капитального ремонта родильный дом получил второе рождение. Коридоры, родильные блоки, кабинеты, санузлы теперь отремонтированы в соответствии с СанПиН. Палаты, в которых лежат беременные, роженицы, родильницы, гинекологические больные, стали повышенной комфортности.

Новое оборудование установлено в гинекологическом, акушерском отделениях, в лаборатории и отделении для новорожденных. Из городского бюджета были выделены средства на оборудование пищеблока. Обновилось все: от столиков для пеленания до сложной медицинской техники.

Так, отделение патологии, женской консультации, каждая предродовая и родильные залы оснащены фетальными мониторами «Уникос». Данные приборы являются результатом совместной разработки Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и ООО «Универсальный космос». Кардиотокография оценивает функциональные и компенсаторные возможности плода с 32 недель и позволяет ставить вопрос о немедленном досрочном родоразрешении или назначении медикаментозной терапии.

Своевременная диагностика дает возможность, например, предотвратить случаи антенатальной гибели плода. В «Уникосе» есть также программа синхронной записи сердцебиений плода и маточных сокращений, позволяющая вести постоянное наблюдение за внутриутробным состоянием плода во время беременности и родов. Использование «Уникоса» дало возможность благополучно выписывать домой большинство малышей, рожденных преждевременно или после досрочного родоразрешения по медицинским показаниям.

Благодаря флагманской ультразвуковой системе экспертного класса в области трехмерной ультразвуковой визуализации Voluson в роддоме ведется мониторинг беременных женщин по выявлению внутриутробных пороков развития плода. Для работы на Voluson акушер-гинеколог, кандидат медицинских наук Янис Авластимов прошел стажировку в Англии. Высокие разрешающие способности аппарата позволяют значительно расширить диагностические возможности при обследовании беременных и гинекологических больных.

Модернизация лаборатории роддома помогла ускорить процесс постановки диагноза пациентам всех отделений роддома. Заведует лабораторией на протяжении многих лет врач высшей категории Елена Марова.

Врач ультразвуковой диагностики, к.м.н. Я.Ф. Авластимов

Заведующая клинико-диагностической лабораторией Е.Н. Марова

Зам. главного врача по медицинской части, врач высшей квалификационной категории Г.Ф. Манучарова

Врач акушер-гинеколог А.Г. Тонян

Широкие возможности по онкоцитологии открылись благодаря использованию нового микроскопа. К нему прилагается видеокамера, с помощью которой в любой момент можно отправить анализ с подозрением на онкологию в ведущие московские центры для консультации со специалистами.

Иммуноферментный анализатор инфекций ToRCH-комплекс, анализаторы гормонов щитовидной железы, гематологический, биохимический анализаторы позволяют провести полное обследование беременных женщин по скрининговым программам.

Освоение методики определения прокальцитонина позволяет в течение 1,5 часа подтвердить диагноз «острый сепсис». Это актуально, так как сейчас растет число внутриутробных инфекций новорожденных, связанных со здоровьем женщин.

Если раньше по некоторым вопросам пациенткам роддома приходилось прибегать к услугам коммерческих лабораторий, которые были лучше оснащены, то сегодня они проходят полный комплекс обследований совершенно бесплатно.

Святая святых

Современная медицинская техника, которой оборудованы отделения реанимации и интенсивной терапии родильного дома, позволяет оказывать медицинскую помощь не только детям, рожденным с патологией, но и малышам, появившимся на свет с экстремально низкой массой тела – от 500 граммов. Еще несколько лет назад шансов выжить у таких младенцев почти не было. Сегодня врачам удается спасать новорожденных с помощью высоких медицинских технологий и активной перинатальной тактики. При этом крайне важно не просто выходить младенца в первые месяцы его жизни, но и не допустить серьезных расстройств здоровья в дальнейшем.

Если лечить глубоко недоношенного ребенка, у него может развиться ретинопатия – нарушение сетчатки. Рассмотреть, что происходит с глазами малыша, теперь можно с помощью высокотехнологичного офтальмоскоп-шлема. Нам очень помогают современные аппараты искусственной вентиляции легких, кювезы-инкубаторы, газовый анализатор, аппарат для разморозки препаратов крови, «Билимет» – портативный анализатор билирубина.

Операционная роддома также оборудована по последнему слову техники. Специальная система кондиционирования в постоянном режиме обеззараживает воздух. Аппарат-селсейвер собирает потерянную во время операции кровь, очищает ее, фильтрует, сохраняя неповрежденными форменные элементы (эритроциты, лейкоциты и другие клетки), и направляет обратно в кровоток. Селсейвер работает автономно и возвращает до 60% излившейся крови. Это дорогостоящая прогрессивная техника, которая отвечает новому типу взаимоотношений с природой, когда стараются исключить или предельно ограничить применение гемотрансфузии.

Заведующий отделением анестезиологии и реанимации, к.м.н. Н.Е. Печников

Быть востребованными

Мы получили все, что было необходимо. Поток пациентов в последнее время увеличивается, рождаемость повышается, но наблюдается и рост осложнений. Современная аппаратура просто жизненно необходима, особенно в условиях кадрового дефицита, когда врачи работают с огромной нагрузкой. Она позволяет поднять уровень оказания плановой и экстренной медицинской помощи на качественно новую ступень и не допустить развития тяжелых осложнений.

Многие наши специалисты не один десяток лет отдали работе в роддоме, и они всегда готовы оказать своевременную квалифицированную плановую и экстремальную медицинскую помощь всем обратившимся в наше учреждение. На сегодняшний день, как и везде, остается актуальной проблема кадров. Мы нуждаемся в пополнении коллектива молодыми специалистами: неонатологами, анестезиологами-реаниматологами.

Персонал родильного дома пропагандирует максимально мягкие, естественные роды, с минимумом медицинского вмешательства в этот процесс. Коллектив роддома придерживается принципов программы «Мать и дитя», по которой все малыши с первых минут жизни уютно располагаются на животе матери, прикладываются к груди.

357700, Ставропольский край,
г. Кисловодск, ул. Кутузова, д. 48а
Тел.: (87937) 6-88-91
E-mail: ksroddom@yandex.ru
Сайт: http://www.ksroddom.ru

Продумано до мелочей

Глава администрации Кировского муниципального района Ставропольского края
Владимир Лукинов

Кировский район – один из самых привлекательных и перспективных на Ставрополье. Главное наше богатство – земля, поэтому одной из основных отраслей экономики района является сельское хозяйство.

За последние годы увеличились объемы производства сельскохозяйственной продукции: мяса, молока, рыбы. Хорошие результаты продемонстрировали аграрии по итогам уборочной кампании 2013 года. Валовый сбор зерновых составил почти 243 тысячи тонн. Это третий результат за всю историю земледелия в районе. Могу с гордостью сказать, что по урожайности зерновых крестьянско-фермерские хозяйства нашего района заняли третье место в Ставропольском крае.

Мы заинтересованы в успешном движении вперед, поэтому стремимся проводить активную инвестиционную политику.

В 2012 году введен в эксплуатацию тепличный комплекс ООО «Эко-культура» в ст. Марьинской – один из наиболее масштабных инвестпроектов на территории района. Создано 220 рабочих мест и выращено более 4 тысяч тонн экологически чистых томатов.

Для увеличения объемов производства овощей в январе 2014 года открыта первая очередь современного тепличного комплекса ООО «Овощи Ставрополья», а это еще дополнительно 200 рабочих мест и более 5 тысяч тонн овощей в год.

В настоящее время мы работаем над инвестиционными проектами по строительству еще двух тепличных комплексов и двух мини-элеваторов.

Есть успехи и в развитии промышленности. На протяжении многих лет стабильно работает ОАО «КПП «Кировский» по производству железобетонной и бетонной продукции. Меняющиеся потребности рынка побуждают осваивать новые виды продукции. В феврале этого года получена первая партия кирпича во вновь созданном цехе – структурном подразделении предприятия проектной мощностью 40 тысяч шт. в сутки.

Постоянного внимания со стороны властей требует одна из важнейших отраслей социальной сферы – образование. В течение четырех лет в результате землетрясения находилась в аварийном состоянии школа в станице Советской. Дети учились в приспособленных помещениях. После проведенной реконструкции, на которую были выделены почти 100 млн рублей из бюджетов всех уровней, в декабре 2012 года школьники пришли в современное здание с хорошо оборудованными кабинетами.

Не обошли мы вниманием педагогов и учащихся средней школы № 2, здание которой самое старое в городе. В 2013 году проведен ее частичный капитальный ремонт. В образовательных учреждениях района ведутся работы по замене оконных блоков.

В нашем районе создана хорошая медицинская база. Отремонтированы хирургическое, акушерское и детское отделения. Ведется ремонт инфекционного отделения.

Акушерское отделение ГБУЗ СК «Кировская ЦРБ»

Дети – это наше будущее, они должны жить и учиться в достойных условиях. Какие условия им создадим мы, такие условия жизни они обеспечат и для нас, когда сами повзрослеют.

Сегодня первоочередной задачей мы видим решение проблемы очередности детей в дошкольные учреждения.

Уже начато строительство двух новых детских садов в ст. Зольской на 280 мест и в г. Новопавловске на 160 мест. Изготовлена проектно-сметная документация на строительство еще одного детского сада в г. Новопавловске на 75 мест.

Гармоничное развитие человека невозможно без физической культуры и спорта с самых юных лет. Именно спорт в жизни человека становится самым мощным фактором сохранения здоровья. С прошлого года у жителей пос. Комсомолец и Фазанный появилась возможность играть в мини-футбол и волейбол на оборудованных спортивных площадках со специальным полимерным покрытием.

Говорят, что жив тот народ, который чтит свои корни и знает культурные традиции. Кировский район славится богатейшим историческим прошлым, казачьими обычаями. Жители и гости района с восторгом принимают выступления своих земляков, для творческого развития которых мы стараемся создавать благоприятные условия. В 2012 году распахнул свои двери для селян красивый обновленный Дом культуры пос. Комсомолец, на ремонт которого было израсходовано около 16 млн рублей из различных источников финансирования.

Кировский район – это, прежде всего, люди, в нем живущие. И забота о них – главная наша задача. Мы прилагаем максимум усилий к тому, чтобы сельское хозяйство и промышленность, образование и здравоохранение, культура и спорт – все работало на благо кировчан, вселяя в них уверенность в завтрашнем дне.

357300, Ставропольский край,
Кировский район, г. Новопавловск,
пл. Ленина, 1
Телефон: (87938) 4-32-01,
Факс: (87938) 5-17-83
E-mail: akmrsk@mail.ru
Сайт: www.akmrsk-portal.ru

Разница все заметнее

Сегодня у коллектива Кировской центральной районной больницы немало достижений. Здесь успешно работают над реализацией краевой программы модернизации здравоохранения, приоритетного национального проекта «Здоровье» и территориальной программы по оказанию бесплатной медицинской помощи, осваивают современные организационно-экономические и финансовые модели управления

Главный врач ГБУЗ СК «Кировская центральная районная больница»
Светлана Алиева

В состав Кировской ЦРБ входят две участковые больницы, шесть врачебных амбулаторий, восемь фельдшерско-акушерских пунктов. Стационарная медицинская помощь оказывается на 370 койках с круглосуточным и 94 койках с дневным пребыванием. Амбулаторную помощь оказывают районная поликлиника и сельские амбулатории. Общая мощность составляет 621 посещение в смену. В ЦРБ и всех сельских ЛПУ работают отделения скорой помощи.

Коллектив больницы – более 1000 человек. Среди работников пять заслуженных врачей, 11 «отличников здравоохранения», три кандидата медицинских наук. Сергей Михайлович Карпов на базе больницы защитил докторскую диссертацию и в данный момент преподает на кафедре неврологии в Ставропольской медицинской академии. Эмма Владимировна Стамо, отличник здравоохранения, двадцать лет возглавляла неврологическое отделение в ЦРБ, приглашена в Ставропольскую краевую клиническую больницу заведующей неврологическим отделением. Марина Александровна Рубанова, отличник здравоохранения, возглавлявшая в течение 18 лет эндокринологическую службу района, в настоящее время возглавляет поликлиническое отделение эндокринологического диспансера.

За два последних года на реализацию краевой программы модернизации здравоохранения Кировской ЦРБ было выделено свыше 67 млн рублей на капитальный ремонт и оборудование. Отремонтированы три отделения: акушерское, хирургическое и детское.

Реализация программы модернизации здравоохранения позволила оснастить акушерское отделение современным медицинским оборудованием. В отделении имеются хорошо отремонтированные родильные залы, восемь палат совместного пребывания «мать и дитя», палаты интенсивной терапии и другие необходимые помещения. За счет средств родовых сертификатов приобретены современные кувезы, аппараты искусственной вентиляции легких с аппаратурой слежения, лампа для проведения фототерапии новорожденных, открытое реанимационное место в родильном зале, фетальные мониторы, что позволило улучшить качество обслуживания рожениц и новорожденных. Появилась возможность выхаживания новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.

Продолжается компьютеризация лечебных подразделений. В центральной районной больнице появилась электронная регистратура. С ее помощью можно записаться на прием к врачам: хирургу, акушеру-гинекологу, терапевту, офтальмологу, педиатру, а также к специалистам других направлений.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в минувшем году дополнительную диспансеризацию прошли свыше 600 работающих кировчан и более 170 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Женской консультацией и акушерским отделением выдано свыше полутора тысяч родовых сертификатов. Еще 1372 получили дети первого года жизни. Общее финансирование превысило 8 млн рублей.

Если же говорить об уровне районной больницы, то помимо «традиционных» здесь успешно работают такие специализированные отделения, как неврология, кардиология, реанимация.

На базе травматологического отделения применяются металлоконструкции нового поколения. В гинекологическом отделении делаются реконструктивные и пластические операции. Современные лечебно-диагностические технологии используются в кардиологическом отделении.

В ЦРБ действуют три лаборатории: клиническая, гистологическая и бактериологическая. Только в последней делается свыше 80 тысяч исследований в год. Здесь проводят исследования на кишечную, капельную и условно патогенную группы инфекций. Выполняют серологические исследования и исследования на наличие микрофлоры из любого биоматериала, определяя чувствительность к антибиотикам.

Клинико-диагностическая лаборатория оснащена девятью современными приборами. Среди них два автоматических анализатора «Сапфир-400» и гемокоагулограф «Сисмекс». С помощью последнего анализируются факторы свертываемости крови. С помощью специальных анализов здесь могут определить инфаркт миокарда и онкологические заболевания. Среди редких видов анализов можно назвать также лактатдегидрогеназу и креатинфосфокиназу, большой спектр холестериновых исследований. Для ряда сельских больниц и амбулаторий закуплены портативные глюкометры. Есть два гематологических анализатора.

В Кировскую ЦРБ, имеющую современную лечебно-диагностическую базу, квалифицированный кадровый потенциал, обращаются жители соседних республик и ближайших районов Ставропольского края.

357300, Ставропольский край,
Кировский р-н, г. Новопавловск,
ул. Кирова, д. 35
Тел.: (87938) 5-17-88
Факс: (87938) 5-20-54
E-mail: kcrb_ekon@bk.ru
Сайт: www.kircrb.ru

Курортные ресурсы

Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства был основан в 1920 году как первый в стране бальнеологический институт и в настоящее время является крупным научно-медицинским центром РФ в области курортной науки

И.о. директора Федерального государственного бюджетного учреждения «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации
Наталья Ефименко

Основные направления деятельности института: изучение и рациональное использование курортных ресурсов в профилактических, лечебных и реабилитационных целях; исследование механизмов действия природных и преформированных лечебных физических факторов; разработка новых медицинских технологий и методик санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации наиболее распространенных социально-значимых и профессиональных заболеваний у взрослых и детей; образовательная деятельность.

Работы ученых института легли в основу большинства методик бальнеолечения, применяемых в санаторно-курортных учреждениях Кавказских Минеральных Вод. Сотрудники Пятигорского ГНИИ курортологии стояли у истоков превентивной курортологии, в основе которой лежит профилактическое действие курортных факторов.

В составе института четыре многопрофильные клиники на 685 коек в городах Пятигорске, Железноводске, Ессентуках и Кисловодске, в т.ч. 120 – для детей с родителями; научно-экспериментальный диагностический центр с тремя научными отделами и лечебно-консультативным отделением; ученая часть, научно-организационный отдел, научно-медицинская библиотека; диссертационный совет по защите докторских и кандидатских диссертаций; кафедра курортологии и общественного здоровья РМАПО; аттестационная комиссия для врачей и среднего медицинского персонала, издается журнал «Курортная медицина», включенный в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий ВАК. В коллективе института 742 сотрудника, в том числе девять человек, имеющих ученое звание профессора, восемнадцать докторов наук и тридцать два кандидата наук.

Ежегодно в клиники института на лечение и оздоровление принимаются около 10 тысяч пациентов, страдающих различными заболеваниями, в том числе в ранние сроки после операций аортокоронарного шунтирования, установки искусственного водителя ритма сердца, органосохраняющих операций на органах брюшной полости, пациенты, перенесшие «малые» инсульты и операции по реваскуляризации головного мозга. Уникальная для страны детская клиника института принимает на курортную реабилитацию детей с тяжелой неврологической патологией, начиная с возраста 1 года: детским церебральным параличом, миопатиями, коллагенозами, последствиями полиомиелита, ювенильным ревматоидным артритом и др.

Научные возможности ГНИИ курортологии достаточно высоки. Только за последние 10 лет сотрудниками института было опубликовано почти 2 тысячи научных работ, издано 20 монографий; 140 методических рекомендаций, медицинских технологий и пособий для врачей; получено 88 патентов на изобретения. Учреждение является основной кузницей кадров не только для региона КМВ, Ставропольского края, но и для всего Северного Кавказа.

Наиболее значимыми для института также являются работы по подготовке научно-обоснованных рекомендаций по рациональному использованию природных лечебных факторов, в т.ч. биоклиматического и ландшафтного потенциала Кавказских Минеральных Вод, созданию ресурсосберегающих технологий и методик воздействия на организм человека в условиях глобального изменения климата с целью профилактики метеопатических реакций и повышения адаптационного потенциала.

Учеными института проведены детальные исследования состояния месторождений минеральных вод с описанием химического и газового состава более 100 источников региона КМВ и большинства – на Юге России, произведены разведка и изучение радоновых вод Пятигорска. Выполнены большие комплексные работы по изучению генеза, физико-химии, микробиологии основных месторождений пелоидов в Ставропольском и Краснодарском краях, Ростовской и Волгоградской областях, Карачаево-Черкесской и Кабардино-Балкарской республиках, Республике Северная Осетия – Алания.

Научные исследования по оценке состояния природных лечебных ресурсов Кавказских Минеральных Вод, Ставропольского края и всего Северного Кавказа легли в основу ряда законодательных положений, Федеральной программы и Стратегии социально-экономического развития особо охраняемого эколого-курортного региона РФ – Кавказских Минеральных Вод – до 2020 года.

Институт принимал участие в разработке федеральных целевых программ: «Развитие курортов федерального значения», «Обеспечение ядерной и радиационной безопасности на 2008 год и на период до 2015 года», а также в подготовке предложений в государственную программу «Развитие Северо-Кавказского федерального округа».

В рамках государственного задания и основных направлений научной деятельности ФМБА России в учреждении осуществляются научные исследования по разработке инновационных медицинских технологий санаторно-курортной реабилитации и профилактики заболеваний у работников организаций с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, обслуживаемых ФМБА России. Проводится изучение нейро-иммунно-гормональных механизмов действия питьевых минеральных вод и лечебных грязей, разрабатывается концепция их первично-профилактических эффектов.

В связи с проблемами, связанными с негативным воздействием антропогенных факторов и природных процессов на систему гидроминеральных ресурсов региона Кавказских Минеральных Вод, а также с необходимостью усиления их биологического потенциала разрабатывается концепция использования модифицированных бальнеосредств нового поколения, в том числе с использованием наночастиц.

Центральными для института являются научные исследования в области создания инновационных медицинских технологий с использованием курортных факторов и научное обоснование курортной терапии как ведущего, заключительного этапа медицинской реабилитации, включая утяжеленные формы заболеваний, послеоперационные и посттравматические состояния. При этом курортные факторы для потенцирования их эффекта могут применяться в сочетании с рациональной фармакотерапией, традиционными методами лечения и использованием оздоровительных возможностей спа-процедур.

Большая научная работа института по изучению месторождений минеральных вод и лечебных грязей позволила создать надежную гидроминеральную базу для курортов юга России, разработать и внедрить в практику санаторно-курортных учреждений инновационные технологии бальнеолечения, обогатить современную науку знаниями об уникальном уголке России под названием Кавказские Минеральные Воды, где ежегодно отдыхают и лечатся несколько миллионов российских граждан.

357501 Ставропольский край,
г. Пятигорск, пр. Кирова, 30,
тел.: 8 (8793) 39-18-40,
факс: 8 (8793) 97-38-57
E-mail: gniik@fmbamail.ru
Сайт: www.gniik.ru

Дорога к здоровью

Генеральный директор ФГБУЗ Санаторий им. С.М. Кирова ФМБА России
Сергей Ушаков

Пятигорский санаторий им. С.М. Кирова ФМБА России можно назвать одной из лучших многопрофильных здравниц нашей страны. Он расположен на юго-восточном склоне горы Машук, на высоте 630 м над уровнем моря, окруженный парком площадью около семи гектаров. Чистейший воздух в сочетании с живописным горным ландшафтом успокаивает и придает душевные силы.

Медицинская база санатория оснащена современной лечебно-диагностической аппаратурой, которая позволяет провести высококачественное обследование, комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оздоровление и укрепление организма. Санаторию им. Кирова присвоена высшая аккредитационная категория по медицинской деятельности.

Профиль лечения: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, гинекологические заболевания, урологические заболевания, дыхания, ЛОР-органов, кожи, нервной системы, периферических сосудов, нарушения обмена веществ и болезни эндокринной системы.

Здравница имеет несколько лечебных отделений, в которых представлен широкий спектр медицинских услуг. Бальнеолечение – это разнообразные лечебные ванны: углекисло-сероводородные, жемчужные, жемчужно-хвойные, йодобромные, скипидарные 4-камерные, подводный душ-массаж, душ Шарко, циркулярный душ, восходящий душ. Выполняются грязевые обертывания и аппликации, отпускаются электрогрязи. Применяются методы галотерапии, озонотерапии, гирудотерапии, современного аппаратного физиолечения.

Для лечения заболеваний позвоночника широко используется тракционный метод лечения: подводно-вертикальное вытяжение в углекисло-сероводородной воде или тракция позвоночника с помощью аппарата «Ормед». Этот метод очень хорошо зарекомендовал себя при лечении таких заболеваний, как остеохондроз и грыжи межпозвоночных дисков, остеохондроз с хронической люмбалгией и люмбоишиалгией, рецидив грыжи диска после перенесенной операции на позвоночнике, вторичный остеохондроз на почве статических нарушений (сколиозы, укороченные конечности) или аномалий развития позвоночника (тропизм, спондилолистоз).

Одним из преимуществ санатория им. С.М. Кирова является то, что все процедуры проводятся на базе санатория, включая сероводородные ванны и грязевые обертывания.

Приоритетом в работе санатория является предоставление качественных медицинских услуг и оснащение лечебной базы новейшим современным оборудованием. Были введены новые методы лечения, такие как ударно-волновая терапия, гидроаэрохромотерапия, внутритканевая электростимуляция по Герасимову, высокотоновая терапия. Расширены методы обследования: допплеровское исследование сосудов, УЗИ суставов, денситометрия, биоимпедансметрия.

Санаторий имени Кирова радует отдыхающих не только профессиональной медицинской помощью, но и своей комфортабельностью. Санаторий выстроен в современном стиле и отвечает всем необходимым требованиям для семейного отдыха и лечения в любое время года.

357500, г. Пятигорск, бульвар Гагарина, 39 • Тел./факс: (8793) 33-83-21
E-mail: bron@kirova-kmv.ru • Сайт: www.kirova-kmv.ru

Национальный бренд

Лечебный массаж – одна из немногих профессий, в которых слепые люди успешно конкурируют со своими зрячими коллегами и во многих случаях имеют перед ними преимущества. Лишившись зрения, человек вынужден развивать другие чувства, прежде всего – осязание. Слепой массажист может ощущать такие тонкие различия в тканях пациента, которые обычный человек и не заметит

Директор ГБОУ СПО «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России, кандидат психологических наук
Константция Гоженко

Слепые массажисты традиционно ценились на Востоке с древнейших времен и ценятся до сих пор; недаром японская поговорка гласит: «Слепой массажист на вес золота».

Массаж как профессия слепых из Японии проник в Европу, оттуда в Россию. В 1896 году преподаватель Петербургского училища для слепых А. Густовский обучил массажу своих воспитанников. То есть профессия массажиста давно вошла в список рекомендуемых при профориентации слепых и их трудоустройстве.

Одним из основателей профессиональной подготовки массажистов с проблемами зрения является Андрей Сергеевич Онуфриев (1908–1979). Будучи инвалидом по зрению с детства, он вел активную деятельность по организации курсов массажа для незрячих. В 1949 году по инициативе ВОС Ставропольского края Онуфриев организовал такие курсы в Кисловодске.

1956 году эти курсы были преобразованы в профшколу массажистов ВОС с высоким уровнем требований к объему и качеству обучения.

В 1981 году профшкола получила статус медицинского училища Минздрава РСФСР.

С 1999 года это медицинский колледж. Долгое время медучилище со специальностью «медицинская сестра по массажу» оставалось единственным в стране. Выпускники-массажисты активно работают во всех уголках нашей страны и за рубежом.

Разные виды массажа основательно изучаются студентами нашего колледжа. Кроме основополагающих: классического, рефлекторно-сегментарного, массажа соединительной ткани – в программу введены нетрадиционные для европейцев виды массажа: китайский, назотерапия, скальпотерапия, аурикулотерапия, мано- и подотерапия, су-джок, шиацу.

Поиск новых форм комплексного оздоравливающего влияния на человека, многолетняя врачебная практика в прошлом и преподавательский опыт привели нас к сочетанию нескольких методов, применяемых в медицине, массаже, спа-индустрии, психологии и психотерапии. Так появилась концепция спа-арт-массажа. Это оригинальный синтез хромотерапии, пассивной арт-терапии и комбинированных техник массажа.

Хромотерапия нормализует энергобаланс, снимая напряжение, приводит организм в состояние созерцательного покоя. Чувственное восприятие цвета, линий и форм картин, лаконичность и ритмичность массажных приемов продуманно уравновешивают взаимовлияние души и тела. Пластичность и динамичность методик массажа создают положительный психосоматический резонанс. Результатом такого воздействия становятся оптимизация настроения, нормализация веса, повышение стрессоустойчивости.

Цветовое решение интерьера и индивидуальный подбор репродукций картин, большое количество массажных приемов и комбинаций позволяют создавать для каждого пациента неповторимую и эксклюзивную процедуру. Это позволяет максимально продуктивно использовать арт-объекты, составляющие интерьер и пространство массажной композиции, на протяжении всего курса лечения.

Наибольшее воздействие процедуры спа-арт-массажа оказывают на пациентов, обладающих необходимым уровнем общей культуры и определенным опытом восприятия объектов художественного творчества.

Конкурсные программы кисловодских массажистов были представлены на чемпионатах России и мира по спа-массажу. Они явились иллюстрациями своеобразной спа-арт-галереи и воплотились на основе творчества и произведений таких художников, как Матисс, Климт, Врубель, Веттриано, Сарьян. Музыка, цвет и художественные образы гармонично воспринимаются и слепыми массажистами. Такое «погружение» в мир прекрасного дает мощный импульс уже к собственному творчеству, позволяет массажистам работать на интуитивном уровне, объединяя всех участников и все ассоциативные составляющие задуманных программ.

Креативные и эксклюзивные массажные процедуры, отличная профессиональная подготовка, мастерство и техничность выпускников нашего колледжа стали своеобразным «национальным брендом» Кисловодской школы массажистов.

357736, Ставропольский край,
г. Кисловодск, ул. Умара Алиева, д. 37
Тел.: (87937) 3-26-19
E-mail: admin@medcol.ru
Сайт: http://medcol.ru

В Госдуме состоялось заседание Оргкомитета VIII Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России»

Открывая заседание, заместитель председателя Государственной думы, член Президиума Лиги здоровья нации, сопредседатель Оргкомитета форума Людмила Швецова отметила, что проблемы охраны здоровья населения и формирования здорового образа жизни стали сегодня одними из главных, приоритетных вопросов в обществе.

«Мы еще не можем говорить о высоких результатах и даже, может быть, о складывающихся тенденциях, так как имеются определенные форс-мажорные обстоятельства в процессе выполнения этой работы, но тем не менее я часто оцениваю отношение к той или иной проблеме по отношению высшего руководства страны к ней. Президент России Владимир Владимирович Путин только за последнее время провел несколько серьезных совещаний, посвященных развитию системы здравоохранения и вопросам деятельности федеральных медицинских центров, которые оказывают высокотехнологичную помощь, самой высокотехнологической помощи. Он поставил задачу в полтора раза увеличить к следующему году количество оказанных услуг в области высоких медицинских технологий. Таким образом, государство однозначно сформулировало госзаказ на здорового гражданина, на человека, который будет жить как можно дольше, и не просто жить, а быть в активной фазе своего жизненного пути. Поэтому мы с вами, говоря о Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России», находимся как раз в эпицентре всего того, что связано с озабоченностью и руководства страны, и, конечно, нашего общества в этой сфере», – сказала Людмила Швецова.

«Лига здоровья нации уже не первый год ведет очень интересную работу, которая как раз позволяет объединять усилия государства, общества, некоммерческих организаций, наших самых разных партнеров, которые работают и в государственной медицине, и в негосударственном медицинском секторе. За прошедшие годы лига наработала большой опыт и очень уверенно заявила о себе, как о состоявшейся, авторитетной и в высшей степени востребованной организации. Программы и проекты, которые реализует лига, работают в очень многих регионах, и о них хорошо знают. Достаточно вспомнить, например, пароходы, курсирующие по рекам России, где на остановках в больших и малых городах люди приходят и получают квалифицированную помощь, или профилактические акции лиги на ВДНХ», – рассказала Людмила Ивановна.

«Сегодня мы говорим по поводу Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», инициатором которого является лига. Идеологической базой форума является принцип междисциплинарного подхода, поэтому мы сможем сделать его действительно широким и очень представительным. Напомню, что форум в нынешнем году будет проводиться в восьмой раз. Основная тема форума – это вопросы межведомственного взаимодействия в сфере охраны здоровья, но обсудить их предполагается уже в контексте разработанной Минздравом России Концепции единой профилактической среды, в которой каждое ведомство имеет свой сектор деятельности. Кроме того, мы также предполагаем рассмотреть возможности взаимодействия с институтами гражданского общества и включить их в этот процесс», – продолжила Людмила Швецова.

«Форум не является новым для большинства министерств, в частности социального блока, которые принимают в нем участие с 2005 года. В этом смысле форум является для них вполне традиционной площадкой. Я считаю, что не использовать такую площадку государственным организациям, министерствам и ведомствам – значит, просто не думать о своем позиционировании в обществе и о пропаганде своих проектов и программ. Я убеждена, что, повышая эффективность работы медицинской отрасли, при этом понимая все сложности с ее финансированием, мы должны помнить, что медицина – это не отрасль экономики, это отрасль защиты жизни людей, это инвестиции в человека», – заключила Людмила Ивановна.

В свою очередь президент Лиги здоровья нации, академик РАН и РАМН, сопредседатель Оргкомитета форума Лео Бокерия поблагодарил Людмилу Ивановну за ее согласие стать сопредседателем Оргкомитета форума и отметил, что лига поддерживает Концепцию единой здоровьесберегающей профилактической среды, которую разработал Минздрав, и считает, что эта тема должна быть очень подробно обсуждена на форуме.

«Очень важно, чтобы эта единая профилактическая среда была доступна всем. Я хочу подчеркнуть такой момент: еще в бытность министром Татьяны Алексеевны Голиковой было создано 500 центров здоровья, где сосредоточено оборудование, которое позволяет человеку, который боится прийти в поликлинику, выяснить, можно ли ему, например, заниматься спортом. Он идет в этот центр, и ему говорят, предположим: голубчик, вам вместо футбола надо идти в больницу или, наоборот, вы можете заниматься и иметь более высокие нагрузки и т.д. Далее были созданы такие же центры для детей.

Конечно, единая профилактическая среда – это не только центры здоровья, но это еще и экологические, и социальные, и информационные, и другие факторы, которые мы ежегодно отражаем в нашем Атласе здо-

ровья России, который будет издан и в этом году. В нем по 250 признакам мы отражаем состояние дел в стране», – рассказал Лео Бокерия.

Лео Антонович подробно остановился на формате мероприятия в этом году и сделал доклад о проделанной работе исполнительной дирекцией форума.

«Два последних года мы проводили его как межгосударственное мероприятие в рамках плановых мероприятий СНГ. У такого формата есть свои преимущества, но есть и свои недостатки. Один из очень серьезных недостатков – это организационная проблема участия регионов России в межгосударственном мероприятии. Чтобы снять эту проблему, мы решили вернуть общероссийский формат форума и параллельно провести ряд мероприятий в рамках Межгосударственного форума «Здоровье населения – основа процветания стран Содружества». Таким образом, в этом году мы проводим одновременно два форума», – сообщил Лео Бокерия.

Директор Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Марина Шевырева сообщила, что Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» уже практически включен в план работы министерства.

«Форум действительно у нас традиционный, проходит ежегодно. Мы выносим на обсуждение тему, которая не меняет своей актуальности, а, наоборот, разворачивается в нашей стране как наиболее актуальная в сфере здравоохранения, – это создание глобальной профилактической среды. Тем более что уже второй год у нас действует Правительственная комиссия по охране здоровья граждан, и она принимает очень важные и судьбоносные решения для того, чтобы сделать это профилактическое направление реально действующим, чтобы оно действительно внесло свой вклад в сохранение и укрепление здоровья граждан нашей страны. Мы действительно уже включили в наш план работы это мероприятие. Вопрос утверждения этого приказа лишь технический, поэтому я думаю, что в течение нескольких дней он будет решен. Все распорядительные документы мы, соответственно, также издадим, организуем традиционный конгресс, который должен проходить в рамках этого форума с участием всех специалистов, в том числе подключим субъекты РФ, чтобы они также активизировались и приняли наиболее активное участие в работе форума», – сообщила Марина Павловна.

В свою очередь начальник Управления по работе с административными округами Департамента здравоохранения города Москвы Светлана Браун уверена, что Москва, как мегаполис, обязана участвовать в таком мероприятии, потому что город выстраивает глобальную профилактическую среду у себя. Департамент активно занимается популяризацией центров здоровья, о которых упомянул Лео Антонович Бокерия, потому что они играют огромную роль в формировании здорового образа жизни москвичей.

«Не зря сегодня продолжительность жизни москвичей выше среднероссийских и составляет уже 75,8 года. Надо отдать должное, что именно пожилые люди предпочитают посещать центры здоровья больше, чем наше социально значимое население, я имею в виду работающее население. Оно за неимением, безусловно, времени посещает меньше.

Хочу сказать для справки, что в Москве работает 65 центров здоровья, из них 47 для взрослых и 18 для детей. Условно мы разделили: 16 у нас для детей и 2 центра для подростков. Потому что это очень важно в плане профилактики наркомании и алкоголизма. У нас в каждом округе и по субботам, и по воскресеньям обязательно работают центры здоровья с тем, чтобы туда ходили люди семьями, приходило работающее население. На базе центров здоровья у нас открыты кабинеты по отказу от табакокурения, в каждом административном округе по одному такому кабинету работает. Также у нас был пилотный проект с департаментом образования по взаимодействию центров здоровья и педагогических и школьных коллективов. Получили очень хорошие результаты. Действительно должна быть одна площадка, чтобы люди узнали, что есть такие структуры, где решаются банальные вопросы формирования режима у ребенка и профилактики таких социально значимых негативных моментов, как наркомания, алкоголизм и табакокурение. Безусловно, это взаимодействие нам очень помогло», – рассказала Светлана Николаевна.

Заместитель директора Департамента развития физической культуры и массового спорта Министерства спорта РФ Анна Дмитриева рассказала, что как раз накануне состоялось заседание Совета при Президенте РФ по физической культуре и спорту, на котором рассматривались не только итоги выступления наших спортсменов на Олимпийских и Паралимпийских играх, но и в целом развитие физической культуры и массового спорта.

Следом слово взяла заместитель директора Департамента государственной политики в сфере воспитания детей и молодежи Министерства образования и науки РФ Татьяна Петрова, отметив, что для Министерства образования и науки РФ абсолютно естественно быть соорганизаторами такого форума.

Напомним, что VIII Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» пройдет с 18 по 20 июня в выставочном комплексе «Гостиный двор» и будет посвящен вопросам развития и внедрения Концепции единой здоровьесберегающей профилактической среды в Российской Федерации. В программе форума: пленарное заседание «Здоровье нации – основа процветания России», ведомственные научно-практические конгрессы, круглые столы, презентации и мастер-классы, в ходе которых участники форума представят свои программы взаимодействия в рамках Концепции единой профилактической среды и свое видение развития здравоохранных ведомственных и общественных секторов.

Серьезным образом будет представлена международная составляющая форума. Советом по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ принято решение о проведении своего очередного заседания в рамках форума.

Значительное место в программе форума будут занимать общественные и молодежные мероприятия. В рамках Национального молодежного проекта «Моя альтернатива» пройдут конгрессы и презентации, а финалисты одноименного Всероссийского интернет-конкурса для молодежи представят лучшие формы и практики молодежного досуга, направленного на формирование здорового образа жизни. Также состоятся конференции и круглые столы, посвященные развитию волонтерства и добровольчества в России, будут организованы тематические общественные слушания, посвященные отдельным проблемам здравоохранения, а также вопросам взаимодействия НКО и органов власти в сфере охраны здоровья и формирования ЗОЖ.

Традиционно в рамках форума уже в десятый раз пройдет выставка «Здоровье для всех», целью которой является демонстрация комплексной инфраструктуры для выбора и ведения здорового образа жизни, для создания здоровьесберегающей и здоровьеформирующей среды обитания, позволяющей реализовать принцип равных возможностей в отношении здоровья.

Тематические разделы выставки будут посвящены вопросам охраны здоровья населения, в том числе профилактики заболеваний, обеспечения населения качественными и безопасными продуктами питания, инновационных и биотехнологий, обеспечения экологической безопасности и эпидемиологического благополучия, поддержания долголетней активной жизни. Кроме того, в этом году значительно будет расширена интерактивная составляющая выставки, в том числе за счет дегустационных, презентационных, спортивных и досуговых площадок.

При поддержке: Администрации Президента РФ, Федеральных министерств, агентств и служб, Правительства города Москвы, региональных администраций.

VIII ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ
ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ
ОСНОВА ПРОЦВЕТАНИЯ РОССИИ

ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ

ТЕМАТИЧЕСКИЕ РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

- Доступная медицина
- Здоровое питание
- Благоприятная среда обитания
- Физическая активность и досуг

18-20 ИЮНЯ 2014
МОСКВА, ГОСТИНЫЙ ДВОР

www.znopr.ru (495) 638-66-99 fond@blago.info