Высокотехнологичное производство инсулинов в России

Фармацевтический завод «Ново Нордиск» начнет производство современных инсулинов в России в 2014 году.

> 3 млрд рублей
ОБЪЕМ ИНВЕСТИЦИЙ

150
РАБОЧИХ МЕСТ

2014 г.
НАЧАЛО ПРОИЗВОДСТВА

Приоритетной задачей компании «Ново Нордиск» в России является повышение доступности инновационных препаратов для лечения такого социально значимого заболевания, как сахарный диабет. С этой целью в Калужской области на территории технопарка «Грабцево» ведется строительство высокотехнологичного завода по производству современных инсулинов в соответствии со стандартами GMP. Строительство предприятия в Калуге полностью отвечает задачам «Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ на период до 2020 года»: укрепляет лекарственную безопасность страны, вносит значительный вклад в развитие фармацевтической отрасли, способствует трансферу высоких технологий и повышению уровня лечения сахарного диабета в России.

«Мы становимся частью экономики огромной страны и чувствуем еще бóльшую ответственность перед миллионами людей, ради которых мы работаем в России», — заявил президент компании «Ново Нордиск» Ларс Ребиен Соренсен на церемонии закладки «первого камня» завода 17 апреля 2012 г. О намерении организовать в России производство инсулинов было объявлено в 2010 г. во время визита Председателя Правительства Российской Федерации Дмитрия Медведева в Данию. Тогда же состоялось подписание соглашения о сотрудничестве между правительством Калужской области и компанией «Ново Нордиск».

Сегодня здание завода закончено, ведутся работы по тестированию оборудования. Завод «Ново Нордиск» станет первым и единственным в России заводом по производству полного портфеля современных инсулинов (Левемир®, НовоРапид® и НовоМикс® 30), строящимся с «нулевого цикла». На предприятии будет осуществляться приготовление раствора из собственной оригинальной субстанции, наполнение и вторичная упаковка инсулинов в картриджах и инъекторах. В проекте применяются передовые технологии в области экологической безопасности и энергоэффективности.

Компания «Ново Нордиск» вошла в состав учредителей некоммерческого партнерства «Калужский фармацевтический кластер». С 2011 года ООО «Ново Нордиск» является членом Ассоциации российских фармацевтических производителей.

Датская фармацевтическая компания «Ново Нордиск А/С» — компания с мировым именем, лидер в области лечения сахарного диабета. Сегодня более 24,3 миллионов людей с диабетом ежедневно используют наши препараты. Штаб-квартира «Ново Нордиск» расположена в Дании. Более 40 000 сотрудников трудятся в 75 филиалах компании по всему миру, а ее продукция поставляется в 180 стран. Более подробная информация доступна на сайтах **novonordisk.com, novonordisk.ru.**

90 лет борьбы с диабетом
1923-2013

novo nordisk®

WWW.SOVSTRAT.RU

№ 18 • 2014

МЕДИЦИНА
целевые проекты

Издательский дом СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ

Вероника Скворцова:
МЕДИЦИНА РАБОТАЮЩЕГО ЧЕЛОВЕКА
стр. 12

Николай Володин:
ВСЕРОССИЙСКАЯ ПРЕМИЯ «ПЕРВЫЕ ЛИЦА»
стр.16

Борис Завьялов:
ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ
стр. 74

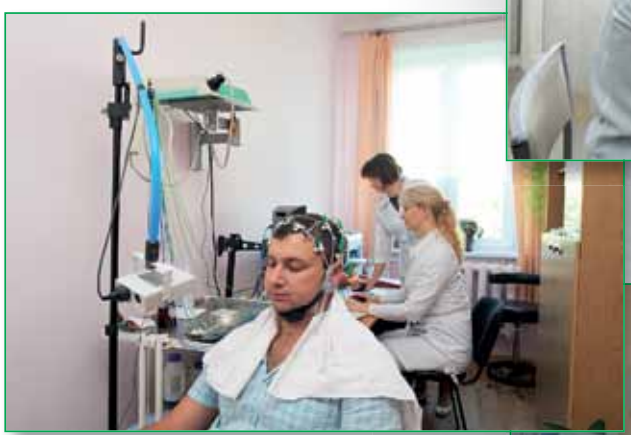
Александр Соколов:
ЗДЕСЬ ХОЧЕТСЯ ЖИТЬ!
стр. 65

4 600493 330120

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Всероссийская Премия в области перинатальной медицины «ПЕРВЫЕ ЛИЦА»

ГБУЗ «Городская поликлиника № 212
Департамента здравоохранения города Москвы»



119620, г. Москва,
Солнцевский проспект, 11 А
Тел.: (495) 934-23-55
E-mail: info@gp212.mosgorzdrav.ru
Сайт: www.gp212-mos.ru

Интервью главного врача ГБУЗ «ГП № 212 ДЗМ» Ольги Пиддэ читайте на странице 88

ГБУЗ «Клинико-диагностический центр № 4 Департамента здравоохранения г. Москвы»

121609, г. Москва, ул. Крылатские Холмы, д. 3
Тел.: (495) 413-17-64, 415-18-64
E-mail: info@kdc4.mosgorzdrav.ru

Статью о деятельности ГБУЗ «КДЦ № 4 ДЗМ» читайте на странице 84

Городская больница № 17

Солнцевская центральная районная больница была создана в 1956 году.

С 1985 года бывшая ЦРБ стала городской больницей для оказания медицинской помощи взрослому населению, сохранив лучшие традиции «земской» медицины.

В настоящее время больница принимает до 15 тысяч человек в год, ежегодно проводится до 5000 операций (в том числе эндоскопических и микрохирургических).

Учреждение оснащено всем необходимым диагностическим оборудованием, включая компьютерный томограф, эндоскопическую и ультразвуковую аппаратуру, систему суточного холтеровского мониторирования и мониторирования артериального давления, реовазографию, спирографию и велоэргометрию. Функционируют 18 лечебно-диагностических подразделений.

Внедрены новые современные и эффективные методы обследования и лечения, которые позволяют сократить продолжительность нахождения больных в стационаре.

На базе ГКБ № 17 осуществляют свою деятельность:

- Кафедра терапии, кардиологии, функциональной диагностики с курсом нефрологии ФГБОУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами президента РФ.
- Кафедра травматологии и ортопедии ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (РУДН).
- Кафедра госпитальной хирургии № 2 ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова».

Интервью главного врача ГБУЗ «ГКБ № 17 ДЗМ» Виктора Поповича читайте на странице 81

119620, г. Москва, ул. Волынская, д. 7
Тел.: (495) 439-25-77,
справочная: (495) 439-25-00
E-mail: info@gb17.mosgorzdrav.ru

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА

Семья и дети – наш приоритет 10
Президент Российской Федерации
Владимир Путин

На кону будущее фармацевтической отрасли 11
Председатель Правительства Российской Федерации
Дмитрий Медведев

Медицина работающего человека 12
Министр здравоохранения Российской Федерации
Вероника Скворцова

Здоровье детей 14
Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ
Елена Байбарина

Всероссийская премия «ПЕРВЫЕ ЛИЦА» 16
Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ)
Николай Володин

Здоровье будущего поколения 18
Доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, медицинский научный советник ООО «Нестле Россия»
Екатерина Бокерия

ВСЕРОССИЙСКАЯ ПРЕМИЯ «ПЕРВЫЕ ЛИЦА»

Электронный регистр беременных 20
Главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»
Елена Ершова

Индивидуализированный уход, направленный на развитие 22
Главный врач БУЗ Воронежской области «Воронежская ОКБ № 1»
Александр Щукин

Интраоперационный контроль гемостаза в акушерстве 24
Главный врач ГБУЗ Свердловской области «ОДКБ № 1»
Сергей Беломестнов

Органосохраняющие малоинвазивные операции при различных формах эктопической беременности 26
Руководитель Перинатального центра, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической службе ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ
Ильмира Галимова

Работа на результат 30
Главный врач ГБУЗ «ГКБ № 67 имени Л.А. Ворохобова ДЗМ»
Андрей Шкода

Антенатальная профилактика синдрома дыхательных расстройств при поздних преждевременных родах 31
Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, заведующий филиалом «Родильный дом № 1» ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»
Николай Иванников

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, С.В. Капитонов, З.И. Кратова.

Плод как пациент: резус-конфликтная беременность; синдром фето-фетальной трансфузии 34
Главный врач ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы»
Олег Латышкевич

Родоразрешение женщин с рубцом на матке после кесарева сечения 38
Заместитель главного врача по детству и родовспоможению ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ»
Андрей Пастарнак

Опыт внедрения системы инфекционной безопасности 40
Директор ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр»
Алексей Герасименко

Точка роста здоровья нации – перинатальные центры 42
Главный врач БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»
Лариса Белоцерковцева

Консервативная терапия некротического энтероколита у новорожденных 46
Главный врач ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская ГКБ № 5»
Николай Ренц

Система мониторинга критических акушерских больных 48
Главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Тюменской области, главный врач ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень)
Ирина Кукарская

Хирургическая помощь новорожденным 51
Главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края
Валерий Ступак

Современные направления в диагностике хромосомных нарушений и пороков развития плода 54
Директор ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Виктор Линде

Инновационный подход к решению проблем инфекционной безопасности 56
И.о. главного врача ОГАУЗ «Областной перинатальный центр»
Игорь Степанов

Пренатальный скрининг 58
Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия)
Татьяна Павлова

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сахарный диабет: локальное решение глобальной проблемы 60
Глава представительства компании «Ново Нордиск» в России и странах СНГ
Сергей Смирнов

ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА – ГОРОД ХАБАРОВСК

Здесь хочется жить! 65
Мэр города Хабаровска
Александр Соколов

Фото: ИТАР-ТАСС, Reuters / «Глаз столицы», EAST NEWS, Fotobank, FOXmagazine (г. Саранск), А.С. Пальванов, 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 04.08.2014 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 лет.

Роль муниципальных образований в формировании здорового образа жизни 68

Начальник управления здравоохранения администрации г. Хабаровска
Ирина Шапиро

СОБЫТИЯ

Активный диалог 72

VI Всероссийский научно-образовательный форум с международным участием «Медицинская диагностика»

СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЗАО

Динамика изменений 74

Директор ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Западного административного округа города Москвы»
Борис Завьялов

Добиться результата 81

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы»
Виктор Попович

Не на словах, а на деле 84

Главный врач ГБУЗ «Клинико-диагностический центр № 4 Департамента здравоохранения города Москвы»
Ирина Буславская

Новые принципы организации 88

Главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 212 Департамента здравоохранения города Москвы»
Ольга Пиддэ

Довериться специалисту 92

Главный врач ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 132 Департамента здравоохранения города Москвы»
Елена Кузнецова

Модернизация должна быть продолжена 96

Главный врач ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы»
Давид Тер-Абрамян

СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ВАО

Пространство нового века 99

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

Перинатальный центр ГКБ № 70: настоящее и будущее 100

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

Не теряя золотого часа 104

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

СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – ЮВАО

Секрет успеха 106

Главный врач ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 143 Департамента здравоохранения города Москвы»
Татьяна Казыкина

Стационарозамещающие технологии 108

Главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 36 Департамента здравоохранения города Москвы»
Сергей Киреев

НОВОСТИ

Пресс-клуб «Сандоз» – дискуссионная площадка для экспертов здравоохранения 110

Детский доктор 111

VIII СЪЕЗД ОНКОЛОГОВ И РАДИОЛОГОВ СТРАН СНГ
16-18 сентября 2014
Казань, Россия
www.kazan2014.com

VIII Съезд онкологов и радиологов стран СНГ

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в VIII Съезде онкологов и радиологов стран СНГ, который состоится 16–18 сентября 2014 г. в Казани.

16–18 сентября 2014 г., Казань

Место проведения: Российская Федерация, Республика Татарстан, г. Казань. Гостиничный торгово-развлекательный комплекс (ГТРК) «Корстон-Казань»

Президент съезда: Президент Правления Общероссийского союза общественных объединений «Ассоциация онкологов России»; главный онколог РФ, директор ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН; президент Ассоциации директоров центров и институтов онкологии, радиологии и рентгенологии государств – участников Содружества Независимых Государств, академик РАН и РАМН, профессор **М.И. Давыдов**

Председатель съезда: главный онколог Приволжского федерального округа и Республики Татарстан, главный врач ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан», директор Приволжского филиала ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, президент Ассоциации онкологических учреждений ПФО, профессор **Р.Ш. Хасанов**

- В работе съезда примут участие ведущие специалисты из России, стран СНГ, ближнего и дальнего зарубежья.
- В рамках съезда планируется проведение конкурса молодых ученых.

ВАЖНАЯ ДАТА:

Прием заявок для конкурса «ЗдравоПисание» – **до 15 августа 2014 г.**

Для клинических ординаторов, аспирантов и студентов медвузов участие в Съезде – **бесплатное**

Технический организатор – Агентство «АБВ-экспо», тел./факс: +7 (495) 988-8992, моб.: +7 (962) 954-0119, info@abvexpo.ru, **www.abvexpo.ru**

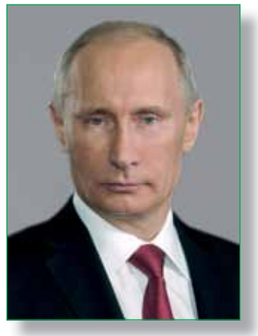
ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ СЪЕЗДА:

Мультидисциплинарный подход в диагностике, лечении и реабилитации больных со злокачественными новообразованиями

Семья и дети – наш приоритет

На Координационном совете по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей обсуждалось состояние здоровья подростков

Президент Российской Федерации
Владимир Путин



Не секрет, что от успешного решения этих проблем во многом зависит будущее нашей страны, будущее России, ее экономическое, социальное и демографическое благополучие, обеспечение обороноспособности и безопасности страны и, самое главное, физическое и нравственное здоровье наших граждан, всего общества.

Состояние здоровья подростков напрямую влияет на их дальнейшую жизнь, на их способность обрести профессию, создать семью, воспитать детей. В этом возрасте организм перестраивается, готовится к взрослой жизни, идет его бурный рост, интенсивно формируется личность и мировоззрение человека.

В такой период дети, что называется, стоят на самой крутой ступеньке своего развития. Они особенно уязвимы и порой просто беззащитны перед трудностями, соблазнами и рисками сегодняшнего мира. Все мы знаем, что современные подростки сталкиваются с этими рисками в гораздо большей степени, чем их родители, бабушки и дедушки в свое время. Поэтому очень важно помочь им в это ответственное время и прежде всего уделить самое пристальное внимание их здоровью.

Здоровье подростков определяет множество факторов: это атмосфера в семье и школе, благосостояние родителей, доступность медицинских услуг, качество питания, условия для занятий физической культурой и спортом.

На всех этих направлениях в нашей стране остается немало проблем. Они хорошо известны, об этом говорит тревожная статистика. Так, по результатам диспансеризации 14-летних подростков, которая проводилась в 2011 году, абсолютно здоровыми было признано чуть больше 16% детей. Различные функциональные нарушения имели 54,3%, заболевания, связанные с инвалидностью, – более 5%. Все эти показатели – явное свидетельство неблагополучия в сфере здоровья подростков.

В связи с этим за прошедшее время был принят ряд мер, в том числе увеличились объемы высокотехнологичной медицинской помощи: в 2012 году – в 1,3 раза, в прошлом году – в полтора раза по сравнению с 2011 годом.

Для профилактики нарушений репродуктивного и психологического здоровья подростков усилены соответствующие медицинские службы. Почти в два раза увеличилось количество кабинетов медико-социальной помощи. Как результат – снизился процент детей с психическими и эмоциональными расстройствами. За последние пять лет число подростковых суицидов уменьшилось вдвое.

Но подчеркну, что эта страшная проблема все еще существует. Необходимо усилить внимание к эмоциональному состоянию детей со стороны родителей и учителей, а помощь специалистов должна быть доступной, эффективной и своевременной.

По итогам диспансеризации прошлого года среди детей 15–17 лет число абсолютно здоровых подростков увеличилось на 6%, имеющих хронические заболевания – снизилось на 5%.

Тенденции позитивные есть, безусловно, это так, но кардинальных перемен пока не наблюдается, ведь у более 70% подростков есть те или иные болезни, в том числе хронические заболевания. То есть большинство наших детей, готовящихся вступить во взрослую жизнь, имеет проблемы со здоровьем.

Поэтому еще многое предстоит сделать в сфере диспансерного, реабилитационного, санаторно-курортного лечения подростков, организации летнего отдыха, а также для профилактики заболеваний. Кроме крупных центров, таких как «Орленок», «Океан» на Дальнем Востоке и после реконструкции «Артек» в Крыму, сеть соответствующих учреждений по оздоровлению в летний период развивается.

При этом подчеркну, что сохранение и укрепление здоровья детей – забота не только органов здравоохранения. Эти вопросы требуют комплексного, межведомственного подхода и решения, причем на всех уровнях: федеральном, региональном, муниципальном, и, конечно же, необходимо участие общественных организаций, социально ориентированных структур гражданского общества.

Полагаю также, что все субъекты Федерации должны иметь собственные программы укрепления здоровья подростков, учесть в них уже имеющийся опыт, определить приоритеты, привлечь инвестиции. Главное – подойти к этому делу неравнодушно, не бюрократически и формально, а с осознанием огромной значимости этой проблемы, которую нам всем необходимо решать.

Особая ответственность у органов местного самоуправления, которые хорошо знают положение дел на своей конкретной территории и могут организовать помощь семьям с детьми-инвалидами или где растут подростки, попавшие в группу риска, трудные жизненные ситуации. Иногда, что греха таить, самим родителям взрослеющих подростков требуется поддержка, совет и участие.

На местном уровне можно многое сделать для создания площадок для отдыха и занятий спортом, для сдачи норм обновленного комплекса ГТО. Подчеркну, что возрождение этой традиции, безусловно, принесет нашим подросткам только пользу.

Как утверждают эксперты, более 50% всех болезней – это результат образа жизни и поведения людей. И нам надо перестать воспринимать подростков только как нуждающихся в помощи и опеке взрослых. С юности нужно воспитывать самостоятельность и ответственность за состояние собственного здоровья.

Нужно увлекать детей занятиями спортом, проводить соревнования, спартакиады, организовывать из числа старшеклассников группы пропагандистов здорового образа жизни. Пример успешных, активных сверстников часто действует гораздо более эффективно, чем наставления со стороны взрослых.

На самом деле работа по привлечению в нашу страну крупнейших международных соревнований: универсиад, Олимпиады, чемпионатов мира – посвящена здоровью детей. Мы делаем это, прежде всего, для того, чтобы пропагандировать спорт, физическую культуру и здоровый образ жизни. Подростки, уверен, сами быстрее сформируют «моду на здоровье». Необходимо только направлять их и поддерживать.

На кону будущее фармацевтической отрасли

Заседание Президиума Совета по модернизации экономики и инновационному развитию прошло в Санкт-Петербурге

Председатель Правительства Российской Федерации
Дмитрий Медведев

Развитие собственного производства лекарств, медицинских изделий – это не только экономическая задача, это, конечно, социальный проект. Это все-таки должен быть и бизнес, и важное государственное начинание. Наши граждане, где бы они ни проживали – в городе или на селе, должны иметь возможность покупать лекарства по доступным ценам, причем желательно, чтобы эти лекарства производились именно в нашей стране. Для этого нам нужна, прежде всего, современная научная и образовательная база. Потому что производство современных лекарств – это, конечно, не то, что было сто лет назад, когда сами препараты готовились в аптеках, на глазах у покупателей. Сейчас это сверхсложное, высокотехнологичное производство. И, конечно, оно не будет функционировать без системы поддержки прикладных исследований.

Не менее важная тема – это мотивация бизнеса вести новые разработки. Известно, что путь от создания формулы нового лекарства до подтверждения ее эффективности и безопасности занимает годы, а затраты на разработку новых лекарственных препаратов измеряются сотнями миллионов долларов, подчас миллиардами. Это действительно прорывные технологические решения, государство, естественно, должно создавать для этого благоприятные условия.

В последние годы усилия государства по модернизации системы здравоохранения стимулируют спрос на фармацевтическую медицинскую продукцию. Я напомню, что в 2013 году объем российского фармацевтического рынка увеличился практически на 8% и достиг более 820 млрд рублей. По прогнозам, в ближайшие годы, в относительно короткой перспективе, объем этого рынка превысит триллион рублей. Рынок медицинских изделий составляет около 200 млрд рублей, у него тоже есть все перспективы достаточно серьезного и быстрого роста. К сожалению, пока этот спрос во многом удовлетворяется нашими зарубежными производителями, партнерами. Доля отечественных изделий на российском рынке – около одной пятой, доля лекарственных средств – чуть более четверти (почти 27%).

Правительством были утверждены два перечня стратегически значимых препаратов. Напомню, что к 2018 году доля отечественных лекарств по этим двум перечням должна составить 90%, такая цель поставлена в Указе Президента от 7 мая 2012 года. То есть фактически речь идет об обеспечении национальной лекарственной безопасности. В 2013 году наши отечественные производители обеспечивали 65% наименований препаратов из перечня стратегически значимых и жизненно необходимых важнейших лекарственных средств. Имеет место рост производства, но он пока не очень значительный.

Для достижения этой цели реализуется госпрограмма «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности до 2020 года» с общим объемом финансирования порядка 100 млрд рублей. Это основной инструмент поддержки отрасли.

Предлагаю подумать и над тем, как полнее учесть в этой программе меры по развитию собственного производства фармацевтических субстанций, компонентов медицинской техники, то есть элементной базы индустрии. Именно она позволит запускать проекты полного цикла. Если потребуются для этого нормативные решения то, естественно, Правительство России готово будет это рассмотреть.

Важнейшая задача – это поддержка перспективных направлений. Внедрение инновационных подходов должно опираться на наши отечественные разработки, на наши продукты. В последние годы активно развиваются биомедицинские технологии, где мы вполне можем побороться за лидирующие позиции. Это очень важно, потому что все-

таки в России есть определенный фундамент для этого. Причем он отсутствует в целом ряде хорошо развивающихся современных экономик, но у нас он пока есть. Речь идет о создании современных биопрепаратов, клеточных и тканевых продуктов, геномных технологий, биосовместимых материалов. Наши институты развития: «Роснано», РВК, и фонд «Сколково», Фонд содействия развитию малых предприятий в научно-технической сфере – по понятным причинам этому направлению тоже должны уделять пристальное внимание.

Еще одна тема, связанная с такого рода проектами, – это организация государственных закупок, важнейшая для производителей. Контрактная система должна носить гибкий и стимулирующий характер, в частности, мотивировать зарубежных производителей размещать у нас исследовательские и производственные проекты, в том числе в рамках долгосрочных государственных контрактов на поставку лекарственных средств и медицинских изделий. В зависимости от стадии производства на территории нашей страны должны дифференцироваться и преференции. По понятным причинам лидеры рынка, как правило, обеспечивают более благоприятный режим для своих локальных производителей, и нам нужно этот опыт перенимать, когда мы развиваем свои предприятия. При государственном финансировании разработок новых лекарств важно учитывать их особенности, при необходимости предусматривая дополнительное время на получение разрешения на проведение клинических исследований.

Наконец, нужно внимательно посмотреть на систему поддержки экспорта. Поэтому Министерству экономического развития России поручается вместе с другими ведомствами сформулировать предложения по поддержке российских экспортеров фармацевтической и медицинской продукции, использовать для этого возможности Агентства по страхованию экспорта, а также механизмы информирования о требованиях национальных систем регулирования в этих государствах, которые будут импортировать нашу продукцию.

Еще раз подчеркну: названные меры и другие стимулирующие мероприятия должны вводиться с пониманием того, что обращение безопасной и качественной медицинской продукции – это, прежде всего, вопрос здоровья и благополучия наших граждан. Это не значит, что здесь должны применяться какие-то другие технологии, какие-то сложные бюрократические подходы, наоборот, нужно все упрощать, это очевидно, но все-таки с пониманием того, что речь идет о здоровье наших людей.

Медицина работающего человека

Ее состояние обсудили на заседании правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан

Министр здравоохранения Российской Федерации
Вероника Скворцова

Государственным приоритетом в России является демографическая политика, и за последние годы удалось достичь определенных положительных результатов, прекратить двадцатилетнюю убыль населения страны. Во многом это стало возможным благодаря улучшению здоровья людей трудоспособного возраста.

В 2013 году смертность трудоспособного населения снизилась на 31,3% по сравнению с 2005 годом, когда она была максимальной в новой российской истории. Следует отметить, что смертность снижалась при всех основных заболеваниях и сопровождалась увеличением выявляемости заболеваний, что по критериям ВОЗ характеризует эффективное развитие здравоохранения в стране.

Своевременное выявление и оказание медицинской помощи населению обусловило ежегодное сокращение численности граждан, признанных инвалидами в трудоспособном возрасте. За последние два года на 14% снизилось количество таких инвалидов.

Необходимо подчеркнуть наличие достоверных различий в показателях смертности мужчин и женщин трудоспособного возраста. Так, у мужчин смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин в 4,8 раза превысила аналогичные показатели смертности у женщин, от онкологических заболеваний – более чем в 2 раза. Анализ таких различий показывает, что примерно в 50% случаев они обусловлены нарушением здорового образа жизни у мужчин: табакокурением, злоупотреблением алкоголем, неправильным питанием, гиподинамией. Около 10% потерь связано с производственными вредностями, которые приводят к развитию профессиональных заболеваний и ускорению формирования хронических неинфекционных заболеваний. Всего в производствах, связанных с вредными производственными факторами, задействовано около 35 млн человек. Ежегодно с 2006 года осматривается более 85% из них (около 30 млн человек). Таким образом, за восемь лет осмотрено более 240 млн человек.

В 2013 году только для выявления онкологических заболеваний было обследовано более 17 млн человек. Доля работающих во вредных и опасных условиях труда, не отвечающих гигиеническим нормативам, составляет более 29%. Прежде всего, на предприятиях по добыче полезных ископаемых – 46%. Здесь работают в условиях, вредных для здоровья: на предприятиях по производству и распределению электроэнергии – 34%, в обрабатывающих производствах – 33,5%, на транспорте и в связи – 27,7%, в строительстве – почти 22%.

Правовым механизмом установления связи заболевания с профессией является утвержденный перечень профессиональных заболеваний, который включает 190 нозологических форм, в том числе острые и хронические интоксикации, заболевания опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, нервной систем, заболевания органов дыхания и другие. В 2013 году зарегистрировано 162 тысячи случаев профессиональных заболеваний.

Ежегодно число новых случаев составляет от 6 до 8 тысяч. Работники, занятые на производстве с преимущественным влиянием химических факторов, чаще страдают бронхитами, интоксикациями, бронхиальной астмой, болезнями кожи; работающие в условиях неблагоприятных физических факторов – заболеваниями органов слуха, опорно-двигательного аппарата, различными формами патологий периферической нервной системы. Среди лиц с повышенной интеллектуальной нагрузкой и монотонностью труда выявляются заболевания сердечно-сосудистой системы и нервной системы.

В структуре профессиональной заболеваемости преобладают заболевания, связанные с воздействием физических факторов и с физическими перегрузками, перенапряжением отдельных органов и систем. Особую тревогу вызывает то, что у 16,5% работников впервые зарегистрировано два и более профессиональных заболевания, 17,5% работников в связи с профессиональными заболеваниями имеют инвалидность, в том числе 8,7% женщин.

Полученные данные направлены Минздравом России в Роспотребнадзор для осуществления необходимых контрольных и надзорных мероприятий.

Как уже отмечалось, профессиональные вредности не только способствуют формированию профессиональной патологии, но и вызывают ускорение развития иных хронических неинфекционных заболеваний. Поэтому в 2006 году в приоритетный национальный проект «Здоровье» была введена дополнительная диспансеризация отдельных категорий работающих граждан. Охват диспансеризацией с 2006 по 2012 год составлял от 3 до 6 млн человек в год. С 2013 года мы перешли на широкомасштабную диспансеризацию, в рамках которой было осмотрено более 20 млн человек трудоспособного возраста. В результате не только были выявлены заболевания, по поводу которых назначено лечение, но и сформирована группа лиц (около 26% всех обследованных), которые являются практически здоровыми, но имеют высокий совокупный риск развития неинфекционных заболеваний и внезапной сосудистой смерти, в том числе 39,5 тысячи работающих людей с нарушениями дыхательной системы вследствие табакокурения, 40 тысяч злоупотребляющих алкоголем и 486 тысяч с нарушениями пищевого статуса, в том числе 109 тысяч лиц с ожирением.

Развитие системы охраны здоровья работающих граждан потребовало совершенствования нормативно-правового регулирования, были пересмотрены приказ о национальном перечне профессиональных заболеваний, порядок оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях; утверждены порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, требования к организации и выполнению работ при оказании различных видов медицинской помощи и медицинских освидетельствованиях.

В настоящее время совместно с медицинским сообществом разработан новый порядок проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников с вредными условиями труда, из которого исключены дублирующие процедуры, проводимые в рамках широкомасштабной диспансеризации, а также сокращены медицинские противопоказания к допуску граждан на работу, в том числе инвалидов по слуху.

> Основную работу по оказанию специализированной медицинской помощи больным, страдающим профессиональными заболеваниями, экспертизе профессиональной пригодности и установлению связи заболеваний с профессией, а также мониторингу состояния здоровья выполняют 85 центров профпатологии, находящихся в ведении различных федеральных органов исполнительной власти и субъектов РФ

Все перечисленные вопросы рассматриваются российской трехсторонней комиссией. Помимо общесоматических стандартов и клинических протоколов, разработано 18 стандартов и протоколов ведения специфических профессиональных заболеваний.

В целях формирования единой системы оказания медицинской помощи работающим и лицам, страдающим профессиональными заболеваниями, при Минздраве России введена должность главного внештатного специалиста-профпатолога, который обеспечивает взаимодействие с ведущими специалистами по профессиональным патологиям субъектов РФ в рамках действия профильной экспертной группы.

Созданная система главного внештатного специалиста позволяет на экспертном уровне вести организационно-методическую работу, а также профессиональную информационную деятельность на специально созданном портале «Здоровье работающих», размещенном на сайте Минздрава России.

Основную работу по оказанию специализированной медицинской помощи больным, страдающим профессиональными заболеваниями, экспертизе профессиональной пригодности и установлению связи заболеваний с профессией, а также мониторингу состояния здоровья больных с установленным диагнозом профессионального заболевания выполняют 85 центров профпатологии, находящихся в ведении различных федеральных органов исполнительной власти и субъектов РФ. Надо отметить, что нам удалось повысить укомплектованность данных центров медицинскими кадрами на 9%, увеличив долю врачей и профпатологов более чем на 19%. Соответственно увеличилось число пролеченных пациентов. Вместе с тем лишь два из трех случаев профессиональных заболеваний выявляются в рамках профилактических медицинских осмотров, а каждый третий случай – лишь при активном обращении работающих за медицинской помощью. Это приводит к несвоевременному установлению диагноза и формированию хронических форм заболеваний.

Для координации работы всех центров профпатологии необходимо придание статуса головного федерального медицинского центра одному из профильных медицинских учреждений, как это было до 1990-х годов и себя полностью оправдало.

Активная работа федерального центра позволит повысить эффективность борьбы с производственными факторами, приносящими вред здоровью человека, а также своевременно выявлять и лечить формирующиеся заболевания на ранних стадиях. Основой для этой работы должен стать единый регистр вредных производственных факторов и лиц, страдающих производственными заболеваниями. Задача по созданию единого регистра поставлена глобальным планом Всемирной организации здравоохранения по охране здоровья работающих на период с 2008 по 2017 год. Введение такого регистра позволит не только повысить качество и эффективность мониторирования здоровья работающих, но и избежать дублирования финансового обеспечения медицинской помощи работающим из федерального бюджета и фонда ОМС.

В 1923 году был создан Институт медицины труда, который на протяжении десятилетий успешно справлялся с координацией всей деятельности в сфере производственного здоровья и профессиональной патологии. В настоящее время этот институт работает в ведении Федерального агентства научных организаций. Необходим пересмотр функций института и механизмов их обеспечения, а также более активное вовлечение института в практическую деятельность. Нам представляется, что это учреждение должно стать главным учреждением по профпатологиям и возглавить всю систему 85 центров, имеющихся в нашей стране, фактически быть соединенным с методическим аппаратом главного внештатного специалиста Минздрава России.

Представленные меры, как мы считаем, будут способствовать совершенствованию оказания медицинской помощи работающему населению, что повысит и качество, и продолжительность жизни работающего населения, репродуктивное здоровье и в целом позитивно отразится на демографической политике страны.

Здоровье детей

В Министерстве здравоохранения РФ прошла публичная декларация целей и задач на 2014 год. Как улучшить показатели здоровья детей и подростков?

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ
Елена Байбарина

Основным целевым показателем по этому разделу работы Министерства здравоохранения РФ является младенческая смертность. Указом Президента России установлен ее целевой показатель, который должен быть достигнут к 2018 году. Он составил 7,5 промилле на тысячу родившихся живыми. Аналогичный показатель на 2013 год был 8,2 промилле. Нам удалось достигнуть этого уровня. При этом индикатор на 2014 год – 8,1 промилле. Министерство здравоохранения РФ предпринимает целый ряд мер, чтобы он стал реальностью.

В приоритете – высокий охват дородовой или пренатальной диагностикой. Он должен составлять не менее 45% от числа женщин, поставленных на учет в первом триместре беременности. Более того, названный показатель будет корректироваться в сторону увеличения каждый год по мере расширения программы по новому алгоритму диагностики. Охват неонатологическим и аудиологическим скринингом должен быть не менее 95%. Следующее – охват профилактическими осмотрами детей до 17 лет, на 2014 год он запланирован в количестве не менее 18 миллионов человек, а это не менее 70% популяции детей. Охват диспансеризацией детей-сирот намечен на уровне 97%.

Не случайно выбраны в первую очередь мероприятия, направленные на улучшение состояния здоровье новорожденных. Именно они серьезно могут повлиять на формирование младенческой смертности, как и смертности детей до 5 лет. Научные исследования свидетельствуют, что 38% смертности детей до 17 лет приходятся на состояние здоровья детей в этом периоде.

На 67-й сессии Всемирной ассамблеи ВОЗ в Женеве также анализировалось, почему основной цели развития тысячелетия, связанной со снижением младенческой смертности, не удается никак достичь во многих странах мира. Между тем Россия добилась существенного снижения младенческой и материнской смертности. В результате ВОЗ предложен новый план – «Последний рывок». Он касается здоровья каждого новорожденного.

Какие перемены ожидаются в 2014 году

В этом году еще пять субъектов РФ вступят в программу по пренатальной диагностике. Она продолжит финансироваться во всех 77 субъектах РФ, которые участвуют в этом проекте. И хотя реализация программы началась недавно, она уже доказала свою эффективность. Младенческая смертность от врожденных аномалий с 2011 года снизилась на 17,2%. В 2012 году тенденция сохранилась и еще уменьшилась на 12,1%, а за 9 месяцев прошлого года – уже на 16,1%.

Ежегодно благодаря неонатальному скринингу выявляется более 1000 больных малышей. Особенно ценно, что диагностируются те заболевания, которые не имеют клинической картины в первые дни жизни. Но при раннем лечении они позволяют избежать смертности и тяжелой инвалидности. Благодаря этому ежегодно удается спасти более 100 детей или избавить их от тяжелой инвалидности. В 2014 году таких детей насчитывается уже 338.

Значимые результаты также дает аудиологический скрининг. Он проводится в родильных домах. В этом году обследование пройдет более 95% родившихся детей. Во всем мире такой высокий показатель аудиологического скрининга считается индикатором хорошо работающей системы здравоохранения. К сожалению, довести его до 100%-го охвата невозможно. И тому есть ряд объективных причин. Хотя с помощью аудиологического скрининга выявляется, что примерно 35–40% детей имеют проблемы со слухом. При этом около 5 тысяч из них страдают выраженными нарушениями слуха и примерно 1 тысяче требуется проведение кохлеарной имплантации. Сам цикл лечения таких детей очень логично выстроен. Сначала – своевременное выявление, затем проведение операции кохлеарной имплантации, дальше – проведение реабилитации. Надо признать, что пока существуют проблемы именно с реабилитацией таких детей. Но в 2014 году открывается два лечебных учреждения, где будут не только проводиться операции по кохлеарной имплантации, но и обеспечиваться реабилитация. В дальнейшем и замена речевых процессоров. Это Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Центр для детей (с нарушением слуха) Минздрава России. В ближайшее время они вступят в строй и замкнут систему оказания помощи, сделав ее очень эффективной.

Строительство перинатальных центров в Российской Федерации

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 года № 2302-р утверждена Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации, предусматривающая строительство в 2013–2016 годах
32 перинатальных центров в 30 субъектах Российской Федерации

И вновь о диспансеризации

В 2013 году диспансеризацию прошли 978 тысяч детей, находившихся в стационарных медицинских учреждениях, проверено состояние здоровья у 235 тысяч детей-сирот. Сказать, сколько детей из этой группы должны были пройти все исследования, невозможно. Часть детей-сирот обрели новых родителей, а значит, в отношении них действует закон, оберегающий тайну усыновления. В этом случае действует добровольно-заявительный характер прохождения диспансеризации. То есть если родители со своими детьми пришли в поликлинику для прохождения углубленной диспансеризации, то детей обязаны обследовать. Но никто не вправе принуждать родителей привести приемных детей для прохождения диспансеризации.

Теперь о проведении профилактических осмотров детей до 17 лет. На 2013 год был установлен план в 10 млн детей. Несмотря на то что профилактические осмотры начались несколько позже, чем планировалось (нормативные документы приняты были только в мае), в прошлом году удалось обследовать 14,1 млн детей. Благодаря современной диагностике было выявлено очень много патологических состояний. Соответственно, своевременно начато лечение. Показательны и результаты диспансеризации: 25,8% обследованных относятся к группе совершенно здоровых, у всех остальных выявлены какие-либо патологии. Тем не менее 85% детей здоровы или условно здоровы, то есть их заболевания могут быть вылечены, если медики и родители будут заниматься оздоровлением таких детей. Это обнадеживающий показатель. Кстати, он лучше, чем тот, который был, когда осматривались 14-летние подростки. В то же время выявлено намного больше серьезных патологий. Надо сказать, что впервые мы внедрили и запустили систему электронного мониторинга результатов диспансеризации. И это позволяет нам практически в режиме реального времени следить за тем, как в субъектах РФ идет обследование детей. Эта система раскрывает данные как о выявленных заболеваниях, так и о назначенном лечении, а в последующем – о проведенном лечении. Это принципиально. Мало просто выявить заболевание, надо добиваться, чтобы ребенок получил необходимое эффективное лечение. В 2014 году 108 тысяч детей были осмотрены в стационарных учреждениях, 50 тысяч – в семьях. Всего профилактическими осмотрами охвачено 3,7 млн детей. Названный масштаб успешно выполненной работы позволяет нам надеяться, что план на 2014 год – 18 млн – тоже удастся выполнить.

Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела

Следующий раздел работы – выхаживание малышей с экстремально низкой массой тела. Об этом много говорится и пишется. Это труднейшая работа. Она идет достаточно неплохо, выживаемость таких детей повышается. Из федерального бюджета выделяются средства для покупки новейшего оборудования для выхаживания недоношенных детей. В 2014 году будут кардинально переоснащены две клиники: Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета. Выбор на клиники этих учебных заведений пал не случайно. В них направляются тяжелобольные дети, поскольку они являются своего рода учебно-методическими центрами. А для Министерства здравоохранения РФ очень важно, чтобы новые технологии тиражировались и внедрялись в практику регионов. И лучше всего это сделают учебные заведения.

Не менее сложный раздел – развитие неонатальной хирургии. Мы сейчас активно занимаемся территориальным планированием. Специалисты Минздрава России не считают, что неонатальная хирургия должна развиваться в каждой детской больнице, в каждом небольшом городе. В 2014 году специальной аппаратурой оснащаются Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова и Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии в г. Пензе. Это также учебно-методические центры.

Строительство перинатальных центров идет полным ходом. Мы надеемся, что первый из них будет завершен в этом году, а в начале 2015 года примет первых маленьких пациентов. Чтобы новые центры заработали с максимальной отдачей, мало их построить, нужно их обеспечить высококвалифицированными кадрами. Помимо привычных методик повышения квалификации, преподавания, Министерство здравоохранения РФ поддерживает и развивает симуляционно-тренинговую систему подготовки. Для этого создаются симуляционные центры практически в каждом субъекте РФ. Они оснащаются сложными манекенами-биороботами. За этими современными технологиями будущее. В 2014 году открываются четыре симуляционных центра: в городах Благовещенке, Чите, Владивостоке, Кемерово.

В 2013 году 79 тысячам детей была оказана высокотехнологичная медицинская помощь. В 2014 году установлен более высокий плановый показатель – 85 тысяч.

Кроме строительства перинатальных центров, чтобы добиться еще большего снижения младенческой смертности, идет развитие инфраструктуры лечебных учреждений в рамках адресной инвестиционной и региональных программ развития здравоохранения. В них включены детские больницы и реабилитационные центры. Министерство здравоохранения РФ самое пристальное внимание уделяет совершенствованию трехуровневой системы в региональном здравоохранении. В середине прошлого года была создана и запущена электронная система индивидуального мониторинга и анализа всех случаев детской смертности. Регулярно проводятся селекторные совещания для разбора случаев, закончившихся летальным исходом. За 3 месяца 2014 года красная линия младенческой смертности пошла вниз, достигнув показателя 7,7 промилле. И это не может не радовать.

ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Всероссийская Премия «ПЕРВЫЕ ЛИЦА»

Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ), академик РАН, доктор медицинских наук, профессор
Николай Володин

В конце прошлого года на ежегодном конгрессе Вы объявили о том, что у РАСПМ появилась собственная Премия, которая будет вручаться в этом году, и называется она «ПЕРВЫЕ ЛИЦА» – Всероссийская Премия в области перинатальной медицины. С чем это связано и почему именно сейчас?

В последнее время вопросам состояния здравоохранения РФ уделяется большое внимание. Обсуждается и эффективность лечебной помощи, и ее доступность, и лекарственное обеспечение, и масса других вопросов. Обсуждая все эти вопросы и проблемы здравоохранения, мы обращаемся к проблеме профессионального уровня подготовки медицинских кадров. Я думаю, что эту тему нужно не только поддерживать при обсуждении, но и развивать. И говорить не только об условиях, в которых работают наши врачи, но и, самое главное, что они из себя на самом деле представляют. Говоря о специалистах, работающих в области перинатальной медицины, я хотел бы назвать их самоотверженными, преданными своему делу людьми, выполняющими профессиональную деятельность в непростых условиях, но с высокой отдачей. Подтверждением этих слов являются те кардинальные изменения, которые произошли в нашей стране за последние десятилетия в структуре перинатальной смертности, вообще младенческой смертности. За последнее десятилетие показатель младенческой смертности в России снизился более чем на 50%. Только за первую половину 2014 года показатель младенческой смертности снизился до 7,5‰, по сравнению с 2013, когда он был на отметке 8,4‰. На мой взгляд, это достойно огромного уважения. На XIII Всемирном конгрессе по перинатальной медицине, который состоялся летом прошлого года, Президент РФ В.В. Путин особо отметил высокий профессионализм наших врачей, работающих в области перинатальной медицины. Тем не менее в средствах массовой информации среди широкой общественности о врачах перинатальной медицины говорят очень мало. Говорят о хирургах, о кардиохирургах, о нейрохирургах. Нам хотелось бы исправить эту несправедливость и «замолвить слово» о людях, которые встречают новых представителей нашего общества в первые секунды, мгновения их жизни. Мы посоветовались и получили поддержку и в профессиональном сообществе, и в Министерстве здравоохранения РФ. Выбрав самых достойных среди сообщества перинатологов, мы не только популяризируем ряд врачебных специальностей, но и отдаем должное незаметным, но очень значимым людям в нашем врачебном сообществе.

Почему было выбрано название Премии «ПЕРВЫЕ ЛИЦА»?

Первые лица – это те самые лица, которые встречают ребенка при рождении. На свет появляется не какое-то абсолютно не смыслящее живое существо, а подготовленный к вступлению в жизнь организм. Сейчас четко доказано, что во время беременности, если будущие родители уделяют большое внимание внутриутробному развитию ребенка: разговаривают с ним, нежно поглаживают его, обеспечивают ему комфортное состояние правильным питанием, музыкой, то ребенок воспринимает все это еще в утробе матери и рождается готовый радостно воспринимать новый мир.

Как родилась идея создания Премии физически, ведь она возникла не просто так?

Идея связана с великим русским педиатром, одним из основателей отечественной перинатальной медицины, академиком Вячеславом Александровичем Таболиным. Рабочее название Премии было связано именно с его именем. Когда мы разрабатывали структуру Премии, номинации, критерии оценки, стало понятно, что области интересов Премии охватывают науку, практику, администрирование и популяризацию достижений в области российской перинатальной медицины, тогда родилось название «ПЕРВЫЕ ЛИЦА». Нам понравилась такая игра слов в контексте Премии для акушеров-гинекологов, неонатологов, реаниматологов и др. специалистов перинатальной медицины. Тем не менее мы планируем связать специальную номинацию за выдающиеся заслуги в области перинатальной медицины с именем Вячеслава Александровича Таболина.

Я помню, что говорили о том, что идея создания совпала с 20-летием Ассоциации.

Весной этого года РАСПМ получила приз Национальной медицинской палаты в номинации для медицинских общественных организаций «Наш маяк». Действительно, в этом году исполняется 20 лет Ассоциации, и ее успехи неразрывно связаны с именами наших учителей: Виктора Васильевича Говрюшова, Вячеслава Александровича Таболина, Галины Михайловны Савельевой, Владимира Ивановича Кулакова – всех тех людей, которые, даже не будучи педиатрами, понимали направление развития медицинской науки вообще и перинатальной медицины в частности. Сейчас их последователи включают в свою профессиональную деятельность раздел неонатальной кардиохирургии, я имею в виду академика Лео Антоновича Бокерию, и перинатальной нейрохирургии – академик Александр Николаевич Коновалов. Благодаря их активному участию и нашей совместной работе мы имеем очень серьезные достижения в области нейрохирургии новорожденных и кардиохирургии по лечению врожденных пороков сердца.

Кто и зачем будет получать эту Премию? Как будет проходить оценка участников?

Мы объявили об этой Премии еще на Конгрессе РАСПМ в 2013 году, затем на празднике, посвященном Международному дню недоношенных детей. Вся информация опубликована на сайтах: www.raspm.ru, www.первые-лица.рф, созданы и работают Попечительский и Экспертный советы. Прием заявок начался в апреле 2014-го, закончился 30 июня 2014 года.

Мы намеренно выделили 3 месяца для того, чтобы поучаствовало максимальное количество специалистов – понимаете, люди-то у нас очень скромные, это их каждодневная работа, они выполняют свои функциональные обязанности, и всё. А то, что за этим стоит неимоверный труд, концентрация умственных, физических, психологических и интеллектуальных затрат, – это как-то уходит на второй план. За этой работой у них часто не хватает времени, чтобы проанализировать, что сделано действительно много.

В тех номинациях, где возможно самовыдвижение, мы получили около 50 заявок: есть заявки от коллективов врачей различных специальностей, перинатальных центров, образовательных учреждений, есть персональные заявки. Участники Премии работают в 29 регионах, причем качество работ, выдвинутых на соискание Премии – очень высокое. Экспертному совету придется нелегко, нам предстоит выбирать лучшего из лучших. И я сейчас говорю только о тех номинациях, где предполагается открытое участие. Например, кандидатов в номинациях «Персона года» и «Публикация года» выдвигают эксперты и информационные партнеры соответственно. Победители этих номинаций будут определены Экспертным советом после сведения результатов подсчета экспертных оценок. Я очень рад, что уже сейчас видно, что статуэтки Первой Премии создаются для достойных лиц, которые внесли серьезный вклад в развитие перинатальной медицины в России.

Когда вы планируете назвать победителей и будет ли у вас церемония награждения?

Вечером 23 сентября, во второй день IX Ежегодного Конгресса Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины, который пройдет традиционно в Москве, состоится церемония награждения победителей Первой Всероссийской Премии «ПЕРВЫЕ ЛИЦА». Церемония награждения будет проходить на борту великолепной яхты Radisson, под музыкальное сопровождение группы «Несчастный случай». Надеюсь, будет хорошая погода и участники церемонии смогут насладиться видами нашей столицы с открытой палубы. Приятная атмосфера, а самое главное, радость от встречи коллег и друзей, уверен, создадут настроение праздника, которого мы все заслуживаем.

Звучит интригующе. Но сможет ли яхта вместить всех желающих? Или предполагается закрытое мероприятие для небольшого количества гостей?

Мероприятие действительно будет закрытое, вход только по пригласительным билетам, которых всего 200 штук. Более того, церемония предполагает вечерний дресс-код, чтобы наши гости смогли продемонстрировать себя при полном параде. Гости – это в первую очередь, участники Премии, члены Экспертного и Попечительского советов, спонсоры и информационные партнеры, представители Министерства здравоохранения, под чьей эгидой проходит Премия. То есть все те, кто имеет непосредственное отношение к Премии «ПЕРВЫЕ ЛИЦА». Часть билетов мы предоставим наиболее активным членам нашей ассоциации, часть – главным внештатным региональным неонатологам. С сентября мы начнем процедуру приглашения гостей и будет открыта предварительная запись.

Что Вы ждете от Премии в будущем?

Я думаю, что эта Премия станет своеобразным стимулом для оптимизации и улучшения качества работы в будущем, дабы можно было участвовать в этом конкурсе, если не в этом году, то в следующем. А молодежь, увидев новых героев, еще больше проникнется проблемами перинатальной медицины и тоже вступит в наши дружные ряды на благо и решение тех проблем, которые стоят перед нами.

IX Ежегодный Конгресс специалистов перинатальной медицины

Современная перинатология: организация, технологии, качество

(к 20-летию Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины)

Москва, 22–23 сентября 2014 года

Гостиница "Рэдиссон Славянская" (Москва, Площадь Европы, 2)

Национальная Ассоциация Диетологов и Нутрициологов

Медицинское маркетинговое агентство
Medical Marketing Agency

Организаторы

- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Национальная Ассоциация диетологов и нутрициологов
- Федерация педиатров стран СНГ
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Департамент здравоохранения города Москвы
- Российская медицинская академия последипломного образования МЗ РФ
- Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева МЗ РФ
- Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова
- Национальная медицинская палата
- Ассоциация детских нейрохирургов России
- Московское общество акушеров-гинекологов
- Московское общество детских врачей
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Российская ассоциация медицинских сестер
- Медицинское Маркетинговое Агентство

Председатель Оргкомитета

Н.Н.Володин, Президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, академик РАМН, профессор

Научная программа

- Акушерская патология в практике перинатолога
- Новые репродуктивные технологии. Показатели здоровья новорожденных
- Оптимизация деятельности перинатальных центров
- Неонатальный скрининг
- Реанимация и интенсивная терапия новорожденных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела
- Питание здоровых и больных детей
- Энтеральное и парентеральное питание новорожденных детей различного срока гестации
- Хирургия плода и новорожденного
- Перинатальная нейрохирургия
- Выхаживание и реабилитация новорожденных детей с экстремально низкой массой тела
- Уход за новорожденными
- Перинатальная кардиология
- Перинатальные инфекции: профилактика, диагностика и лечение
- Перинатальная онкология, гематология и иммунология
- Бронхолегочная дисплазия
- Ретинопатия новорожденных
- Перинатальные поражения нервной системы
- Фармакотерапия беременной, плода, новорожденного
- Пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний
- Молекулярно-генетические, лабораторные и инструментальные методы диагностики в оценке и прогнозировании состояния плода и новорожденного
- Лучевая диагностика в перинатологии
- Правовые и этические проблемы в перинатологии
- Эффективность дистанционных методов диагностики, консультирования и обучения (телемедицина)

ВХОД НА ВСЕ ЗАСЕДАНИЯ – СВОБОДНЫЙ!

Выставка

В рамках работы Конгресса пройдет выставка производителей медицинской техники и оборудования, лекарственных препаратов и витаминов рецептурного и безрецептурного отпуска, средств для ухода за новорожденными и средств личной гигиены для беременных, продуктов детского и лечебного питания для беременных и кормящих матерей и др.

Спонсорское участие компаний в выставке и научной программе

Телефон/Факс: +7(495) 660-6004
E-mail: mvz@mm-agency.ru
Зейгарник Михаил Владимирович

Телефон: +7(495) 517-7055
Телефон/Факс: +7(495) 660-6004
E-mail: mtv@mm-agency.ru
Макарова Татьяна Владимировна

Дополнительная информация на сайте www.congress-raspm.ru

Здоровье будущего поколения

Здоровье нации определяется здоровьем ее детей. Неслучайно в РФ действует приоритетная национальная программа «Здоровье», одним из основных направлений которой является охрана материнства и детства

Доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории,
медицинский научный советник ООО «Нестле Россия»
Екатерина Бокерия

Активная политика государства в вопросе сохранения и улучшения здоровья будущего поколения, поддержка материнства и семейных ценностей, строительство и введение в эксплуатацию перинатальных центров позволяют решать крайне важные вопросы выхаживания глубоко недоношенных детей, лечение новорожденных со сложной патологией, обеспечивают снижение материнской и неонатальной смертности.

В 2013 году в России родилось 1 895 822 человека (13,3 на 1000 населения). Начиная с 2000 года рождаемость в РФ растет, однако до сих пор эта цифра не достигла уровня 80-х годов XX столетия (в 1987 году рождаемость составляла 17 на 1000 населения). Младенческая смертность в РФ значительно снизилась за последние 30 лет и, согласно данным министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой, составляла в 2012 году «чуть более 10 на тысячу родившихся детей». В структуре младенческой смертности преобладает смертность в неонатальном периоде, составляя более 60% от всех случаев смерти на первом году жизни. Успехи современной медицины позволяют женщинам с тяжелой соматической и акушерско-гинекологической проблемами планировать и вынашивать ребенка. Этот же факт одновременно приводит к росту числа недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. В России частота рождения недоношенных детей колеблется от 4 до 16%, с низкой массой тела – 0,2–0,3%, с очень низкой – 0,13–0,48%, с массой тела менее 1000 г – 0,3%. Основную часть структуры перинатальной смертности (около 75%) составляют дети с массой тела при рождении менее 1500 г. Среди выживших детей высок удельный вес хронической патологии и инвалидности: слепоты, детского церебрального паралича, умственной отсталости, бронхолегочной патологии. С другой стороны, дети, рожденные раньше срока, имеют не меньший потенциал интеллектуальных способностей, чем зрелые младенцы. Так, вес при рождении 1370 г не помешал Исааку Ньютону удивить мир законом всемирного тяготения, заложить основы классической механики и дожить до 84 лет. Величайший писатель Марк Твен родился на 32-й неделе беременности с весом 2268 г и за 75 лет своей жизни написал великолепные произведения, которыми зачитываются дети всего мира. Причиной слепоты великолепного музыканта Стиви Уандера, родившегося с весом 1950 г на сроке 33 недели, является ретинопатия недоношенных. В настоящее время с этим заболеванием при своевременной диагностике медицина научилась успешно бороться. Наполеон Бонапарт, Франсуа-Мари Аруэ Вольтер, Джордж Гордон Байрон, Чарльз Дарвин, Уинстон Черчилль родились раньше срока и оставили немалый след в истории человечества. И этот список можно продолжить. И прежде всего потому, что каждый ребенок является уникальным творением природы. 17 ноября в мире отмечается Международный день недоношенных детей (World Prematurity Day). Он был учрежден в 2009 году по инициативе Европейского фонда по уходу за новорожденными детьми (European Foundation for the Care of Newborn Infants, EFCNI). Этот день начал активно отмечаться в России и имеет важное значение не только для непосредственных «виновников» праздника, но и с просветительской точки зрения.

В 2013 году в России при поддержке компании «Нестле» стартовал уникальный проект «Рожденный раньше срока». Его задача – объединить усилия специалистов в оказании медицинской помощи таким детям на всех этапах – от пренатальной диагностики до реабилитации ребенка. При поддержке компании была организована одноименная выставка фотографий, изображающих детей, рожденных раньше срока, в разные периоды их жизни.

Компания «Нестле», как признанный эксперт в области здорового питания для взрослых и самых маленьких потребителей, делится своим опытом в области обеспечения здорового питания для детей, в том числе и рожденных раньше срока. Здоровье любого малыша во многом зависит именно от правильного и сбалансированного питания, особенно в случаях недостатка материнского молока. Среди продуктов «Нестле» есть такие, которые предназначены именно для недоношенных детей. Очень важно, что в ассортименте продуктов «Нестле» есть продукты, поддерживающие грудное вскармливание, к примеру обогатитель грудного молока PreNAN FM 85, позволяющий обеспечить особые потребности категории недоношенных детей и при этом сохранить возможность использования всех преимуществ грудного вскармливания. Также рекомендуется использовать в питании беременной женщины и кормящей матери такой продукт, как «Мама и я», помогающий сбалансировать их рацион и таким образом влиять на программирование здоровья ребенка с научно обоснованной точки зрения.

Государственная политика РФ направлена не только на снижение заболеваемости и смертности, но, что более важно, на профилактику хронической патологии. С точки зрения медицины и экономики важнее предупредить, чем лечить. В связи с этим в нашей стране реализуется целый ряд программ, направленных на улучшение здоровья детей и подростков, ежегодно проводится диспансеризация школьников. Избыточный вес в детском возрасте становится причиной артериальной гипертензии, сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза, ишемической болезни сердца. В связи с этим проблемы здорового питания населения (особенно детей) имеют колоссальное значение в профилактике заболеваемости и инвалидизации. Численность младенцев и детей раннего возраста (от 0 до 5 лет), имеющих избыточный вес или ожирение, во всем мире увеличилась с 31 миллиона в 1990 году до 44 миллионов в 2012 году. Одновременно с этим в мире растет число пациентов с гипотрофией при рождении и недостатком веса в последующем. В этой связи основы правильного здорового питания должны закладываться в младенчестве. Всемирная организация здравоохранения рекомендует исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев и последующее введение прикорма на фоне грудного вскармливания. Компания «Нестле» полностью поддерживает эту рекомендацию. Грудное вскармливание является «золотым стандартом» выхаживания недоношенных и новорожденных, а также залогом правильного питания в будущем. Материнское молоко идеально подходит новорожденному ребенку независимо от его гестационного возраста. Так, известно, что в 100 мл зрелого грудного молока содержится 1,1 г белка, в то время как в 100 мл молока женщины, родившей раньше срока, уровень белка достигает 1,8–2,0 г. Эта разница призвана компенсировать недостаток веса у недоношенного ребенка и сделать это наиболее рациональным с точки зрения природы способом. Белок является необходимой частью любой живой клетки. Адекватное потребление белка позволяет обеспечить физическое и интеллектуальное развитие ребенка. Избыток белка в рационе любого человека автоматически включает регуляторные процессы, направленные на превращение белка в жиры и/или гликоген. Данный вид метаболизма призван обеспечить и поддержать энергетические запасы человека. Доказано, что в случае голодания в первую очередь расходуются жиры и углеводы и только после этого происходит распад белка. Аминокислотный состав пищи является принципиальным вследствие наличия целого ряда «незаменимых» аминокислот. Обеспечение адекватного количества и качественного состава аминокислот является принципиальным как во внутриутробном, так и постнатальном периодах. Крайне важным является понимание того факта, что процесс роста плода и ребенка взаимосвязан и является непрерывным между внутриутробным и постнатальным периодом. Иллюстрацией растущих потребностей организма ребенка являются следующие цифры: потребности в белке у недоношенных с ЭНМТ в первые 14 дней жизни увеличиваются с 0,5 до 3,6–3,8 г/кг в день и рост энергетических затрат составляет от 35 до 130 ккал/кг в день. Недоношенные с низкой и экстремально низкой массой тела нуждаются в сбалансированном питании, которое может обеспечить грудное молоко. Положительные эффекты последнего на краткосрочные и долгосрочные перспективы выхаживания глубоко недоношенных детей доказаны. Неоценима роль материнского молока в профилактике некротизирующего энтероколита (НЭК), являющегося одним из самых грозных осложнений раннего неонатального периода у недоношенных детей. Кроме того, вероятность инфекции мочевыводящих путей, диареи и длительного использования антибактериальных препаратов снижается у детей, находящихся на грудном вскармливании. Однако многочисленные исследования продемонстрировали, что молоко женщин, родивших раньше срока, не всегда в полной мере может обеспечить адекватные нутритивные потребности ребенка с точки зрения белка и минеральных веществ. Учитывая непреложную значимость сохранения грудного вскармливания, были предложены обогатители материнского молока. Необходимость введения дополнительного белка и микронутриентов должна быть подтверждена соответствующими анализами и диагностическими методиками. Оценка азотистого обмена и кривой прибавки массы тела недоношенного ребенка, ребенка с задержкой внутриутробного развития и доношенного ребенка с тяжелой патологией являются незаменимыми в вопросе правильного выхаживания. Своевременное начало грудного кормления, ранняя и адекватная оценка потребностей растущего организма и минимально необходимое вмешательство в процесс вскармливания новорожденного ребенка любого гестационного возраста позволяют обеспечить необходимый баланс сил для правильного физического и интеллектуального развития.

Вопросы питания в выхаживании недоношенных и новорожденных детей имеют непреложное значение. Однако и дальнейшее развитие ребенка требует сохранения принципов здорового питания. И здесь важно подчеркнуть своевременность и правильность введения прикорма. Формирование желудочно-кишечного тракта ребенка не заканчивается к моменту рождения, а продолжается еще как минимум в течение первых 2 лет жизни. Правильная обработка пищи и введение необходимых продуктов в рацион ребенка позволяют избежать как проблемы избыточного веса, так и гипотрофии. Кроме того, на втором году жизни ребенку по-прежнему необходимы молочные продукты.

Важно помнить о необходимости консультации с врачом перед выбором продуктов докорма и прикорма. Например, при выборе молочной смеси нужно помнить о возможной пищевой аллергии, которую, в первую очередь, вызывают три продукта: белок коровьего молоко, яйца, орехи. Во всех стандартных детских смесях присутствует белок коровьего молока. Кроме того, важно помнить, что аллергическую реакцию может вызвать любой «цельный» белок. Многочисленные исследования продемонстрировали, что дробление белка с отщеплением «аллергизирующих» компонентов является наиболее адекватным с точки зрения как профилактики, так и лечения аллергии. Предрасположенность к аллергии значительно повышается, если аллергия есть у родителей. Но в сегодняшнем мире риск развития аллергии существенно повысился и при отсутствии семейной предрасположенности. В таком случае лучшей профилактикой будет грудное вскармливание и отсутствие докорма. Если врач считает введение докорма обоснованным, необходимо обсудить с доктором введение гипоаллергенной смеси с доказанным клиническим эффектом. При этом важно понимать, что не все гипоаллергенные смеси соответствуют указанным свойствам. Гипоаллергенная смесь – это профилактическая (не лечебная!) смесь, которая дается здоровому ребенку. Особенно такая смесь показана детям, имеющим риск развития аллергии. Если у малыша уже есть аллергия, с врачом необходимо обсудить применение лечебных смесей. После 12 месяцев мама может продолжать гипоаллергенное питание с помощью молочка «NAN Гипоаллергенный 3».

Таким образом, преемственность в питании ребенка первых двух лет жизни, означающая постепенный переход от материнского молока на специальные виды детского молочка, является крайне актуальной и необходимой для будущего здоровья.

Крайне важным является тот факт, что прогноз для жизни и здоровья ребенка определяется на этапе закладки новой жизни и внутриутробного развития. В случае преждевременных родов адекватное развитие плода на всех этапах пренатальной жизни является залогом его успешного выхаживания. Генетическое программирование человека, осуществляемое на этапе зачатия, определяет его дальнейшую жизнь и здоровье. Одновременно известно, что влияние внешних факторов на генотип имеет колоссальное значение в развитии человека. Европейские критерии регистрации детей: 22 недели и 500 граммов, были приняты Россией 1 января 2012 года. Принятые показатели живорожденности требуют высококвалифицированной специализированной медицинской помощи на всех этапах выхаживания, начиная от момента рождения и заканчивая наблюдением ребенка на амбулаторном этапе после выписки из стационара. Преемственность и взаимодействие различных специалистов перинатальной медицины являются ключевыми факторами успеха выхаживания недоношенных и новорожденных с разнообразной патологией. Общепризнанным является факт «мягкого выхаживания недоношенных» с минимизацией болевых ощущений, стрессорных воздействий, созданием условий «оптимального комфорта». Вскармливание недоношенных и новорожденных с тяжелой патологией является одним из основных условий своевременной помощи. Все вышеперечисленные факторы успешного выхаживания определяют высококлассность специалиста, которого ребенок встречает в начале своего жизненного пути. Уровень квалификации специалиста перинатальной медицины во многом определяет качество дальнейшей жизни ребенка.

Компания «Нестле» высоко ценит знания и опыт профессионалов перинатальной медицины, которые помогают выхаживать и дают путевку в жизнь все новым поколениям детей в России посредством применения новейших технологий и образовательной работы среди населения. Именно поэтому «Нестле» поддерживает Всероссийскую премию «ПЕРВЫЕ ЛИЦА» и сердечно благодарит всех специалистов в области перинатальной медицины, помогающих детям расти здоровыми с первых дней!

Электронный регистр беременных

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» является головным учреждением региона по вопросам оказания медицинской помощи матери и ребенку – наиболее тяжелому контингенту беременных женщин Алтайского края, имеющих экстрагенитальную и акушерскую патологию

Главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», врач высшей квалификационной категории
Елена Ершова

Консультант акушер-гинеколог Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, кандидат медицинских наук
Ирина Молчанова

В последние годы в нашей стране почти на треть уменьшилось число женщин, благополучно заканчивающих беременность, а их состояние здоровья по сравнению с предшествующим десятилетием заметно ухудшилось.

Алтайский край характеризуется соматической и репродуктивной заболеваемостью населения, превышающей аналогичные среднероссийские показатели в 1,7 и 2,2 раза соответственно, что способствует осложненному течению беременности и определяет исход родов для новорожденного. Кроме того, край имеет сложную инфраструктуру оказания акушерской помощи, которую обуславливают региональные особенности: низкая плотность, обширная территория.

Инновационная технология в службе родовспоможения

Стремительное развитие информатики и телекоммуникаций создало базу для качественно нового направления в организации оказания медицинской помощи в регионе с низкой плотностью населения – создание электронного регистра беременных Алтайского края.

Разработанная группой авторов (А.А. Исаков, И.В. Молчанова, Е.Г. Ершова, О.В. Ремнева, Н.И. Фадеева) и имеющая государственную регистрацию программа для ЭВМ Автоматизированное рабочее место «Регистр беременных» (№ 2011614699 от 15 июня 2011 года) – современная компьютерная технология модернизации здравоохранения. Она представляет собой распределенную электронную базу данных, предназначенную для сбора информации обо всех беременных на региональном уровне с момента постановки на диспансерный учет в женской консультации и до родоразрешения.

Основными задачами АРМ «Регистр беременных» являются:

1. Формирование электронной базы данных всех беременных Алтайского края, вставших на диспансерный учет в женских консультациях.
2. Сортировка беременных по группам с учетом степени риска для дифференцированного подхода к процессу диспансерного наблюдения («наблюдаемые», «мониторируемые» среднего и высокого риска).

Эти задачи решаются путем обеспечения этапности оказания медицинской помощи матери и плоду с определением места и роли каждого ЛПУ в общей системе родовспоможения.

Программа включает в себя комплекс клинических, ультразвуковых и лабораторных критериев, каждому из которых присваивается определенный балл с учетом прогностической значимости (от 0 до 3). Исходя из максимального балла, беременные женщины выделяются в группы: наблюдаемые и мониторируемые среднего и высокого риска. Пациентки после родоразрешения включаются в завершенную группу.

«Наблюдаемые» пациентки ведутся в женской консультации по месту жительства согласно общепринятым стандартам. К ним относятся беременные низкого риска.

«Мониторируемые» – это беременные среднего и высокого риска. «Мониторируемые» пациентки высокого, а в ряде случаев – среднего риска нуждаются в очной консультации специалистов консультативно-диагностического отделения краевого Перинатального центра, остальным требуется разработка индивидуального плана диспансерного ведения, который и осуществляется с 2011 года в режиме офлайн в виде телеконсультаций.

Оценка и переоценка клинических и параклинических данных позиций «Регистра» в женских консультациях проводится трехкратно, согласно срокам скрининговых обследований: в 11–14, 18–21 и 30–34 недели беременности.

Более того, каждую беременную группы «мониторируемые» высокого риска обсуждают на еженедельном рапорте в режиме онлайн руководители амбулаторной службы краевого Перинатального центра с заведующими женских консультаций на местах.

Приоритетное направление деятельности «Регистра беременных» – мониторинг беременных со средним и высоким риском, поскольку именно эти женщины определяют сегодня уровень материнской, перинатальной смертности, рождение детей с пороками развития и перинатальной патологией, приводящей к инвалидизации с детства. Поэтому врачу так важно в самом начале беременности знать, какой из беременных женщин с большей долей вероятности грозит опасность неблагоприятного исхода и степень этого риска. Анализ факторов акушерского и перинатального риска с акцентом на их диагностическую и прогностическую значимость в баллах позволяет с ранних сроков беременности оценить вероятность неблагоприятных гестационных исходов и определить категорию риска перинатальных и материнских потерь.

Управление «Регистром беременных» ведется в режиме мониторинга, для обработки полученной информации применяются компьютерные технологии, в том числе использование системы диалога – прямая и обратная связь – на протяжении всей беременности. В постоянном режиме функционирует диалоговая система контроля с заключением и рекомендациями. Имеется возможность не только формирования базы данных, но и использования информации при последующих беременностях.

Основным критерием качества, характеризующим конечный результат, является отсутствие материнской смертности, снижение перинатальных потерь и заболеваемости от предотвратимых причин.

Критерий качества технологического процесса достижения конечного результата – полнота охвата системой «Регистра» всех беременных женщин.

Констатация фактов

Проведенный анализ работы акушеров-гинекологов Алтайского края в 2013 году в компьютерной программе автоматизированное рабочее место «Регистр беременных», внедренной на большей части территории, показал следующее.

«Регистр беременных» является эффективным инструментом по влиянию на частоту перинатальной смертности в регионе, о чем свидетельствует в два раза более низкий ее уровень на территории, обслуживаемой данной программой, по сравнению с медико-географическими зонами, не имеющими «Регистра».

Получен значимый эффект по влиянию на частоту тяжелых акушерских осложнений, которые в зоне действия «Регистра» отмечались в три раза реже, чем на остальной территории. Выбор рационального места родоразрешения пациенток, имеющих тяжелые акушерские осложнения (83,3–100% в зависимости от медико-географической зоны родоразрешены в условиях краевого Перинатального центра), характеризует не только высокую квалификацию кураторов: врачей акушеров-гинекологов консультативно-диагностического отделения КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края», но и соблюдение принципов маршрутизации на местах.

К сожалению, не выявлены возможности «Регистра» по влиянию на частоту преждевременных родов, в том числе ранних (22–27 недель беременности), приводящих к высокой частоте перинатальной смертности среди недоношенных новорожденных (75,2% среди них проживали в зоне обслуживания «Регистра»). Почти половина этих женщин находилась в группе «наблюдаемые», так как не имела клинико-анамнестических факторов риска невынашивания.

Автоматизированное рабочее место «Регистр беременных» получило высокую оценку комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации, работавшей в КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» в 2012 году, заслуженно отмечено директором Департамента по детству и родовспоможению Министерства здравоохранения Российской Федерации Е.Н. Байбариной, заместителем начальника Главного управления здравоохранения и фармацевтической деятельности Алтайского края по детству и родовспоможению В.М. Ушановой как инновационная технология в службе родовспоможения. Компьютерные технологии Программы модернизации здравоохранения положительно оценены губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным на коллегии Главного управления по здравоохранению и фармацевтической деятельности Алтайского края по итогам работы 2013 года.

КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края»

КГБУЗ «Перинатальный центр (клинический) Алтайского края» является учреждением третьего уровня по оказанию медицинской помощи матери и ребенку в Алтайском крае. В краевом Перинатальном центре оказывается специализированная консультативно-диагностическая и стационарная медицинская помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовый период, а также специализированная медицинская помощь новорожденным детям.

Перинатальный центр является базой для обучения студентов Алтайского государственного медицинского университета и для повышения квалификации работников здравоохранения, имеющих высшее и среднее медицинское образование по специальностям «акушерство и гинекология», «акушерское дело», «педиатрия-неонатология».

656019, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Попова, д. 29
Тел.: (3852) 43-84-01
E-mail: guzkpc@mail.ru
Сайт: http://perinatal.zdravalt.ru

Индивидуализированный уход, направленный на развитие

Наша совокупная задача на сегодняшний день – максимально профилактировать отдаленные нейросенсорные, когнитивные и поведенческие нарушения у детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ)

Главный врач БУЗ Воронежской области
«Воронежская областная клиническая больница № 1», врач высшей квалификационной категории
Александр Щукин

Заведующая педиатрическим стационаром БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», доктор медицинских наук, главный внештатный неонатолог Департамента здравоохранения Воронежской области
Людмила Ипполитова

В Воронежской области с 2006 года была начата реорганизация акушерско-гинекологической службы. В 2011 году введен в строй новый корпус Перинатального центра. Перинатальный центр (далее – ПЦ) входит в структуру Воронежской областной клинической больницы № 1 и определен как акушерский стационар III группы (высокой степени риска).

Еще совсем недавно мы не могли себе представить, что выхаживание недоношенных детей, родившихся на сроке гестации 25–27 недель, а тем более 22–24 недели, будет нашей ежедневной работой. Стремительный прогресс в разработке и внедрении в клиническую практику новейших видов искусственной вентиляции легких и других видов респираторной поддержки, широкое внедрение сурфактанта, парентерального питания, антибиотиков позволили существенно повысить выживаемость недоношенных детей и улучшить прогноз их дальнейшего развития. При этом не только совершенствуются высокотехнологичные методы диагностики и лечения, но и развивается направление гуманизации помощи, включающее создание температурного комфорта, ограничение воздействия света и шума, профилактику боли, позиционную поддержку и неинвазивный мониторинг, родительский уход.

Комплексный подход

В нашем стационаре внедрена, используется и постоянно совершенствуется программа индивидуализированного развивающего ухода и оценки развития новорожденных (NIDCAP). В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТ) обеспечить выполнение части данной программы, включающей профилактику гипотермии и боли, ограничение воздействия света и шума, защиту кожи, неинвазивный мониторинг, несложно, так как они материализованы и понятны медицинскому персоналу. Гораздо сложней отработать и использовать в выхаживании детей с ЭНМТ и ОНМТ позиционную поддержку, родительский уход и чтение знаков недоношенных. Все три направления очень тесно связаны между собой, и только совокупное их выполнение обеспечивает не только повышение выживаемости маловесных детей, но и более высокое качество жизни.

За счет незрелости нейромоторной функции у детей с ЭНМТ отсутствует физиологическое флексорное положение, возникающее в утробе матери под действием силы гравитации околоплодных вод. Позиционную поддержку осуществляем методом «гнезда» с различными укладками, но обязательным соблюдением флексорной позы, что создает условия для успокоения малыша, повышает физиологическую стабильность, способствует увеличению массы тела за счет уменьшения энергетических расходов, улучшает мышечный тонус. В отделении используем три основных положения ребенка (на боку, на животе, на спине) с соблюдением правил укладки:

Направление оси позвоночника должно соответствовать направлению взгляда ребенка.

Конечности располагаются симметрично относительно оси туловища в физиологической флексорной позе. Между ногами или под коленями в позе на животе или на боку прокладывается специальный валик.

Положение ребенка в «гнезде» меняется каждые три часа.

«Чудо-рука»

Постоянная работа над позиционными укладками недоношенных детей, изучение

данной проблемы, опыта ведущих европейских и мировых клиник позволили нам с 2013 года использовать Zaky. История Zaky началась в 2001 году, когда Ямайл Джексон (Yamile Jackson) родила сына Закари (Zachary) на три месяца раньше срока в медицинском центре Техаса (Texas Medical Center). А уже в 2004 году появился прототип Zaky (сокращение от имени Zachary) в виде подушки, больше похожей на набитую перчатку, которая используется не только в отделении реанимации новорожденных, но и на втором этапе выхаживания детей с ЭНМТ.

По всем параметрам Zaky очень похожа на ладонь и предплечье мамы. Она такая же мягкая, примерно соответствует по весу и размерам, ей можно придать определенную температуру и даже запах, изготовлена из мягкой гипоаллергенной ткани с начесом, не имеющей запаха, волокна на ее поверхности не скатываются в комочки. Подушка инертна к жидкостям, но ее можно стирать. «Чудо-рука» помогает успокоить малышей, положить их в определенном положении (например, на боку) и вообще сделать их сон крепче. Кстати, придать «руке» запах кожи матери очень просто, для этого ее необходимо некоторое время подержать на шее (около 2 часов). Запах мамы впитается, и ребенок ведет себя более спокойно. Отзывы о Zaky всегда положительные и у родителей, и у медицинского персонала.

Можно много говорить о достоинствах данной разработки, но хотелось бы отметить, что ни одно, даже самое лучшее, устройство не заменит ребенку родных людей, и особенно маму: тепло и запах ее тела, звук ее голоса. Поэтому используем Zaky в сочетании с методом «Кенгуру», суть которого заключается в ежедневном, от одного до нескольких часов в день, выкладывании детей на открытую поверхность груди мамы или папы. А главное предназначение «руки» – создать малышу иллюзию маминого присутствия.

Понять и помочь

Поведенческие реакции недоношенного новорожденного существенно отличаются от таковых у доношенного и зависят от гестационного возраста. Если у доношенного ребенка развита система саморегуляции, позволяющая ему успешно переносить умеренный стресс, то для недоношенного малыша характерно с первых часов жизни возникновение признаков дезорганизации не только центральной нервной системы, но и вегетативной. Находясь в стационаре, новорожденный подвергается избыточной, многокомпонентной негативной сенсорной стимуляции, которая не предусматривает обратной связи с ребенком, не подкрепляет взаимодействие по типу сигнал – ответная реакция. Поэтому в ОРИТ большое внимание уделяется изучению поведенческих реакций детей на различные манипуляции, процедуры, прикосновения к ребенку медицинским персоналом, родителями. На сегодняшний день создан фотоархив из порядка 1500 снимков позитивных признаков принятия и знаков недовольства, отторжения. Некоторые сигналы достаточно понятные и объяснимые, другие очень тонкие и плохо уловимые из-за тяжести состояния новорожденного. Проводят анализ полученных результатов, объяснение и рекомендации по уходу и выхаживанию, кроме врача реаниматолога, невролог и психолог. Самое главное, общаясь с ребенком и наблюдая за ним и его реакциями, медицинский персонал получает очень ценную информацию об изменении в его состоянии, учится общению с маленькими пациентами и помогает родителям понять малыша, успокоить его и создать ему наиболее комфортные условия пребывания в стационаре.

394064, г. Воронеж,
Московский пр-т, д. 151
Тел.: 8 (4732) 41-35-94
Факс: 8 (473) 241-35-91
E-mail: liippolitova@okb-vrn.ru,
hospital@okb-vrn.ru

Интраоперационный контроль гемостаза в акушерстве

Авторы: Главный врач ГБУЗ Свердловской области «Областная детская клиническая больница № 1», к.м.н.
Сергей Беломестнов

Профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета, д.м.н., научный консультант Областного перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ № 1»
Александр Куликов

Соавторы: Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, к.м.н., врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории
Андрей Жилин

Заведующий отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Областного перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», к.м.н.
Андрей Матковский

Врач анестезиолог-реаниматолог Областного перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», к.м.н.
Аким Быков

Распространенность послеродовых кровотечений (более 500 мл) в мире составляет примерно 6% от всех беременностей, а тяжелых послеродовых кровотечений (более 1000 мл) – 1,96%, и кровопотеря в акушерстве остается одной из главных проблем, определяющих показатели материнской и перинатальной заболеваемости и смертности в мире и в Российской Федерации. Усилия всех ведущих мировых организаций: World Health Organization, American Academy of Family Physicians, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – в первую очередь направлены на профилактику и лечение этого осложнения беременности и родов.

Врачи ОПЦ г. Екатеринбурга: к.м.н. А.А. Матковский, к.м.н. А.В. Жилин, к.м.н. А.С. Быков, И.А. Сафронов, к.м.н. Л.А. Матковская

К основным принципам оказания медицинской помощи пациенткам с кровопотерей в акушерстве, которые разработаны и внедрены в Областном перинатальном центре (ОПЦ) г. Екатеринбурга, относятся:

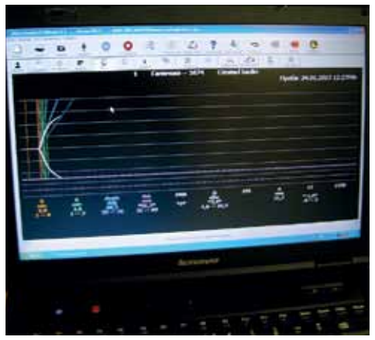
- **Организация:** выявление факторов риска развития массивной кровопотери и маршрутизация пациенток группы риска (отслойка плаценты (OR-13,0 <7,61–12,9>), предлежание плаценты (OR-12,0 <7,17–23,0>), многоплодная беременность (OR-5,0 <3,0–6,6>), преэклампсия/артериальная гипертензия во время беременности (OR-4,0), врожденные и приобретенные нарушения в системе гемостаза) на более высокий уровень оказания помощи.
- **Принцип «контроля за повреждением»:** внедрение и оптимизация поэтапного хирургического гемостаза:
  - ушивание повреждений мягких тканей;
  - ручное обследование полости матки;
  - вакуум-аспирация полости матки;
  - управляемая баллонная тампонада матки;
  - компрессионные швы на матку;
  - перевязка маточных артерий;
  - перевязка внутренних подвздошных артерий;
  - гистерэктомия.
- **Принцип «контроля за реанимацией»:** своевременная и эффективная технология поддержания жизнедеятельности в условиях массивной кровопотери и шока.
- **Принцип «контроля за гемостазом»:** своевременное выявление и коррекция острых нарушений гемостаза (коагулопатия, ДВС-синдром) во время родоразрешения и в послеродовом периоде.

При лечении массивной кровопотери в акушерстве чрезвычайно важно использовать методы опережения кровопотери: быстрый хирургический гемостаз, реинфузию крови, быструю диагностику коагулопатии и коррекцию факторами и концентратами факторов свертывания. Эти методы позволяют сократить время для коррекции анемии и коагулопатии на 40–60 минут по сравнению с традиционной практикой.

Обязательный контроль за гемостазом или коагуляцией во время интенсивной терапии кровопотери в последние годы вошел во все руководства и включает в себя,

Рис. 1. Работа аппарата для реинфузии крови в операционной ОПЦ г. Екатеринбурга

помимо пробирочных тестов (количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, МНО, АПТВ и ПДФ), проведение тромбоэластографии (ТЭГ). Несмотря на то что тромбоэластограф включен в перечень обязательного оборудования реанимационно-анестезиологических отделений (Приложение № 9 к Порядку оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 919н, и Приложение № 11 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации



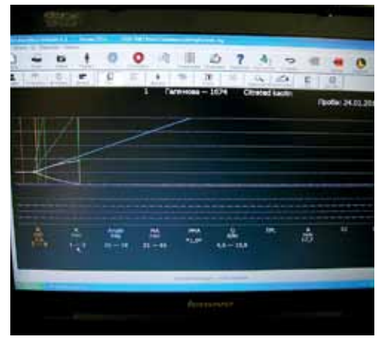


Рис. 3. Примеры записи ТЭГ (справа – выявлена гипокоагуляция)

Рис. 2. Тромбоэластограф TEG® 5000 в операционно-родовом блоке ОПЦ г. Екатеринбурга

от 1 ноября 2012 года № 572н.), понимание значения и внедрение этого метода исследования системы гемостаза есть далеко не всегда.

Для реализации принципа контроля за гемостазом необходима соответствующая подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов и акушеров-гинекологов по вопросам клинической трансфузиологии и гемостазиологии, поскольку именно эти специалисты должны в экстренной ситуации своевременно выявлять и корригировать острые нарушения в системе гемостаза (а не врачи-лаборанты, как это часто бывает). На кафедре анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП Уральского государственного медицинского университета за 3 года прошли профессиональную переподготовку по трансфузиологии 13 врачей ОПЦ, что и обеспечило теоретическую и практическую базу для реализации принципа контроля за гемостазом.

Интраоперационный контроль гемостаза осуществлялся при помощи тромбоэластографа TEG® 5000 (Haemoscope Corporation, США), который установлен в операционно-родовом блоке (*рис. 1*). Забор проб крови, исследование и интерпретация ТЭГ осуществлялись непосредственно анестезиологом-реаниматологом, что на 20–30 минут сокращало время получения информации (по сравнению с пробирочными тестами) и позволяло максимально быстро начать корригирующую терапию. Учитывая экстренность ситуации в условиях массивной кровопотери, оценивались только основные параметры ТЭГ: R – время, когда образец был перемещен в анализатор до момента образования первых нитей фибрина, K – время с момента начала образования сгустка до достижения фиксированного уровня прочности сгустка (амплитуды 20 мм), α – угол, построенный по касательной к тромбоэластограмме из точки начала образования сгустка, MA – максимальная амплитуда – характеризует максимум динамических свойств соединения фибрина и тромбоцитов и отражает максимальную прочность сгустка, LY30 – изменение площади под кривой ТЭГ в течение следующих за MA 30 минут – характеризует процесса лизиса сгустка. Результат выводился на монитор компьютера и распечатывался на бумажном носителе (*рис. 2, 3*).

За период 2011–2014 годов интраоперационно проведено 720 проб, и данная технология позволила использовать компоненты крови (СЗП, криопреципитат, тромбоцитарная масса), факторы свертывания крови (фактор VIIa – «Коагил») и концентраты факторов свертывания («Протромплекс-600»), с одной стороны, строго по показаниям, с другой – своевременно, в самом начале формирования коагулопатии.

Безусловно, успех в лечении массивной кровопотери в акушерстве зависит только от комплексного подхода, командной работы акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога, хирурга.

Внедрение технологии контроля за гемостазом, кровесбережения и органосохраняющей тактики позволило в 2 раза уменьшить количество переливаемых компонентов крови (СЗП, эритроциты) в ОПЦ г. Екатеринбурга и реализовать органосохраняющую тактику при массивных кровотечениях в акушерстве.

620149, г. Екатеринбург,
ул. Серафимы Дерябиной, д. 32
Тел.: (343) 240-57-80, 270-53-53
Факсы: (343) 240-58-01, 270-53-37
E-mail: odkb1@mail.ru,
zhilinodkb2012@gmail.com
Сайт: www.odkb.ru

Органосохраняющие малоинвазивные операции при различных формах эктопической беременности

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан существует уже больше 60 лет. Все эти годы больница решает самые сложные диагностические и лечебные проблемы. Создание в 2001 году Перинатального центра привело к развитию в Татарстане медицины плода, многие операции на плоде были сделаны впервые в России

Авторы: Руководитель Перинатального центра, заместитель главного врача по акушерско-гинекологической службе ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 КГМУ
Ильмира Галимова

Заведующая отделением ультразвуковой диагностики ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, доцент кафедры ультразвуковой диагностики КГМУ, к.м.н.
Лилиана Терегулова

Соавторы: Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №1 КГМУ, доктор медицинских наук, профессор
Албир Хасанов

Доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1 КГМУ, к.м.н.
Люция Эгамбердиева

Заведующая отделением гинекологии ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ
Наиля Тухватшина

Врач отделения рентгенохирургии ГАУЗ «РКБ» МЗ РТ, ассистент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии КГМУ, к.м.н.
Андрей Терегулов

Соавторы: обсуждение тактики лечения пациентки
Слева направо: Н.И. Тухватшина, А.Ю. Терегулов, А.А. Хасанов, Л.Д. Эгамбердиева

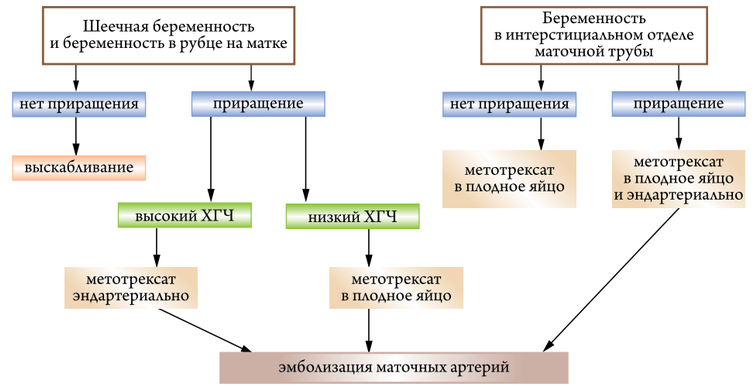
В Перинатальном центре за год на 100 койках происходит более 4500 родов и более 80% из них связаны с патологией матери или плода. Одними из первых в России в Перинатальном центре стали использовать рентгено-ангиографическую эмболизацию маточных артерий при приращении плаценты с целью профилактики массивного кровотечения в родах при кесаревом сечении перед экстирпацией матки. В настоящее время все беременные с приращением плаценты родоразрешаются здесь.

Наличие ангиографической установки и высококлассного ультразвукового оборудования позволило специалистам РКБ создать уникальную методику дифференцированного подхода к органосохраняющему лечению пациенток с самыми жизнеугрожающими формами аномального (эктопического) прикрепления плодного яйца: при шеечной беременности, беременности в рубце на матке после кесарева сечения и при беременности в интерстициальном отделе трубы.

Эктопическая беременность всегда была и до сих пор остается самой актуальной проблемой в оперативной гинекологии. В последние десятилетия отмечается рост случаев аномальной имплантации плодного яйца. С одной стороны, это связано с развитием и широким внедрением репродуктивных технологий, а с другой стороны – с широким применением таблетированных абортов. Так, беременности в интерстициальном отделе трубы часто возникают при ЭКО, а шеечные беременности – как осложнение таблетированного аборта. Рост кесаревых сечений приводит к росту числа беременностей в рубце на матке после кесарева сечения. Опасность этих форм эктопической беременности связана с тем, что в этих отделах матки нормальный эндометрий отсутствует, и хорион очень быстро прорастает предлежащие ткани и сосуды, сеть которых очень развита и в шейке, и по ребру матки до интерстициального отдела маточных труб. При этом сосуды расплавляются, сливаются в лакуны, затем образуются коллатерали между артериями и венами, и таким образом развивается единая плодово-маточная артериовенозная мальформация, которая в дальнейшем вовлекает в себя все сосуды матки. Попытка извлечь подобное плодное яйцо всегда приводила к смертельному кровотечению.

Внедрение диагностического ультразвука в гинекологическую практику позволило благодаря ранней диагностике этих состояний снизить смертность при этих формах беременности. Однако «золотым стандартом» при шеечной беременности была и до сих пор остается экстирпация матки, а при беременности в интерстициальном отделе

Алгоритм
органосохраняющего лечения при эктопической беременности



трубы – ампутация матки или в лучшем случае – широкая резекция угла матки. И в том, и в другом случае пациенткам грозит тяжелая инвалидизация.

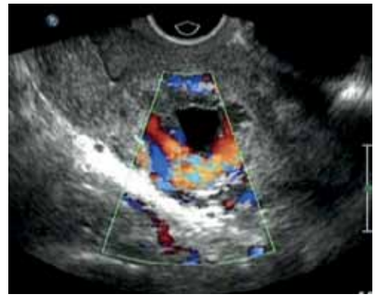
Развитие диагностических технологий, таких как УЗИ и рентгеновская ангиография, позволило начать поиск новых подходов к диагностике и органосохраняющему лечению при этих самых грозных осложнениях беременности раннего срока.

С 2009 года пролечено 12 пациенток с шеечной беременностью, 8 пациенток с беременностью в рубце на матке после кесарева сечения, 9 пациенток с беременностью в интерстициальном отделе трубы. Во всех случаях диагноз устанавливался на основании экспертного ультразвукового исследования с одновременным анализом уровня ХГЧ в крови беременной с аменореей от 7 до 10 недель. Алгоритм лечения сформировался в зависимости от результатов УЗИ и уровня ХГЧ в крови беременных.

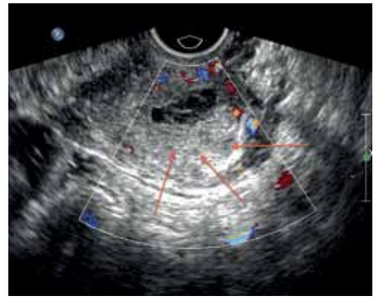
Шеечная беременность

При локализации плодного яйца ниже внутреннего зева устанавливался диагноз «шеечная беременность». В режиме серой шкалы и при цветовом доплеровском картировании (ЦДК) определялись признаки инвазии хориона и развития артериовенозной мальформации (А-В-мальформации), которые характеризуются резким утолщением хориона и усилением кровотока при ЦДК в хорионе и в предлежащей ткани шейки. В большинстве случаев хорион прорастал в серозную оболочку шейки. В этих случаях проводилась эмболизация маточных артерий и введение метотрексата в плодное яйцо под контролем УЗИ. Результат контролировался по УЗИ (исчезновение кровотока в хорионе) и по падению уровня ХГЧ в крови беременной при анализе каждые 3 дня в первую неделю после операции. Полное

Эхограмма шеечной беременности: визуализируется плодное яйцо с инвазивным ростом хориона в толщу шейки



Эхограмма шеечной беременности: при ЦДК определяется интенсивный кровоток в хорионе

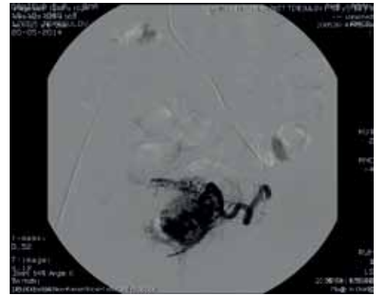


Эхограмма шеечной беременности после эмболизации маточных артерий: кровоток в хорионе не определяется

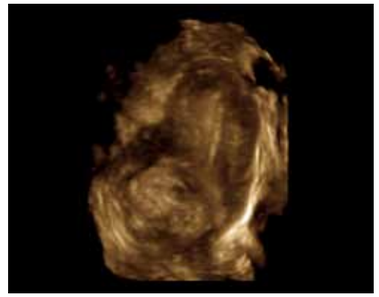
исчезновение плодного яйца наблюдалось на сроках от 3 до 6 месяцев после лечения. В случаях, когда плодное яйцо располагалось в шейке матки, но признаков приращения хориона не было (хорион был нормальной толщины с четкой границей с окружающей тканью шейки, с умеренным кровотоком в хорионе), проводилось одномоментное выскабливание плодного яйца.

Беременность в рубце после кесарева сечения

При локализации плодного яйца в рубце после кесарева сечения в большинстве случаев (7 из 8) наблюдалось приращение хориона с образованием А-В-мальформации к моменту диагностики. Плодное яйцо представляло гигантскую сосудистую опухоль диаметром до 5–7 см в нижней половине тела матки. Рубец и миометрий в нижнем сегменте не определялись. В этих случаях проводилась эмболизация маточных артерий, в зависимости от уровня ХГЧ у беременной перед эмболизацией внутриартериально вводили до 50 мг метотрексата. В одном случае при ангиографии было обнаружено, что плодное яйцо частично кровоснабжается ветвью пузырной артерии. Ангиографическая эмболизация этой ветви была невозможна, и было принято оригинальное решение провести ретроградную эмболизацию ветви пузырной артерии введением в нее эмболов через



Ангиограмма А-В-мальформации после малоинвазивного лечения беременности в рубце на матке



Эхограмма беременности в рубце после кесарева сечения

плодное яйцо трансвагинально под контролем УЗИ и ЦДК. В одном случае признаков патологической инвазии хориона не было, плодное яйцо было удалено без осложнений.

Беременность в интерстициальном отделе трубы

При локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы признаки патологической инвазии хориона с образованием А-В-мальформации были обнаружены у 4 беременных из 9. В этих случаях проводилась эмболизация маточных артерий с предварительным эндоартериальным введением метотрексата. В 5 случаях кровоток вокруг плодного пузыря был умеренный, этим пациенткам вводили метотрексат в плодное яйцо непосредственно под контролем УЗИ трансвагинально.

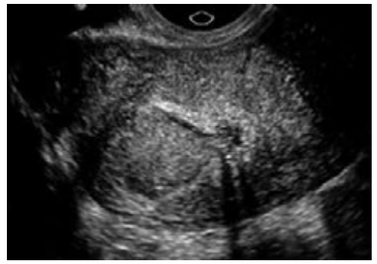
Во всех случаях всем пациенткам матка была сохранена. Аномально расположенное плодное яйцо с явлениями патологической инвазии в различных отделах матки после проведенного малоинвазивного лечения регрессировало в течение от 3 до 6 месяцев до полного исчезновения. В одном случае на месте плодного яйца осталась артериовенозная мальформация диаметром 25 мм, которая была успешно закрыта при повторной ангиографической эмболизации.

Новая методика, основанная на данных точного ультразвукового исследования, позволяет сохранить матку в самых опасных случаях патологического прикрепления плодного яйца. В настоящее время все беременные с аномалиями имплантации концентрируются в РКБ, где им с успехом проводятся органосохраняющие операции.

Уникальный случай кесарева сечения с сохранением матки при истинном приращении плаценты

Свободное владение методикой эмболизации маточных артерий при приращении плаценты при кесаревом сечении с последующей экстирпацией матки, ясное понимание процессов, происходящих при приращении

Эхограмма беременности в интерстициальном отделе трубы: плодное яйцо с инвазивным ростом хориона в толщу миометрия правого ребра матки



Эхограмма беременности в интерстициальном отделе трубы: плодное яйцо с инвазивным ростом хориона в толщу миометрия правого ребра матки после эмболизации маточных артерий

плаценты (образование артериовенозных, веновенозных и артериоартериальных шунтов между плацентой и окружающими материнскими тканями), а также собственный опыт наблюдения за регрессом плодовых фрагментов, оставшихся после консервативной элиминации патологической беременности, позволили провести в Перинатальном центре уникальную операцию кесарева сечения с сохранением матки при полном приращении плаценты (placenta percreta). У беременной с рубцом на матке было диагносцировано центральное предлежание плаценты. При ультразвуковом исследовании в Перинатальном центре у пациентки было обнаружено прорастание плацентой стенки матки в нижнем сегменте и верхней трети шейки матки. Плацента в этих отделах была резко утолщена. При ЦДК в плаценте были обнаружены расширенные лакуны и крупные сосуды с высокоскоростным кровотоком, проникающие из плаценты в миометрий и шейку. После извлечения новорожденного в результате корпорального кесарева сечения выше прикрепления плаценты была проведена тщательная эмболизация всех питающих матку и шейку матки сосудов, затем была отделена часть плаценты выше области приращения. Фрагменты приращенной плаценты в нижнем сегменте и в области внутреннего зева не отделялись, были прошиты матрасными швами и оставлены на своем месте. В течение 2,5 часов родильница наблюдалась в операционной, затем в реанимации, на 7 день без осложнений была выписана домой. Плацента отделилась через 2 месяца. В течение этого времени пациентку беспокоили выделения из послеоперационного рубца на передней брюшной стенке, выделения из половых путей были минимальные, слизистого характера. При фистулографии обнаружен свищ, соединяющийся с полостью матки. На следующий день после фистулографии из половых путей выпал фрагмент некротизированной плаценты приблизительно 80 × 60 мм. После отделения плаценты свищ самопроизвольно закрылся в течение трех дней. При ультразвуковом исследовании стали четко определяться и рубец в нижнем сегменте, и шейка матки в нижнем сегменте, которые до этого не определялись из-за приращенной плаценты. Корпоральный рубец определялся ближе ко дну матки, был спаян с передней брюшной стенкой, именно через корпоральный рубец через образовавшийся свищевой ход происходило опорожнение содержимого послеродовой матки. К моменту осмотра в полости матки определялись фрагменты шовного материала и небольшое количество жидкости. После бужирования цервикального канала содержимое полости матки самопроизвольно отделилось. Матка сократилась до нормальных размеров. Пациентка чувствует себя хорошо.

Таким образом, использование современных диагностических технологий УЗИ и рентгеновской ангиографии позволяет проводить малоинвазивные органосохраняющие операции в акушерстве и гинекологии, сохраняя репродуктивное здоровье женского населения.

420064, Республика Татарстан,
г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138
Тел.: (843) 237-35-76
Факс: (843) 237-35-78
E-mail: mz.rkb@tatar.ru
Сайт: http://www.rkbrt.ru

ВЫ должны УВИДЕТЬ это ПЕРВЫМИ!!!
Церемония награждения лауреатов
ПЕРВОЙ ПРЕМИИ В ОБЛАСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ
«ПЕРВЫЕ ЛИЦА»
В рамках конгресса РАСПМ
ПЕРВЫЕ ЛИЦА
Вход только по пригласительным билетам
Вечерняя форма одежды приветствуется
ТЕЛЕФОН ОРГКОМИТЕТА: +7 (495) 921 3523
САЙТ: ПЕРВЫЕ-ЛИЦА.РФ, PERVIE-LITSA.RU
E-MAIL: INFO@PERVIE-LITSA.RU
Учредители премии
Генеральный спонсор
Спонсоры
Генеральный информационный партнер
Информационные партнеры

Работа на результат

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 67 имени Л.А. Ворохобова Департамента здравоохранения города Москвы», д.м.н.
Андрей Шкода

Проведенная в 2014 году реорганизация ЛПУ г. Москвы позволила значительно улучшить материально-техническую базу акушерских учреждений и повысить уровень оказания медицинской помощи.

Расширение диагностических возможностей родильного дома № 1 за счет использования технического потенциала ГКБ № 67, в том числе возможность получения лабораторных данных в режиме онлайн, позволяет в кратчайшие сроки поставить диагноз и провести необходимые междисциплинарные консультации. Таким образом, на фоне увеличения в последние годы количества родов в столице, в том числе у беременных с экстрагенитальной патологией, на наш взгляд, объединение акушерских стационаров в состав многопрофильных больниц является стратегически правильным и позволяет улучшить качество предоставляемой помощи в такой сфере, как материнство и детство.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, заведующий филиалом «Родильный дом № 1» ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»
Николай Иванников

За 2013 год в филиале ГКБ № 67 родильном доме № 1 принято 7527 родов, что составило 6% от всех родов в столице. Это самый высокий показатель среди родильных стационаров СЗАО и второй по г. Москве. При этом качество оказания услуг остается на высоком уровне. Так, показатель перинатальной смертности составил 5,7 промилле, что на 33% ниже городского показателя (8,5 промилле; данные ДЗ г. Москвы, 2013 год). При этом частота кесарева сечения составила 18,8% и является самой низкой среди неспециализированных стационаров г. Москвы.

В современных условиях увеличение возраста беременных, и в первую очередь первородящих, сопровождается ростом экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений. За последние 5–7 лет значительно выросло количество родов крупным плодом, имеющих высокий риск травматизма и тяжелой перинатальной патологии. В связи с этим в последние годы увеличивается количество индуцированных (или элективных) родов, в том числе кесарева сечения, при развитии таких осложнений, как преэклампсия, гипоксия и синдром задержки роста. В свою очередь, рост кесарева сечения ведет к увеличению риска гнойно-септических осложнений, предлежания и вращения плаценты, требующих оказания высокотехнологичной и нередко междисциплинарной медицинской помощи, которая в полном объеме может быть оказана с использованием ресурсов ГКБ № 67.

Необходимым условием повышения квалификации сотрудников, внедрения современных методов диагностики, профилактики и лечения перинатальной патологии является совместная работа с кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Наша совместная работа позволила создать и внедрить современные алгоритмы ведения беременных с различной акушерской патологией, провести разработку ранних прогностических критериев неблагоприятных исходов у плода, обеспечить возможность раннего выявления плодов высокого перинатального риска (СЗРП, пороки и аномалии развития, внутриутробная асфиксия) и профилактики постнатальных осложнений.

Нельзя не подчеркнуть приоритетную роль отделения реанимации и интенсивной терапии в снижении перинатальной заболеваемости и смертности. Широкое использование искусственного сурфактанта, применение современных вентиляционных технологий и медикаментов позволяют добиться высоких результатов работы в условиях увеличивающегося количества родов в стационаре, в том числе преждевременных родов.

> Объединение акушерских стационаров в состав многопрофильных больниц является стратегически правильным решением

Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.
Павел Козлов

Несмотря на современные достижения в акушерстве и фармакотерапии, частота преждевременных родов составляет от 5 до 17% и определяет высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности. Устойчивой тенденцией последних лет является рост преждевременных родов, связанный с увеличением количества элективных прерываний беременности, в первую очередь в гестационной группе 34 (0) – 36 (6) недель (так называемые поздние преждевременные роды –ППР). Так, из 372 случаев преждевременных родов, произошедших в 2013 году в родильном доме № 1 ГКБ № 67, ППР составили 68,8%, и более 30% из них потребовали проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.

Учитывая высокую распространенность СДР новорожденных при ППР, необходимость оказания дорогостоящей медицинской помощи и отсутствие единой точки зрения на целесообразность проведения антенатальной профилактики СДР, мы провели анализ структуры заболеваемости новорожденных и определили группы риска по реализации постнатальных осложнений, в первую очередь СДР. Согласно результатам исследования, к группе высокого риска следует относить крупных для данного гестационного срока плодов с массой более 95 перцентиля, синдром задержки роста плода 2-й и 3-й степени и родоразрешенных путем кесарева сечения. По нашим данным, риск развития СДР при кесаревом сечении в 1,5–2 раза выше, чем при влагалищных родах, а из всех детей, переведенных в ОРИТ при ППР, более 30% родоразрешены оперативно. Проведение в течение последнего года профилактики СДР в указанных группах риска позволило снизить перинатальную заболеваемость в данной когорте новорожденных. А именно развитие СДР с 88,6 до 61,2%, длительность проведения ИВЛ с 5,5 ± 1,5 до 3,5 ± 1,5 дня и сроков госпитализации в ОРИТ с 6,0 ± 1,2 до 4,5 ± 1,5 дня. При этом проведение профилактики СДР плода перед кесаревым сечением снизило частоту постнатальных осложнений, требующих лечения в ОРИТ, более чем в 1,5 раза.

В настоящее время продолжается совместная работа по ряду перинатальных направлений, и мы надеемся на положительные результаты, в первую очередь снижение показателей заболеваемости как недоношенных, так и доношенных новорожденных.

Антенатальная профилактика синдрома дыхательных расстройств при поздних преждевременных родах

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии, заведующий филиалом «Родильный дом № 1»
ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ»
Николай Иванников

Профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.
Павел Козлов

Преждевременные роды продолжают оставаться важнейшей медицинской, социальной и демографической проблемой во всем мире и в значительной мере определяют перинатальную заболеваемость и смертность [1, 2, 5, 8, 11, 15, 22, 23].

Тенденция к росту преждевременных родов за последние 10–15 лет связана преимущественно с поздними преждевременными родами (ППР) в сроках 34^0–36^6 недель вследствие увеличение частоты многоплодных беременностей при использовании вспомогательных репродуктивных технологий, а также соматической патологии беременных и акушерских осложнений [3, 7, 12, 16, 17, 18, 20, 21]. На долю данной гестационной группы приходится приблизительно 50–73% всех преждевременных родов [6, 9, 14].

В структуре заболеваемости новорожденных преобладают дыхательные нарушения, в том числе синдром дыхательных расстройств. В то же время вопрос о целесообразности профилактики СДР плода после 34 недель беременности до настоящего времени остается дискутабельным. Согласно методическому письму Минздрава РФ и рекомендациям ВОЗ профилактику СДР плода следует проводить в сроках 24–34 недели беременности [4]. По рекомендациям Королевского общества акушеров-гинекологов Великобритании (RCOG) курс глюкокортикоидов должен проводиться всем пациенткам с угрожающими преждевременными родами в сроке 24^0–34^6 недели беременности [19]. В то же время Общество перинатальной медицины Малайзии считает необходимым продлевать сроки проведения глюкокортикоидной профилактики СДР до 36 недель беременности [10].

Таким образом, предполагается, что профилактика СДР плода глюкокортикоидами сохраняет свою эффективность и после 34 недель, но, учитывая низкую частоту СДР плода в эти сроки гестации, проведение ее без выделения групп риска реализации респираторных осложнений считается нецелесообразным.

В связи с этим целями исследования явились изучение эпидемиологии, анализ этиологических факторов и перинатальных осложнений при поздних преждевременных родах, а также выявление групп риска для целевой профилактики заболеваемости новорожденных.

Материал и метод исследования

Нами ретроспективно проанализированы 1092 случая поздних преждевременных родов за период 2007–2011 годов. На основании выявленных факторов риска реализации дыхательных расстройств 42 беременным в сроках 34^0–36^6 недель проведен курс профилактики синдрома дыхательных расстройств бетаметазоном («Дипроспан») в курсовой дозе 24 мг (12 мг внутримышечно через 12 часов). Исключены из исследования плоды и новорожденные с пороками и аномалиями развития, а также родившиеся в состоянии тяжелой асфиксии.

Результаты и обсуждение

По нашим данным, в структуре преждевременных родов более 50% составляют ППР, факторами риска которых являются первобеременные первородящие женщины (43,22% от всех ППР) и пациентки с отягощенным анамнезом в виде артифициальных абортов (34,89%). При этом частота преждевременных родов у повторнородящих составила 11,37%. Подтверждена негативная роль внутриматочных манипуляций и сопутствующих им воспалительных осложнений

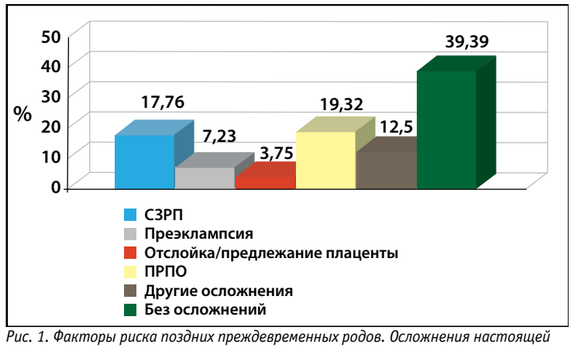


Рис. 1. Факторы риска поздних преждевременных родов. Осложнения настоящей беременности (собственные данные, n = 1092)

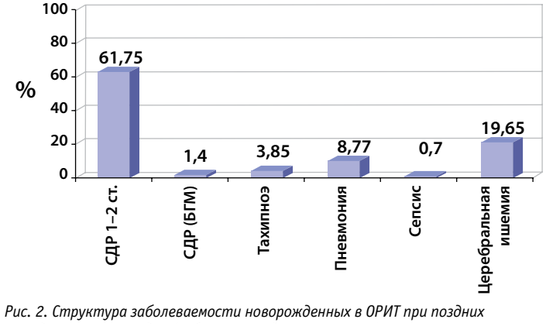


Рис. 2. Структура заболеваемости новорожденных в ОРИТ при поздних преждевременных родах (собственные данные, n = 285)

гениталий в патогенезе поздних преждевременных родов. Среди генитальных инфекций, связанных с преждевременными родами, особое значение имеют кандидозный кольпит (43,77%) и бактериальный вагиноз (20,1%), являющиеся одной из причин ПРПО, занимающего ведущее место среди акушерских осложнений при поздних преждевременных родах, наряду с преэклампсией, а также с СЗРП и патологией плаценты, частота которых в нашей когорте более чем в 2 раза превышала популяционную (*рис. 1*).

В структуре заболеваемости новорожденных при поздних преждевременных родах преобладают дыхательные расстройства, составившие около 30%, в том числе СДР и тахипноэ. Церебральная ишемия составляет около 6,5%, а реализованная внутриутробная инфекция – около 2,5%. При этом более половины всех детей при ППР госпитализируются в ОРИТ по причине СДР (*рис. 2*).

Мы проанализировали факторы риска реализации дыхательных расстройств, требующих проведения реанимации и интенсивной терапии (*рис. 3*).

К группе высокого риска по госпитализации в ОРИТ при ППР следует относить детей, рожденных путем операции кесарева сечения, а также с синдромом задержки роста плода и крупных к сроку гестации. Диагноз «синдром задержки роста плода (СЗРП)» ставили, когда масса плода была ниже десятого перцентиля для данного гестационного срока. Первая степень СЗРП соответствовала отставанию в массе от должной по сроку на 2–3 недели, СЗРП II – на 4–5 недель, СЗРП III – на 6 и более недель. Крупными плодами считали детей с массой более 95‰ для данного срока гестации.

Нами показано, что из всех детей, переведенных в ОРИТ при ППР, более 30% родоразрешены путем операции кесарева. При этом не менее 40% операций выполняются не в экстренном порядке, что позволяет провести профилактику постнатальной заболеваемости новорожденных.

Также к факторам риска госпитализации в ОРИТ следует отнести мужской пол плода. Из всех детей, рожденных при ППР, попавших в ОРИТ, 60% были мальчики.

В связи с тем, что основной причиной госпитализации в ОРИТ при ППР является СДР, мы предположили, что проведение профилактики СДР плода в данных группах высокого риска может снизить заболеваемость новорожденных.

При анализе влияния профилактики СДР плода на частоту госпитализации в ОРИТ среди детей, родившихся в ходе кесарева сечения, было показано, что курс глюкокортикоидной терапии перед операцией более чем в 2 раза снижал потребность в интенсивной терапии (*рис. 4*).

Достоверный положительный эффект был получен при проведении ГКТ при СЗРП II и III степени тяжести. Не получивших профилактики СДР детей (n = 62) госпитализировали в ОРИТ в 75,8% случаев, а тех, кому провели курс глюкокортикоидов (n = 11), – в 36,4% ($p < 0,05$) (*рис. 5*). У крупных плодов антенатальная профилактика СДР также позволяла существенно снизить необходимость интенсивной терапии в первые часы жизни. В группе без профилактики СДР (n = 52) частота госпитализации в ОРИТ составила 40,4%, в группе получивших профилактику (n = 10) – 20% (*рис. 6*).

Таким образом, проведение профилактики СДР при поздних преждевременных родах в группах высокого риска позволило снизить перинатальную заболеваемость в данной когорте новорожденных, а также необходимость в оказании им реанимационной помощи.

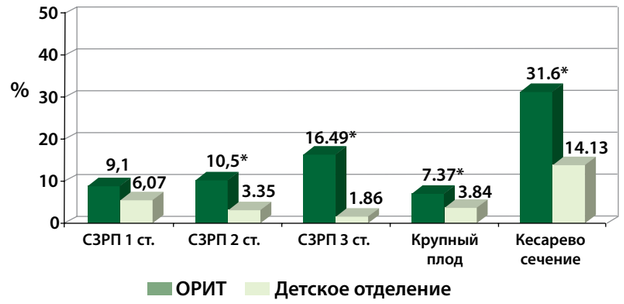


Рис. 3. Факторы высокого риска госпитализации в ОРИТ при поздних преждевременных родах (n = 285)
** p < 0,05 – по сравнению с госпитализированными в детское отделение.*

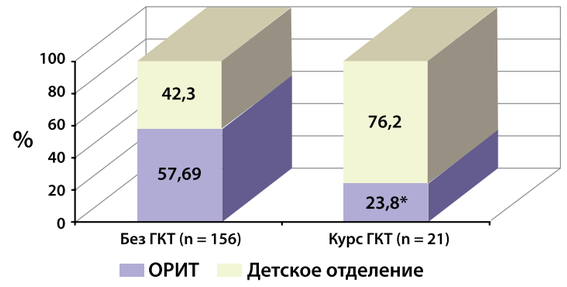


Рис. 4. Влияние курса профилактики СДР при поздних преждевременных родах на частоту госпитализации в ОРИТ при кесаревом сечении
** p < 0,05 – по сравнению с группой без профилактики РДС.*

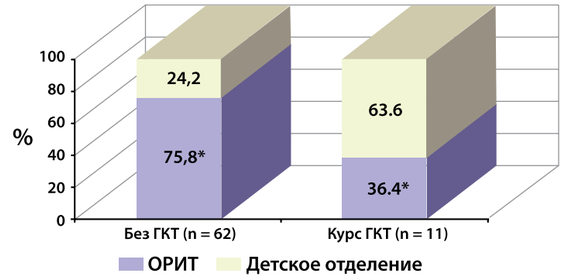


Рис. 5. Влияние курса профилактики СДР в 34/0–36/7 недель на частоту госпитализации в ОРИТ при СЗРП II и III степени тяжести
** p < 0,05 – по сравнению с группой без профилактики РДС.*

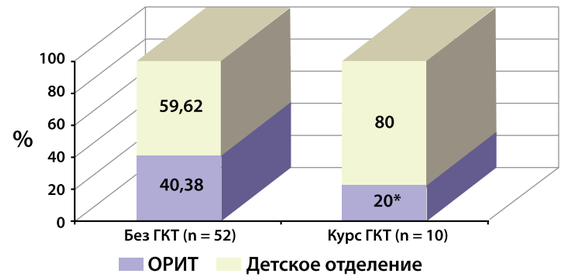


Рис. 6. Влияние курса профилактики СДР в 34/0–36/7 недель на частоту госпитализации в ОРИТ при крупных (>95‰) размерах плода для данного срока гестации
** p < 0,05 – по сравнению с группой без профилактики РДС.*

Список литературы:

1. *Кулаков В.И., Мурашко Л.Е.* Преждевременные роды. М.: Медицина, 2002. С. 5.
2. *Макаров О.В., Ганковская Л.В., Бахарева И.В., Кузнецов П.А., Карташов Д.Д.* Современные методы лечения при преждевременных родах. Российский вестник акушера-гинеколога, 2009. Т. 9. № 2. С. 29–34.
3. *Макаров О.В., Ганковская Л.В., Козлов П.В., Бахарева И.В., Романовская В.В., Кузнецов П.А.* Профилактика и ведение невынашивания беременности и преждевременных родов. Акушерство и гинекология, 2008. № 5. С. 19–24.
4. Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития «Преждевременные роды», 2011.
5. *Crump C., Winkleby M.A.*, Sundquist K., Sundquist J. Risk of diabetes among young adults born preterm in Sweden. Diabetes Care. 2011 May; 34(5):1109-13.
6. *Davidoff M.J., Dias T., Damus K., Russell R., Bettegowda V.R., Dolan S., Schwarz R.H., Green N.S., Petrini J.* Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992–2002. Semin Perinatol. 2006; 30: 8–15.
7. *Engle W.A., Tomashek K.M., Wallman C.*; Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. «Late-preterm» infants: a population at risk. Pediatrics. 2007 Dec; 120 (6).
8. *Escobar G.J., Greene J.D., Hulac P, Kincannon E., Bischoff K., Gardner M.N., Armstrong M.A., France E.K.* Rehospitalisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. Arch Dis Child. 2005; 90: 125–131.
9. Executive summary for Born too Soon: The Global action report on preterm birth. WHO, PMNCH, March of Dimes, Save the Children, 2012.Guideline on the use of Antenatal Corticosteroids to Prevent Respiratory Distress Syndrome. http://perinatal-malaysia.org/index.cfm?menuid=12&parentid=8.
10. *Kramer M.S., Demissie K., Yang H., Platt R.W., Sauvé R., Liston R.* The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. JAMA. 2000; 284: 843–849.
11. *Lubow J.M., How H.Y., Habli M., Maxwell R., Sibai B.M.* Indications for delivery and short-term neonatal outcomes in late preterm as compared with term births. Am J Obstet Gynecol. 2009 May; 200(5): P. 30–33.
12. *Ma X.L., Xu X.F., Chen C., Yan C.Y., Liu Y.M., Liu L., Xiong H., Sun H.Q., Lai J.P., Yi B., Shi J.Y., Du L.Z.* National Collaborative Study Group for Neonatal Respiratory Distress in Late Preterm or Term Infants. Epidemiology of respiratory distress and the illness severity in late preterm or term infants: a prospective multi-center study. Chin Med J (Engl). 2010 Oct; 123(20): 2776-80.
13. *Mally P.V., Bailey S., Hendricks-Muñoz K.D.* Clinical issues in the management of late preterm infants. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2010 Oct; 40(9): 218-33.
14. *McGowan J.E., Alderdice F.A., Holmes V.A., Johnston L.* Early childhood development of late-preterm infants: a systematic review. Pediatrics. 2011 Jun; 127 (6): 1111-24.
15. *Meloni A., Antonelli A., Deiana S., Rocca A., Atzei A., Paoletti A.M., Melis G.B.* Late preterm: obstetric management. J Matern Fetal Neonatal Med. 2010 Oct; 23 Suppl 3: 113-5.
16. *Moutquin J.M.* Classification and heterogeneity of preterm birth. BJOG. 2003; 110: 30–33.
17. *Oddie S.J., Hammal D., Richmond S., Parker L.* Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. Arch Dis Child, 2005; 90: 119–124.
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2010 Oct. 13 p. (Green-top Guideline; no. 7).
19. *Shapiro-Mendoza C.K., Tomashek K.M., Kotelchuck M., Barfield W., Weiss J., Evans S.* Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy" late preterm newborns. Semin Perinatol. 2006; 30: 54–60.
20. Sibai B.M. Preeclampsia as a cause of preterm and late preterm (near-term) births. Semin Perinatol. 2006; 30: 16–19.
21. *Talge N.M., Holzman C., Wang J., Lucia V., Gardiner J., Breslau N.* Late-preterm birth and its association with cognitive and socioemotional outcomes at 6 years of age. Pediatrics. 2010 Dec; 126 (6): 1124-31.
22. *Voltolini C. Torricelli M. Conti N., Vellucci F.L., Severi F.M., Petraglia F.* Understanding spontaneous preterm birth: from underlying mechanisms to predictive and preventive interventions. Reprod Sci. 2013 Nov; 20(11) :1.

Плод как пациент: резус-конфликтная беременность; синдром фето-фетальной трансфузии

Центр планирования семьи и репродукции является ведущим городским лечебно-профилактическим учреждением, осуществляющим оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с резус-сенсибилизацией, а также плодам и новорожденным с гемолитической болезнью с применением высокотехнологической медицинской помощи

Главный врач ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции Департамента здравоохранения города Москвы», врач высшей категории
Олег Латышкевич

ЦПСиР, являясь ведущим акушерским стационаром города, в течение 20 лет оказывает специализированную помощь пациенткам с иммуноконфликтной беременностью.

В составе ЦПСиР имеется консультативно-диагностическое отделение, где ведут прием высококвалифицированные врачи акушеры-гинекологи, к которым из женских консультаций города Москвы, Московской области, а также различных регионов страны направляются беременные с резус-сенсибилизацией. У большинства из этих пациенток развивается гемолитическая болезнь плода (ГБП). Диагностика гемолитической болезни плода основывается на результатах комплексного обследования состояния матери и плода, которое включает изучение анамнеза, определение титра резус-антител, эхографию с фето- и плацентометрией, исследование сердечной деятельности и биофизического профиля плода (БФПП), околоплодных вод, крови плода, полученной с помощью кордоцентеза. Тактика ведения беременности при иммунологической несовместимости крови матери и плода направлена на раннюю диагностику ГБП, выявление степени сенсибилизации, проведение лечебных мероприятий и определение оптимальных сроков родоразрешения.

ЦПСиР
Центр планирования семьи и репродукции

Главный акушер-гинеколог города Москвы, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, врач высшей категории
Александр Конопляников

Кордоцентез

Обследование беременных с указанной акушерской патологией в ЦПСиР целесообразно начинать с 20 недель гестации. Однако пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом (антенатальной гибелью детей от гемолитической болезни, рождением детей с тяжелыми формами этого заболевания) необходимо обращаться в центр уже в 18 недель. Именно на этом сроке специалисты центра при ультразвуковом сканировании могут выявить первые признаки гемолитической болезни плода, своевременно поставить диагноз. Однако более точным методом выявления ГБП и определения ее тяжести является исследование крови плода, полученной путем кордоцентеза – пункции пуповины. Эта диагностическая манипуляция производится врачами ЦПСиР в дневном стационаре с 24 недель беременности. Показаниями к кордоцентезу являются наличие ультразвуковых маркеров ГБП, титр антител 1:16 и выше, отягощенный анамнез. Полученную кровь плода исследуют для определения группы крови и резус-принадлежности, уровня гемоглобина и гематокрита, эритроцитов и билирубина, кислотно-щелочного равновесия. На основании полученных данных определяется дальнейшая тактика ведения беременности. При резус-отрицательной крови у плода дальнейшее наблюдение за беременной продолжается в амбулаторных условиях как за несенсибилизированной

пациенткой и для ее родоразрешения не требуется госпитализация в специализированный стационар. При резус-положительной крови плода и наличии данных, свидетельствующих о наличии ГБП, необходимо начинать патогенетическое лечение этого заболевания.

К сожалению, традиционные методы терапии этой патологии (десенсибилизирующая терапия, гемосорбция и плазмоферез, внутривенное введение растворов иммуноглобулинов) являются неэффективными и их применение часто приводят к потере времени для проведения патогенетического лечения, развитию тяжелых инкурабельных форм заболевания. В настоящее время единственным эффективным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода является операция внутриутробного переливания крови, которую с успехом в течение многих лет производят специалисты ЦПСиР. Для проведения этой операции беременную госпитализируют в отделение патологии центра. Целью данной манипуляции является повышение уровня гематокрита, снижение риска развития отечной формы ГБП, дальнейшее пролонгирование беременности на 2–3 недели (время функционирования введенных эритроцитов). Показаниями к внутриутробному переливанию крови плоду является снижение в пуповинной крови показателей гемоглобина и гематокрита на 15% и более по сравнению с гестационной нормой. Нередко указанную манипуляцию проводят несколько раз на протяжении беременности. Необходимость повторных переливаний крови плоду определяется сроком беременности и уровнем посттрансфузионного гематокрита, поскольку при ГБП скорость снижения гематокрита составляет в среднем 1% в сутки. Внутриутробные переливания крови допустимо проводить до 32 недель беременности. После этого срока решается вопрос о досрочном родоразрешении.

В ЦПСиР накоплен большой опыт проведения данной операции: ежегодно в центре проводится от 70 до 80 внутриутробных переливаний крови. Этот метод лечения гемолитической болезни является уникальным и в городе Москве производится только специалистами ЦПСиР.

Преждевременные роды – это проблема, которая часто сопровождает иммуноконфликтную беременность. В структуре ЦПСиР важное место занимает детская реанимация, располагающая возможностью выхаживать не только детей с экстремально низкой массой тела, но и недоношенных детей с тяжелыми формами гемолитической болезни новорожденных. Эти дети получают комплексное лечение ГБ, включающее гемотрансфузию в условиях операционной сразу после проведенной их матерям операции кесарева сечения, далее заменное переливание крови в условиях детской реанимации, а также инфузионную и фототерапию.

Алгоритм обследования и лечения пациенток с резус-сенсибилизацией, разработанный и внедренный в ЦПСиР, позволил снизить перинатальные потери в 1,5 раза, сократить число преждевременно родившихся детей, количество детей с тяжелыми формами гемолитической болезни, уменьшить частоту и кратность применения заменного переливания крови у новорожденных с ГБ, а также позволил добиться рождения здоровых детей у пациенток с большим количеством перинатальных потерь, обусловленных резус-сенсибилизацией и ГБ.

Однако проблема резус-сенсибилизации до настоящего времени не является решенной. Врачи консультативно-диагностического отделения ЦПСиР ежедневно принимают новых пациенток, страдающих этой акушерской патологией. Это связано с отсутствием проведения профилактических мероприятий в других лечебных учреждениях, несмотря на то что меры профилактики всем известны и давно внедрены в практику лечебной работы ЦПСиР.

В ЦПСиР всем пациенткам с резус-отрицательной кровью и отсутствием резус-антител в сыворотке крови при сроке гестации 28 недель при угрозе прерывания беременности, сопровождающейся кровяными выделениями из половых путей, независимо от срока гестации, после инвазивных процедур (биопсии хориона, амниоцентеза, кордоцентеза), самопроизвольного или искусственного прерывания беременности, внематочной беременности, а также после родов резус-положительным плодом вводят антирезус-иммуноглобулин.

Доцент кафедры акушерства и гинекологии факультета фундаментальной медицины МГУ, кандидат медицинских наук
Андрей Бугеренко

Синдром фето-фетальной трансфузии

Желанная беременность – радость для будущих родителей. Беременность двойней – двойная радость. Но для акушера это даже не двойные проблемы, а проблемы в квадрате. Особенно это касается монохориальной двойни. Хотя частота таких беременностей невелика, зато, помимо проблем, присущих многоплодной беременности как таковой, имеются серьезные осложнения, присущие исключительно монохориальному типу плацентации.

Одним из таких тяжелых осложнений монохориальной двойни является синдром фето-фетальной трансфузии (СФФТ). Возникновение этого осложнения, как правило, заканчивается гибелью обоих плодов до сроков, в которых возможно выхаживание преждевременно родившихся детей.

Синдром фето-фетальной трансфузии, известный также как фето-фетальный трансфузионный синдром (twin-to-twin

transfusion syndrome, TTTS), возникает в связи с наличием сосудистых плацентарных анастомозов, соединяющих кровеносные системы плодов между собой. Частота возникновения СФФТ, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 25% от числа беременностей с монохориальным типом плацентации. Дисбаланс обмена крови по анастомозам приводит к оттоку крови от одного близнеца (донора) к другому (реципиенту). Это тяжелая патология, при которой вероятность интранатальной гибели плодов достигает 80–100%.

СФФТ впервые в 1882 году описал немецкий акушер Friedrich Schatz. Но, несмотря на такую длительную историю, для подавляющего большинства врачей поликлинического звена здравоохранения как диагностика, так и тактика ведения пациенток с проявлениями СФФТ является terra incognita, что приводит в результате к неблагоприятному завершению беременности.

Кратко о патогенезе развития СФФТ

Дисбаланс обмена крови по анастомозам приводит к оттоку крови от одного близнеца (донора) к другому (реципиенту). У близнеца-донора развивается гипоксия (вследствие недостаточности плацентарного кровообращения), гиповолемия со снижением артериального давления. Вследствие этих факторов задерживается внутриутробное развитие, снижается объем околоплодных вод и часто развивается выраженная анемия с уровнем гемоглобина менее 80 г/л. Наиболее частым следствием тяжелой антенатальной гипоксии является формирование так называемой скрытой сердечной недостаточности, когда показатели ударного и минутного объемов кровообращения существенно не меняются, но ряд индексов диастолической функции свидетельствует о поражении миокарда плода. Плод-реципиент, напротив, получает слишком много крови, у него развивается гиперволемия, что увеличивает пред- и постнагрузку на сердце, это может привести в дальнейшем к сердечной недостаточности. В условиях гиперволемии у плода-реципиента появляются отеки, повышается артериальное давление, развивается гипертрофия миокарда. Организм плода в ответ на увеличение объема циркулирующей крови (ОЦК) выделяет избыточное количество воды через органы мочевыводящей системы, что приводит к выраженному многоводию. Из-за высокого содержания в крови эритроцитов появляется высокий риск развития тромбозов. Полицитемия у близнеца-реципиента обуславливает повышенный гематокрит, составляющий 60% и более, или уровень гемоглобина выше 220 г/л в любой момент на первой неделе жизни новорожденного. Близнецу с полицитемией угрожают расстройства дыхания, сердечной деятельности, поражение центральной нервной системы.

При внутриутробной гибели одного плода при СФФТ с вероятностью 25% существует риск развития осложнений у другого плода. Подобные осложнения в виде некрозов головного мозга и паренхиматозных органов считаются следствием острой ишемии и гипотензии, возникающих из-за шунтирования крови от живого плода умирающему. Перинатальная смертность плода-реципиента после смерти плода-донора составляет около 50% при сроке беременности до 34.

Для своевременной диагностики СФФТ необходимо прежде всего правильно определить тип плацентации на ранних сроках беременности, когда это не представляет трудности. Наличие Т-признака (в отличие от λ-признака при бихориальной беременности) является поводом для пристального УЗ-мониторирования данной беременности в сроки манифестации СФФТ (с 14 недель). Характерными ультразвуковыми признаками развития СФФТ являются нарастающее многоводие в амниотической полости реципиента, определяющееся как вертикальный размер наибольшего водного кармана, составляющий от 8 см и более до 20 недель гестации и превышающий 10 см с 20-й по 26-ю неделю; для донора характерно олигоурическое маловодие, или ангидрамнион, и отсутствие эхо-тени мочевого пузыря. Могут возникнуть трудности в дифференциальной диагностике СФФТ с другим серьезным осложнением монохориальной двойни – синдромом изолированной задержки роста плода (иЗРП), но это уже является прерогативой специализированного акушерско-гинекологического стационара.

Единственным патогенетически оправданным методом лечения СФФТ является фетоскопическая лазерная коагуляция анастомозов (ФЛКА). Методика заключается в фетоскопическом (через оптическую систему малого диаметра) трансабдоминальном введении лазерного световода в амниотическую полость плода-реципиента под контролем УЗИ. Эндоскопическая лазерная коагуляция позволяет осуществлять обследование плаценты вдоль всей межплодовой перегородки, выявить и произвести коагуляцию анастомозирующих сосудов. Таким образом, поступление крови от одного близнеца другому прекращается, баланс поступления крови к обоим плодам восстанавливается, и близнецы в дальнейшем развиваются нормально. Операция заканчивается дренированием околоплодных вод до нормализации их количества. Эффективность эндоскопической лазерокоагуляционной терапии СФФТ (рождение хотя бы одного живого ребенка) составляет от 80 до 90%, возможно пролонгирование беременности в среднем на 10–12 недель.

В Центре планирования семьи и репродукции ДЗ Москвы фетоскопические операции проводятся с 2005 года, на данный момент выполнено более 100 вмешательств. Наличие специального оборудования позволяет проводить ФЛКА в сроки беременности от 15 до 25 недель при стадии ФФТС вплоть до 4.

Вмешательство мы проводим под регионарной анестезией. Тщательно осматриваются плоды, амниотическая перегородка и особенно пересекающие ее сосуды на плодовой поверхности плаценты. Такие сосуды прослеживаются до их концевых ветвей, которые, собственно, и могут соединяться с аналогичными ветвями со стороны второго плода. Оценивается не только количество, но и характер, а самое главное – диаметр анастомозов. Это очень важно для правильного порядка коагуляции. Сначала перекрывается кровоток в крупных артериовенозных и артериоартериальных анастомозах. Затем коагулируются более мелкие и мельчайшие анастомозы. За время операции по ним часть крови возвращается к донору, улучшая его прогноз.

Важно выявить и коагулировать абсолютно все анастомозы, даже самые маленькие, иначе при прогрессировании беременности их диаметр увеличится и к 28–30 неделям беременности может произойти рецидив фето-фетального синдрома.

При правильно и без осложнений выполненной лазерной коагуляции анастомозов прогноз благоприятный у подавляющего количества пациенток. В настоящее время эффективность наших фетоскопических операций аналогична данным мировой литературы (благоприятный исход беременности в 80–85% наблюдений).

Центр планирования семьи и репродукции

- Полный объем оказания высокотехнологичной акушерско-гинекологической и неонатальной помощи.
- Медико-генетическое консультирование.
- Экстракорпоральное оплодотворение.
- Ургентная акушерская помощь.
- Неонатологическая помощь.
- Выхаживание маловесных детей.
- Услуги оказываются в системе ОМС и ДМС.

117209, г. Москва,
Севастопольский проспект, д. 24а
Тел./факс: (495) 331-78-67
E-mail: info@cpsr.mosgorzdrav.ru
Сайт: http://www.mosgorzdrav.ru/cps

Родоразрешение женщин с рубцом на матке после кесарева сечения

Кесарево сечение стало самой распространенной операцией современного акушерства. В каждом четвертом случае кесарева сечения предпочтительнее были бы роды через естественные родовые пути

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы», врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ
Леонид Аронов

Заместитель главного врача по детству и родовспоможению ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ», к.м.н., врач высшей квалификационной категории
Андрей Пастарнак

Женщина, однажды родоразрешенная путем кесарева сечения, при последующей беременности стоит перед выбором: либо роды через естественные родовые пути, либо плановое повторное кесарево сечение. Частота успешных родов через естественные родовые пути при локализации рубца в нижнем маточном сегменте различается не только по странам, но и по клиникам в одной и той же стране. Так, в Великобритании роды per vias naturales у женщин с рубцом на матке составляют 63,4% (Knight H. et al., 2013), в клиниках США – 0–44,6% (Rosenstein M.G. et al., 2013). В Российской Федерации частота влагалищных родов у женщин после кесарева сечения составляет всего 5–8% (Краснопольский В.И. и др., 2012).

В нашей клинике предпринята попытка разработать стратегию и тактику улучшения исходов беременности и родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Нами проведен ретроспективный анализ 466 историй родов женщин с рубцом на матке после кесарева сечения за период 2010–2013 годов, в том числе 152 истории родов женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути и 314 историй родов женщин, вновь родоразрешенных оперативно (кесарево сечение).

Критериями включения явились: информированное согласие пациентки на роды через естественные родовые пути; одноплодная беременность; один рубец на матке; поперечное направление рубца; головное предлежание.

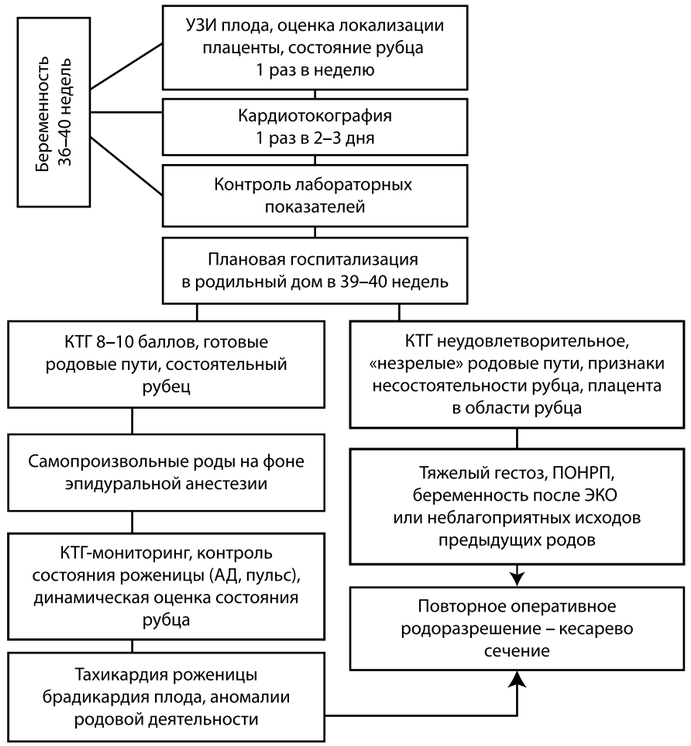
Все беременные обследованы в соответствии с приказом № 572н Минздрава РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ)».

Клинико-статистический анализ анамнеза женщин с оперированной маткой показал, что основными факторами риска повторного оперативного родоразрешения явились бесплодие в анамнезе (9,8%); беременность после ВРТ (86,8%); ожирение (35,3%); осложненное течение беременности: анемия (61,1%), ЗРП (18,8%), преэклампсия (гестоз I–II степени) (21,3%); осложненное течение родов: преждевременное излитие околоплодных вод (32,2%), аномалии родовой деятельности (23,6%); крупный плод (29,3%); несостоятельность рубца на матке – 26,7%.

Женщины с рубцом на матке, родившие через естественные родовые пути, имели следующие отличительные особенности: возраст до 40 лет (100%); низкий индекс сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, в том числе и ожирения (11,1%); оптимальный интергенетический интервал (4,48 + 2,4 года); низкая частота осложнений настоящей беременности и родов: ЗРП – 2,6%; нефропатия I–II степени – 5,9%; аномалии родовой деятельности – 3,3%; преждевременное излитие околоплодных вод – 16,4%.

В настоящих родах лидирующие позиции среди показаний к повторному оперативному родоразрешению у беременных занимали крупный плод и клинически узкий таз (более чем у каждой четвертой – 29,3%), несостоятельность рубца на матке (у каждой четвертой – 26,7%). Третье место занимали аномалии родовой деятельности – у каждой шестой (16,6%).

Эпизиотомия проведена у каждой пятой роженицы (21,5%), перинеотомия –у каждой десятой (9,8%). Разрыв шейки матки выявлен у 5 рожениц (3,3%) с оперированной маткой, родивших через естественные родовые пути. Контрольное ручное обследование стенок



Алгоритм ведения беременности женщин с рубцом на матке

матки выполнено у всех родильниц с рубцом на матке. В нашей клинике разрыв матки диагностирован и подтвержден у трех (1,9%) женщин. Всем выполнена лапаротомия по Пфанненштилю с иссечением старого рубца и ревизия органов брюшной полости, во всех случаях проведено ушивание дефекта стенки матки. Кровопотеря в среднем составила 400 + 50 мл.

Существенным, фактически доминирующим фактором успешного родоразрешения через естественные родовые пути следует считать зрелость шейки матки при поступлении. Нами выявлено, что оценка степени зрелости родовых путей по E.H. Bishop 6 и более баллов практически абсолютный прогностический признак самопроизвольного родоразрешения при оперированной матке. У 92,8% женщин с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешенных при настоящей беременности через естественные родовые пути, родовые пути были готовы к родам. В то же время у 75,8% беременных, родоразрешившихся впоследствии повторной операцией кесарева сечения, шейка матки по E.H. Bishop характеризовалась как «незрелая».

Оценка среднего койко-дня пребывания в стационаре показала, что достоверно дольше в стационаре находились пациентки с повторным кесаревым сечением – в среднем 9,06 + 4,28 дня, а пациентки, родившие через естественные родовые пути, – 5,58 + 4,08 дня (15,2% родильниц, родивших per vias naturales, были выписаны на вторые сутки).

Частота родов через естественные родовые пути женщин с оперированной маткой на примере акушерского филиала № 1 ГБУЗ «ГКБ № 13 ДЗМ» составила в 2013 году 30,6%.

Представленные нами результаты работы показали, что:

1. В условиях российской службы родовспоможения роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке возможны у 30,6%.
2. Перинатальная смертность не имеет достоверных различий в зависимости от метода родоразрешения женщин с оперированной маткой (1,9‰ при родах через естественные родовые пути и 1,8‰ при повторном кесаревом сечении).

Разработанный алгоритм ведения женщин с рубцом на матке позволил увеличить частоту родов через естественные родовые пути с 1,6% в 2010 году до 30,6% в 2013 году, достоверно снизив: частоту ГСЗ в 3,2 раза; средний койко-день пребывания в стационаре с 9,06 + 4,28 до 5,58 + 4,08 дня; переводы новорожденных на второй этап выхаживания с 10,1 до 4,7% – в 2,1 раза.

115088, г. Москва,
ул. Шарикоподшипниковская, д. 3
Тел.: (495) 674-42-86
E-mail: rd15@mosgorzdrav.ru
Сайт: http://www.mosgorzdrav.ru

Опыт внедрения системы инфекционной безопасности

В сложившейся демографической ситуации репродуктивное здоровье России является фактором национальной безопасности. Но для ее обеспечения необходимо гарантировать и безопасность госпитальной среды самого Перинатального центра. Один из видов безопасности медицинской организации – это инфекционная безопасность

Директор ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр», д.м.н., профессор, заслуженный врач Республики Мордовия, отличник здравоохранения Российской Федерации
Алексей Герасименко

Заместитель директора по эпидемиологии ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр», к.м.н., главный специалист-эпидемиолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия
Михаил Чумаков

Мордовский перинатальный центр является одним из 20 уникальных современных перинатальных центров, построенных в рамках национального проекта «Здоровье». Учреждение введено в эксплуатацию в мае 2011 года и имеет лицензию на осуществление более 70 видов медицинской деятельности, в том числе на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по акушерству и гинекологии, неонатологии, детской хирургии.

В структуру центра входят девять стационарных и четыре поликлинических отделения, клинико-диагностическая лаборатория, отдел инфекционной безопасности.

Безопасная среда

Проблема профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), в настоящее время рассматривается более широко, как составляющая часть проблемы безопасности пациентов и персонала в учреждениях здравоохранения и качества оказания медицинской помощи. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации в 2013–2020 годах предусматривает переход от концепции защиты пациента и персонала от ИСМП к концепции обеспечения безопасности пациента и персонала и качества оказания медицинской помощи.

В рамках обеспечения инфекционной безопасности пациентов и персонала ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» в августе 2013 года создан на функциональной основе отдел инфекционной безопасности, в который на правах отделений вошли бактериологическая лаборатория, отделение профессиональной уборки и дезинфекции помещений (медицинский клининг), централизованное стерилизационное отделение с дезинфекционной камерой, отделение обеспечения бельем и питанием, отделение обеззараживания медицинских отходов.

Отдел находится под непосредственным руководством заместителя директора центра по эпидемиологии, возглавляется заведующей – врачом-инфекционистом. Общая штатная численность – 95 физических лиц, в том числе 2 врача, 2 фельдшера-лаборанта, 5 медицинских сестер, 86 лиц младшего медперсонала.

Деятельность отдела основывается на централизации управления комплексом санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также мероприятий, направленных на создание безопасной больничной среды, обеспечение качества медицинской помощи и предотвращение случаев инфекционных (паразитарных) заболеваний.

При внедрении в центре клининговых технологий учитывая дефицит кадров, персонал (санитарки уборщицы-клинеры) был сконцентрирован в отделении профессиональной уборки и дезинфекции помещений. Система медицинского клининга является инновационной альтернативой рутинной ведерной уборке и в условиях модернизации здравоохранения за последние три года уже зарекомендовала себя позитивно в крупных клиниках Российской Федерации. В Республике Мордовия опыт внедрения клининга в центре является первым.

Указанное отделение обеспечено современными технологиями стирки, сушки, упаковки уборочного инвентаря (мопов и салфеток), автоматизированной системой разведения дезинфекционных растворов, мобильными тележками для уборки и специальными швабрами. Эргономичность данной инновации позволила сократить персонал, занятый уборкой, в 2,0-2,5 раза, с 128 до 50 человек за счет увеличения площади уборки с 425 до 850 кв. м на одного клинера, с одной стороны, и сокращения в 2 раза времени уборки за счет использования тележек, укомплектованных мопами и салфетками, смоченными дезинфекционными средствами, с другой стороны. В результате этого один клинер может выполнять работу четырех санитарок-уборщиц. Это позволило значительно сократить расходы, выйдя на самоокупаемость внедренной системы за 10 месяцев с экономией до 5 млн рублей в год.

Несмотря на то что медицинский клининг работает в центре только 10 месяцев, его положительный опыт востребован для учреждений здравоохранения из других регионов.

Наличие в составе отдела бактериологической лаборатории позволяет не только организовать эффективный микробиологический мониторинг за циркуляцией штаммов возбудителей ИСМП, их резистентностью к антибиотикам и дезинфектантам, но и осуществлять лабораторный внутренний контроль качества дезинфекционно-стерилизационных обработок помещений, инструментария, микробной загрязненности воздуха, рук персонала и т.д.

В центре организована трехуровневая система контроля эффективности профессиональной уборки и дезинфекции помещений, включающая в себя:

1. Визуальный контроль использованных мопов и салфеток в соответствии с количеством помещений и кратностью их уборки и дезинфекции.
2. Использование флюоресцирующих меток, позволяющих сделать заключение о качестве проведенных уборок.
3. Микробиологический контроль объектов больничной среды на наличие санитарно-показательной и иной микрофлоры.

Централизованное стерилизационное отделение с дезинфекционной камерой функционирует не только как подразделение отдела, осуществляющее дезинфекционно-стерилизационную обработку инструментария, белья и материалов, но и как составляющая часть системы контроля эффективности работы стерилизаторов, качества формирования стерилизуемых упаковок в отделениях, наличия скрытой крови на инструментарии (постановка азопирамовых проб), своевременности проведения дезинфекционной обработки белья.

В центре внедрена система оборота медицинских отходов класса Б с их централизованным обеззараживанием в СВЧ-печи и изменением внешнего вида в пресс-деструкторе. Отделение обеззараживания медицинских отходов осуществляет как непосредственное обеззараживание и изменение внешнего вида, так и контроль за оборотом медицинских отходов в отделениях учреждения.

Результатом внедрения инновационных технологий в обеспечении инфекционной безопасности Перинатального центра явились положительные изменения в эпидемиологической обстановке.

В течение 10 месяцев работы центра после создания системы инфекционной безопасности как единой структуры заболеваемость ГСИ новорожденных снизилась по сравнению с аналогичным периодом до открытия отдела с 112,5 до 96,5 на 1000 родившихся (на 14,2%).

В структуре ГСИ новорожденных по нозологиям в 2013 году преобладали пневмонии – 50,0%, везикулопустулезы – 23,9%, конъюнктивиты – 21,8%. Значительно реже встречались энтероколит – 1,7%, омфалит – 0,8%, сепсис – 0,8%. За 10 месяцев функционирования отдела в структуре ГСИ новорожденных произошли изменения за счет снижения случаев энтероколитов на 42,8%, везикулопустулезов – на 23,5%, пневмоний – на 10%, отсутствия случаев сепсиса новорожденных. Данная структура ГСИ новорожденных более благоприятна, чем в предыдущие годы, и с учетом отсутствия групповой заболеваемости говорит об относительном благополучии по этим инфекциям в центре.

В ходе анализа гнойно-септической заболеваемости новорожденных в 2013 году установлено, что 83,6% (200 случаев) рассматриваются как внутриутробные и развились в 1–2-й дни жизни ребенка. На 3-й день жизни и позже развились 16,3% (39 случаев) заболеваний, которые с высокой степенью вероятности связаны с внутрибольничными источниками и факторами распространения. Причем на период функционирования системы инфекционной безопасности как единой структуры число случаев ГСИ новорожденных, зарегистрированных на 3-й день жизни и позже, снизилось на 42,2%.

Одним из важных составляющих системы инфекционной безопасности в центре является микробиологический мониторинг. В 2013 году произведено 9313 микробиологических исследований, что в 2,6 раза больше, чем в 2012 году – 3630, с целью диагностики – 45,3% исследований, с целью производственного контроля – 57,9%. При диагностических исследованиях выделено культур возбудителей ГСИ в 2440 исследованиях (57,9%).

При осуществлении контроля качества дезинфекционных мероприятий в центре с декабря 2013 года использовались специальные флюоресцирующие метки. За период с декабря 2013 по май 2014 года отмечено значительное улучшение показателей качества дезинфекции помещений и оборудования. Доля неудовлетворительных меток снизилась с 13,0% в начале декабря до 3,1% во второй половине мая 2014 года. В разрезе критических точек контроля установлено, что недостаточное качество присутствовало при дезинфекции выключателей (20,4% от общего числа неудовлетворительных меток), дверных ручек (15,6%), консолей в палатах (13,6%). Указанные данные использованы для коррекции схем уборки и дезинфекции с получением позитивных результатов.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать заключение, что формирование единой структуры, осуществляющей профилактические и противоэпидемические мероприятия по обеспечению инфекционной безопасности в учреждении здравоохранения, упростило организацию работы в данном направлении, позволило усилить контроль за качеством дезинфекционно-стерилизационных мероприятий, оптимизировать численность персонала, проводящего эти мероприятия, следствием всего этого явилось улучшение в Перинатальном центре эпидемиологической ситуации по ГСИ новорожденных.

430013, г. Саранск, ул. Победы, д. 18
Тел.: (8342) 76-08-37, 76-57-52
E-mail: perinatrm@mail.ru,
epidperin@mail.ru
Сайт: http://www.perinatrm.ru

Точка роста здоровья нации – перинатальные центры

Сегодня, говоря о демографической политике, росте рождаемости, снижении перинатальной и младенческой смертности, недопущении материнской смертности от управляемых причин, никто не сомневается в огромной роли, отводимой перинатальным центрам, их влиянии на данные показатели

Заместитель главного врача по медицинской части БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», врач-организатор высшей квалификационной категории
Инна Киличева

Заместитель главного врача по педиатрической помощи БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»
Сергей Нефедов

Мы проповедуем парадигму «Перинатальный центр – центр специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи ребенку от замысла его рождения, в период внутриутробного развития, при рождении, включая неонатальную хирургию и до первого года жизни». И вся история нашего перинатального центра стала поступательным движением к созданию не просто родильного дома, в котором есть реанимационная помощь новорожденным, второй этап выхаживания новорожденных, не просто формальной смене вывески, а к выстраиванию перинатального центра, многопрофильного по своей сути и с технологиями мирового уровня.

БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» стал эпицентром перинатальной помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, и именно благодаря инициативе главного врача центра профессора, доктора медицинских наук Ларисы Дмитриевны Белоцерковцевой в округе была создана региональная модель перинатальной помощи и организовано три перинатальных центра, обслуживающих три кластера: западный (Перинатальный центр БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска), центральный (БУ «Сургутский клинический перинатальный центр») и восточный (БУ «Нижневартовский перинатальный центр»). Из 27 362 родов в нашем автономном округе в 2013 году 33% – 9018 родов – принято в БУ «Сургутский клинический перинатальный центр». Удельный вес преждевременных родов, принятых с территории центрального кластера, обслуживаемого перинатальным центром, составил в 2013 году 10,8%, за 5 месяцев 2014 года – уже 12%.

Неонатальная служба

Обслуживая огромное количество родов, мы реально понимали, что никакая детская больница не справится с таким количеством недоношенных детей и обеспечить качество медицинской помощи этим детям, особенно с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), с перинатальной патологией, а также у новорожденных, требующих экстренного оперативного вмешательства, возможно только тогда, когда ребенок получает весь комплекс медицинской помощи в одних стенах. Поэтому за последние 6 лет неонатальная служба перинатального центра претерпела значительные изменения.

Начало было положено в конце 2007 года с момента открытия в центре своего отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Изначально отделение было рассчитано на 12 мест, но ввиду ежегодного роста рождаемости в регионе количество родов только в Сургутском клиническом перинатальном центре за это время увеличилось с 6134 в 2007 году до 9018 в 2013 году (прирост 47%), а также с внедрением новых технологий и подходов к выхаживанию новорожденных отделение было расширено до 21 места.

За годы работы отделения удалось значительно снизить показатель ранней неонатальной смертности и удерживать его на уровне, сопоставимом с показателями стран с высокоразвитой системой здравоохранения. Показатель ранней неонатальной смертности в 2013 году составил 0,66 на 1000 родившихся живыми.

Во всем мире наблюдается тенденция к увеличению количества преждевременных родов. Это связано и с изменениями состояния здоровья населения, и с развитием вспомогательных репродуктивных технологий. Поэтому основной контингент пациентов ОРИТН в современном перинатальном центре – это недоношенные дети, и особую категорию представляют собой пациенты с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. На сегодняшний день об

	2009	2010	2011	2012	2013	Прирост 2013–2009
Всего родилось детей с массой тела менее 1000 г	24	28	41	48	52	+116,7%
Выжило	20	20	39	36	46	
Уд. вес	83,3%	71,4%	95,1%	75%	88,5%	6,2%

уровне оказания медицинской помощи можно судить по проценту выживаемости среди детей с массой тела при рождении менее 1000 грамм. Для успешного оказания помощи таким пациентам необходимо внедрение и активное использование современных неонатальных технологий: это и антенатальная профилактика РДС глюкокортикоидами, и раннее введение сурфактанта, и сохранение тепловой цепочки в родильном зале и на этапе транспортировки в ОРИТН, и широкое применение неинвазивных методик респираторной поддержки на этапе выхаживания в отделении реанимации новорожденных. Благодаря применению этих и других подходов (протоколы по энтеральному питанию, парентеральному питанию, рациональное использование антибактериальной терапии) удалось добиться значительных результатов в выхаживании детей с ЭНМТ.

За период 2009–2013 годов в отделении находилось на лечении 193 ребенка с массой тела при рождении менее 1000 г, и, как отмечалось ранее, количество таких детей растет из года в год (*см. табл*).

Выживаемость в группе детей с ЭНМТ на этапе перинатального центра (до выписки или перевода в другое лечебное учреждение) в 2013 году достигла 88,5%.

Что касается доношенных новорожденных, то наиболее значимыми причинами заболеваемости и смертности у них являются врожденные инфекции (пневмония, ранний неонатальный сепсис), аспирационные синдромы, тяжелая асфиксия при рождении, хотя совершенствование акушерских технологий значительно сократило количество таких пациентов.

Наиболее грозными осложнениями, способствующими отдаленной заболеваемости и смертности, у таких пациентов являются развитие легочной гипертензии и гипоксически-ишемическая энцефалопатия. Для лечения указанных осложнений в отделении за короткий промежуток времени были внедрены новые технологии, такие как лечение легочной гипертензии ингаляцией оксида азота, применение тотальной терапевтической гипотермии для лечение пациентов с тяжелой интранатальной асфиксией.

Применение метода тотальной терапевтической гипотермии

Внутриутробная и интранатальная гипоксия остается одной из главных причин смертности, заболеваемости и инвалидизации доношенных новорожденных. Несмотря на все современные достижения антенатальной и интранатальной диагностики, предсказать риск развития тяжелой асфиксии в родах можно лишь в 60% случаев, а частота тяжелых асфиксий в последние годы не снижается и остается на уровне от 1 до 9 случаев на 1000 рождений и зависит от уровня медицины в стране.

Долгое время лечение таких детей сводилось к симптоматической терапии, направленной на стабилизацию функции пострадавших органов и систем. Попытки медикаментозной терапии различными группами препаратов не показали своей эффективности в плане снижения риска развития гипоксически-ишемической энцефалопатии. Определенные надежды появились с внедрением в неонатальной интенсивной терапии методики тотальной терапевтической гипотермии (или ее модификации – краниоцеребральной гипотермии). Мы остановили выбор на методе тотальной терапевтической гипотермии, так как охлаждение всего тела позволяет лучше контролировать температуру ядра тела, что отражает температуру в глубоких структурах головного мозга. Также есть исследования, которые показывают определенное преимущество гипотермии всего тела перед краниоцеребральной гипотермией.

Тяжесть энцефалопатии в первые часы после рождения оценивается по шкале Sarnat & Sarnat. Проведенные исследования показали эффективность метода в лечении неонатальной энцефалопатии вследствие гипоксии плода и профилактике развития тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатии или смерти с 48 до 32% при средней степени энцефалопатии и с 85 до 72% при тяжелой степени. Конечно, метод не является панацеей, как, в общем, и любой другой в медицине, но дать ребенку и его родителям шанс перенести это тяжелое состояние просто необходимо.

Мы внедрили методику тотальной терапевтической гипотермии во втором полугодии 2012 года. Для этого был разработан протокол, прописаны показания для процедуры, проведена учеба. Как показывает зарубежный и наш собственный опыт, оценка по шкале Апгар не всегда коррелирует с выраженностью гипоксии и ацидоза у плода и довольно высокие баллы на 1-й и 5-й минуте после рождения могут сочетаться с тяжелым метаболическим ацидозом. Поэтому одним из важнейших критериев для постановки диагноза внутриутробной и интранатальной гипоксии и выставления показаний для гипотермии является наличие доказанного ацидоза в крови сосудов пуповины.

Понимая важность этого анализа, мы внедрили протокол забора крови из сосудов пуповины в родильном зале. Если ребенку оказывалась реанимационная помощь в родильном зале, то в этом случае обязательно проводится забор крови на анализ КОС и газов из артерии и вены изолированного участка пуповины. Дальнейшая интерпретация показателей КОС и газов крови сосудов пуповины в совокупности с оценкой по шкале Апгар и неврологического статуса в первые минуты и часы после рождении определяет показания для начала гипотермии. Исследования показывают, что эффект от применения тотальной терапевтической гипотермии будет, если ее начать не позд-

нее 6 часов от рождения. Со времени внедрения технологии нам удалось сократить время принятия решения до 2 часов и менее. Обязательным компонентом проведения терапевтической гипотермии является мониторинг церебральной активности методом аЭЭГ для оценки степени повреждения головного мозга, а также выявления скрытой судорожной активности и контроля эффективности противосудорожной терапии, если таковая требуется.

С момента внедрения тотальной терапевтической гипотермии во втором полугодии 2012 года методику применили у 19 детей (6 в 2012 и 13 в 2013 году). Из них 17 детей были выписаны домой из перинатального центра с удовлетворительным неврологическим статусом, один ребенок переведен в многопрофильный стационар в связи с сопутствующей хирургической патологией (ВПР – врожденная ложная диафрагмальная грыжа), еще один переведен на следующий этап лечения в связи с тяжелой гипоксически-ишемической энцефалопатией. В двух случаях гипотермия была прекращена преждевременно, так как у детей был диагностирован ранний неонатальный сепсис, что является противопоказанием для процедуры. Тяжелых побочных эффектов, потребовавших прекращения гипотермии, не отмечалось. Окончательные выводы об эффективности делать рано, так как необходимо оценивать дальнейшее развитие детей, перенесших внутриутробную и интранатальную гипоксию/ишемию, однако на этапе перинатального центра результаты обнадеживают, подавляющее большинство детей выписано домой после реабилитации в отделении патологии и интенсивной терапии новорожденных.

Хирургическая помощь новорожденным

Некоторое время оказание помощи новорожденным с хирургической патологией требовало значительных усилий ввиду отдаленности многопрофильного детского стационара. Пациенты с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении представляют собой особую группу ввиду специфичности течения постнатального периода, высокого риска осложнений со стороны незрелых органов и систем, в том числе требующих хирургического лечения. Очевидно, что транспортировка детей, требующих экстренных и срочных хирургических вмешательств, может значительно ухудшить прогноз, а в ряде случаев недопустима. В интересах пациента предоперационная подготовка, хирургическое лечение, а также послеоперационное выхаживание таких детей должны проводиться высококвалифицированной командой, специализирующейся на лечении состояний неонатального периода. Для улучшения качества оказания медицинской помощи этой категории пациентов и было принято решение об организации службы неонатальной хирургии. Круглосуточная доступность хирургической помощи новорожденным – ключ к снижению заболеваемости, летальности, а также улучшению качества жизни детей с врожденной или приобретенной хирургической патологией.

С 2010 года в штат перинатального центра был принят детский хирург, а в 2013 году открыто отделение неонатальной хирургии с коечным фондом в составе отделения реанимации новорожденных и отделения патологии новорожденных и недоношенных детей. Результаты открытия службы неонатальной хирургии не заставили себя ждать. За это время неонатальная хирургическая служба достигла значительных результатов. Совместная работа врачей анестезиологов-реаниматологов, неонатологов и детских хирургов привела к значительному снижению случаев НЭК – одного из наиболее тяжелых состояний с высокими показателями инвалидизации и летальности. Врожденные пороки развития: диафрагмальная грыжа, атрезия пищевода, стенозы и атрезии ЖКТ, гастрошизис, врожденный гидронефроз IV степени, а также приобретенная патология: перфорация ЖКТ, НЭК, паховые грыжи, постгеморрагическая гидроцефалия, функционирующий гемодинамически-значимый артериальный проток – оперируются в условиях перинатального центра.

Активно используется эндовидеохирургия. На сегодняшний день проведено 17 эндоскопических оперативных вмешательств, в том числе торакоскопическая френикопексия при врожденных ложных диафрагмальных грыжах, лапароскопические кистэктомии, овариэктомии, лапароскопические герниопластики паховых грыж, диагностические лапароскопии и энтеростомии. Проводится активное выявление и лечение ретинопатии недоношенных, штатный офтальмолог проводит скрининг и отбор пациентов на процедуру лазеркоагуляции сетчатки, которая проводится в условиях ОРИТН.

Одним из новых подходов к выхаживанию недоношенных новорожденных можно назвать герниопластику до выписки из стационара. Формирование паховых грыж – одна из проблем у недоношенных новорожденных, грыжи могут достигать больших размеров, ущемляться и приводить к формированию кишечной непроходимости и некрозу кишки. Нередко такие дети госпитализируются в стационар из дома уже с тяжелыми осложнениями, наличие у многих из них бронхолегочной дисплазии предопределяет более тяжелое течение и исход в условиях многопрофильного детского стационара, где не всегда имеются специалисты, знающие особенности «выживших» недоношенных. Проанализировав ситуацию и зарубежный опыт, мы приняли решение о необходимости проведения герниопластики у таких детей на этапе перинатального центра.

Таким образом, на сегодняшний день в условиях БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» оказывается практически весь спектр медицинской помощи новорожденным как с соматической, так и с хирургической патологией, за исключением высокоспециализированной помощи, такой как хирургическая коррекция ВПС, ряд пороков развития легких.

В перспективе планируется расширение спектра хирургических вмешательств у новорожденных, и идет активная подготовка к внедрению фетальной хирургии.

Мы наметили для себя новые вершины профессиональной компетенции и будем их покорять, с уверенностью смотрим в будущее и не остановимся на достигнутом!

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Сургутский клинический перинатальный центр»

8844 родов в 2012 году и 9018 родов в 2013 году. Такое количество родов – экзамен для медицинского и немедицинского персонала каждый день.

Каждый второй житель города Сургута и Сургутского района появляется на свет в Сургутском клиническом перинатальном центре. Успехи учреждения, несомненно, в большей степени зависят от слаженной работы руководителя и всего коллектива.

Непрерывное обучение персонала: тренинги в симуляционном классе, работа с врачами-экспертами, в том числе с привлечением ресурсов системы видеонаблюдения, разбор успехов и неудач, обучение на своем опыте и опыте коллег – непременные требования к квалификации сотрудников.

Командой высококвалифицированных специалистов, средних медицинских работников центра накоплен большой и по большей части уникальный опыт оказания неотложной помощи беременным, роженицам, находящимся в критическом состоянии. Специалисты разработали и работают по локальным клиническим протоколам, основанным на лучших клинических практиках. Каждый день в стенах центра выполняется колоссальный объем работы, начиная от постановки диагноза, приема самых сложных родов, реанимации и интенсивной терапии рожениц и новорожденных, завершая выхаживанием недоношенных детей с различной перинатальной патологией, врожденными пороками развития, в том числе – потребовавшими хирургического вмешательства.

В центре сложилась атмосфера взаимопонимания и доверия к коллегам, ведь от слаженной работы коллектива во многом зависит процесс лечения и выздоровления пациентов. Сработанные действия всех сотрудников перинатального центра позволяют добиваться главного – высокого качества медицинской помощи.

Перинатальный центр совершенствуется и развивается, главная мечта администрации и персонала – строительство перинатального центра с современными строительными и технологическими решениями, маломестным размещением пациентов в палатах, которое позволит развивать новые направления работы с младенцами: например неонатальную хирургию или проведение внутриутробных операций. В Сургуте будут делать операции еще не родившимся детям, на стадии плода, диагностировать и лечить самые сложные заболевания у новорожденных и малышей до трех лет.

Безусловно, для таких сложных операций потребуются и высококвалифицированные специалисты. В 1997 году при сотрудничестве с кафедрой акушерства и гинекологии Московской медицинской академии имени Сеченова на базе МУЗ «Клинический перинатальный центр» создана кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета Сургутского государственного университета. Под руководством Ларисы Дмитриевны Белоцерковцевой защищено более 20 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук и 1 – доктора медицинских наук. Опубликовано более 600 научных статей, 44 учебно-методических пособия и 14 монографий.

На кафедре акушерства, гинекологии и перинатологии работают три профессора, д.м.н., шесть доцентов, к.м.н., один старший преподаватель, к.м.н., пять ассистентов. Миссия кафедры – создание благоприятных условий для формирования специалиста и воспитания идеологии «Образование – через всю жизнь», влияние на процесс улучшения качества оказания помощи матери и ребенку на основе научной и педагогической деятельности кафедры на территории города Сургута и Ханты-Мансийского автономного округа.

Главный врач
БУ «Сургутский клинический перинатальный центр»
профессор, доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ
Лариса Белоцерковцева

628415, г. Сургут, ул. Губкина, дом 1
Тел.: (3462) 52-97-97, 52-97-35
Факс: (3462) 52-97-00 • E-mail: info@surgut-kpc.ru

Консервативная терапия некротического энтероколита у новорожденных

Настороженность в отношении развития НЭК у детей группы риска, отработанный алгоритм лечения по стадиям процесса, ранняя диагностика осложнений НЭК, соблюдение правил введения энтеральной нагрузки, парентерального питания с постепенным переходом на энтеральное питание позволили уменьшить и остановить процесс на более ранних стадиях развития, уменьшить летальность в этой группе пациентов на 85%

Главный врач ГБУЗ Самарской области «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», к.м.н., врач высшей квалификационной категории, заслуженный врач РФ
Николай Ренц

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 5», к.м.н, врач высшей квалификационной категории
Наталья Хуторская

Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных межрайонного Перинатального центра, врач высшей квалификационной категории
Евгений Алексеевнин

Летальность при язвенно-некротическом энтероколите (НЭК) и перфорации желудочно-кишечного тракта составляет 40–80%, достигая 100% у пациентов с наиболее тяжелыми формами заболевания и сопутствующей патологией. Клиническое течение НЭК и перфораций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у новорожденных сопровождается перитонитом, высоким внутрибрюшным давлением с развитием синдрома полиорганной недостаточности.

Факторы риска

Патологическое течение беременности, применение женщиной во время беременности наркотических препаратов, асфиксия в родах, синдром дыхательных расстройств, значительное охлаждение ребенка, синдром малого сердечного выброса при врожденных пороках развития сердца, полицитемия, медикаменты, нарушающие мезентериальный кровоток (индометацин, витамин Е).

Клиническая картина

По течению заболевания выделяют следующие формы:

- **Молниеносная форма.** От первых нечетких симптомов дискомфорта в состоянии ребенка до возникновения перфорации проходит не более 1,5–2 суток.
- **Острая форма.** Заболевание начинается с ярко выраженных симптомов со стороны брюшной полости, отказа от еды, срыгивания и рвоты, вздутия живота, нарушения пассажа по кишечнику, что соответствует I стадии. Вскоре присоединяются общесоматические симптомы, свидетельствующие об интоксикации и дисфункции жизненно важных органов и систем (II стадия). При неадекватности или неэффективности консервативной терапии заболевание может быстро перейти в III стадию развития процесса, что требует незамедлительного хирургического лечения.
- **Подострая форма.** Симптомы со стороны ЖКТ появляются постепенно и имеют перемежающийся характер, т.е. периоды клинического благополучия сменяются дисфункцией органов ЖКТ.

В зависимости от распространенности процесса выделяют:

- *локальную форму* – поражение ограничено небольшим участком кишки;
- *мультисегментарную форму* – поражено несколько участков кишки;
- *тотальное поражение кишечника*, или паннекроз.

Молниеносная форма НЭК характерна для доношенных («крупных») детей, перенесших в родах асфиксию, а также для новорожденных с гемолитической болезнью (после повторных заменных переливаний крови) и для пациентов с пороками развития ЖКТ. Первые симптомы заболевания при молниеносной форме НЭК появляются несколько раньше (на 3–5-й день жизни), чем при других вариантах течения болезни. Своевременная диагностика этой формы заболевания нередко затруднена из-за преморбидного фона и очень тяжелого общего состояния ребенка. Появление вздутия живота, беспокойство ребенка, резкое ухудшение лабораторных данных, свидетельствующих о воспалительном процессе, должны навести на мысль о возможном развитии НЭК. Такие дети требуют срочного осмотра хирурга и рентгенологического обследования.

Острая форма НЭК характерна для недоношенных детей с массой более 1000 г. При этой форме чаще встречается локальное поражение тонкой кишки, причем от первых симптомов до возникновения перфорации кишки обычно проходит 2–3 суток. Заболевание начинается остро на 10–28-й день жизни с появления признаков поражения ЖКТ. Быстро присоединяются или нарастают общесоматические симптомы, состояние прогрессивно ухудшается. У больных выявляют локальное поражение тонкой кишки или некроз стенки желудка.

Подострая форма характерна для глубоко недоношенных детей и детей с критически низкой массой тела. Первые симптомы появляются на 12–45-е сутки жизни. Ребенок перестает усваивать питание, начинает срыгивать, возникает вздутие живота, меняется характер стула: он может учащаться, в нем появляется примесь зелени и крови, а иногда, наоборот, становится более редким и прекращается вообще. При подострой форме НЭК нередко в последующем развивается частичная, а затем и полная кишечная непроходимость.

Диагностика

Консультация хирурга на всех этапах НЭК.

Рентгенологическое обследование:

Расширение кишечных петель – наиболее частый симптом. Значительное расширение кишечных петель и появление горизонтальных уровней свидетельствует о тяжести заболевания и его прогрессирующем течении.

Пневматоз кишечной стенки является одним из наиболее важных радиологических признаков НЭК. Этот симптом чаще возникает у детей, уже получавших энтеральное питание, чем у пациентов, которые не кормились.

На рентгенограмме могут одновременно определяться два вида пневматоза – кистовидный и линейный.

Газ в воротной вене – очень грозный признак, часто свидетельствующий о далеко зашедшем процессе. Наличие газа в системе воротной вены встречается у детей с тотальным некрозом кишки и предопределяет неблагоприятный прогноз, поэтому наличие данного симптома является абсолютным показанием к хирургическому лечению. Наличие неподвижной (статичной) петли кишки, не изменяющей свое положение на повторных снимках, свидетельствует о кишечной ишемии. Сопоставление рентгенограмм, сделанных с некоторым интервалом во времени (6–8 часов), помогает дифференцировать обычное расширение кишечных петель от фиксированных и неподвижных участков. Этот симптом считается патогномоничным для некроза кишки, а соответственно, позволяющим ставить показания к операции.

Снижение пневматизации и неравномерное газонаполнение кишечных петель позволяют продолжить консервативную терапию с тщательным контролем за состоянием ребенка и изменением рентгенологической картины. Внезапное появление на рентгенограммах признаков асцита является неблагоприятным фактором, говорящим о реакции брюшины на бактериальный перитонит, о возможной прикрытой перфорации кишки. Сочетание асцита и появления газа в воротной вене сопровождается высокой смертностью пациентов.

Пневмоперитонеум – скопление свободного газа в брюшной полости, чаще под куполами диафрагмы, у детей с НЭК неопровержимо свидетельствует о перфорации полого органа. Отсутствие на рентгенограмме газа в свободной брюшной полости при наличии перфорации объясняется тем, что перфорация может быть прикрытой или «открываться» в карман или полость сальниковой сумки, изолированные от свободной брюшной полости.

Лапароцентез

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства – для выявления выпота в брюшной полости, инфильтратов, абсцессов.

Лапароцентез. Получение из брюшной полости при аспирация более чем 1,0 мл желтокоричневого или зеленого мутного содержимого свидетельствует о некрозе кишки.

Лабораторная диагностика – специфических тестов не существует.

Таким образом, основной целью обследования детей с НЭК является выявление всего комплекса клинических проявлений, позволяющих как можно раньше диагностировать заболевание и оперировать больных до развития перфорации кишки или желудка.

Абсолютные показания к хирургическому лечению

Появление в брюшной полости пальпируемого опухолевидного образования, свидетельствующего о наличии внутрибрюшного абсцесса или конгломерата спаянных между собой некротизированных кишечных петель.

Лечение некротического энтероколита зависит от стадии заболевания и степени выраженности симптомов и складывается из консервативного и хирургического этапов.

УЗИ брюшной полости при НЭК второй стадии

Консервативное лечение некротического энтероколита

1. Энтеральное питание – режим трофического кормления (1ml/kg – микроструйное введение) при НЭК I ст.

При малейшем подозрении на НЭК IIа ст. – отмена энтерального питания.

Постановка в желудок для декомпрессии постоянного назогастрального или орогастрального зонда (держать открытым).

2. Респираторная поддержка (ИВЛ, неинвазивная вентиляция легких).
3. Антибактериальная терапия (карбапенемы + гликопептиды или комбинированные цефалоспорины).

Схемы введения антибактериальной терапии:

Карбапенемы: меропенем (меронем) – 20 мг/кг.
Менее 32 недель гестации – менее 14 дней – каждые 12 часов.
Старше 14 дней – каждые 8 часов.
Старше 32 недель гестации – 1–7 дней – каждые 12 часов.
Старше 7 дней – каждые 8 часов.
Тиенам (имипенем-циластатин) – 20–25 мг/кг каждые 12 часов.
Гликопептиды: ванкомицин (эдицин) – 15 мг/кг.
Менее 29 недель гестации – менее 14 дней – через18 часов.
Старше 14 дней – через 12 часов.
30–40 недель гестации – 0–14 дней – через 12 часов.
Старше 14 дней – через 8 часов .

При выделении вероятного инфекционного агента-возбудителя – смена антибактериальной терапии с учетом спектра его чувствительности.

4. Препарат глутамина для парентерального питания («Дипептивен» – 2 мл/кг).
5. Седация и аналгезия (наркотические аналгетики <фентанил – 1–3 мкг/кг/ч>).

Бензодиазепины (седуксен – 0,02–0,3 мг/кг), согласно шкале CRIES.

Натрия оксибутират (100–200 мг/кг/мин).

6. Добутамин – 2–5 мкгр/кг/ч – с появления первых симптомов НЭК.
7. Полиглобулины («Пентоглобин» – 5 мл/кг).
8. Гемо- и плазмотрансфузия по показаниям.
9. Целенаправленная терапия патологического состояния, которое было первичным у ребенка и потенцировало развитие НЭК.
10. Полное парэнтеральное питание (TPN).

Критерии для проведения TPN:

1. TPN проводится при развитии НЭК II–III стадии и продолжается в ранние сроки после хирургического лечения (3–5-е сутки).
2. Для назначения TPN необходимо добиться полной стабилизации состояния больного (коррекция метаболических нарушений и КОС, стабилизация гемодина-

мики, отмена планового наркотического обезболивания).

TPN начинают детям, рожденным с массой <1500 г, или новорожденным, которые не могут получить энтеральное питание, обеспечивающее им 80–90 ккал/кг/сут. к концу 1-й недели жизни.

Период энтерального голода недлительный (7–8 дней). Энтеральное кормление возобновляется с того момента, как у ребенка восстанавливается пассаж по кишечнику, исчезает вздутие живота, появляется стойкая тенденция к улучшению или нормализации лабораторных показателей и рентгенологических данных.

Наилучшим видом питания для новорожденного ребенка, конечно, является грудное молоко. Однако после тяжелых воспалительных заболеваний ЖКТ, длительной антибактериальной терапии развивается тяжелый дисбактериоз, в связи чем в качестве первой смеси для энтерального питания можно использовать смесь типа «Альфаре».

По мере повышения толерантности организма к вводимой смеси, стабилизации весовых прибавок ребенка постепенно переводят на вскармливание грудным молоком.

Профилактика некротического энтероколита

- Профилактика НЭК должна начинаться еще до рождения ребенка.
- Заместительная терапия внутривенным человеческим иммуноглобулином.
- «Пентаглобин».
- Оптимальный выбор антибактериальной терапии с лабораторным контролем ее эффективности.
- Соблюдение правил введения энтеральной нагрузки.

Выводы

1. К группе риска по развитию НЭК относятся недоношенные дети, перенесшие гипоксию, и дети, угрожаемые по развитию интранатальной и внутриутробной инфекции.
2. Новорожденные должны быть проконсультированы детским хирургом при появлении первых симптомов НЭК, до развития хирургических осложнений.
3. Улучшение результатов лечения НЭК возможно лишь при тесном взаимодействии врачей различных специальностей, занимающихся выхаживанием недоношенных детей.

445039, г. Тольятти,
бульвар Здоровья, д. 25
Тел.: 8 (8482) 79-00-00
Сайт: http://www.medvaz.ttt.ru

Система мониторинга критических акушерских больных

Главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Тюменской области, главный врач ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, доктор медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации
Ирина Кукарская

Деятельность службы родовспоможения в Тюменской области, как и в целом по стране, существует сегодня, с одной стороны, в условиях повышенного спроса на объем, доступность и качество медицинских услуг, а с другой стороны – в условиях модернизации здравоохранения, перехода на федеральные стандарты и новые порядки оказания медицинской помощи.

Развитие службы охраны материнства и детства в Тюменской области в первую очередь направлено на решение задач по совершенствованию оказания медицинской помощи женщинам и детям. Основная цель мероприятий – создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям, улучшение состояния их здоровья, снижение материнской, младенческой и детской смертности (основание: государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка», определяющая основные направления в 2014–2020 годах).

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2013 года численность населения Тюменской области (без автономных округов) – 1 385 008 человек. За пять лет темп прироста численности населения составил 3,7%. Территория области представлена 21 муниципальным районом, в которых расположены 5 городов, 8 поселков городского типа и 1331 сельский населенный пункт, занимающие площадь 160,1 тысячи кв. км. Численность сельского населения области на 1 января 2013 года составила 524 967 человек, или 38% (в 2008 году – 36%), численность городского населения – 860 041 человек, или 62% (в 2008 году – 64%). На территории Тюменской области (без автономных округов) проживает 52,3% женщин (от численности всего населения). В общей численности женского населения женщины фертильного возраста составляют 49,9%.

В последнее десятилетие для Тюменской области характерно улучшение медико-демографической ситуации, что обусловлено ростом рождаемости на фоне снижения смертности населения. Департаментом здравоохранения области реализован ряд организационных мероприятий, направленных на профилактику и снижение материнской и младенческой смертности:

- внедрена система регионализации перинатальной помощи;
- ведется ежедневный оперативный мониторинг ситуации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и детям первого года жизни в районах области.

Звенья одной цепи

Стационарную помощь при беременности и родах оказывают 24 медицинских учреждения. В области внедрена трехуровневая система перинатальной помощи. Осуществляется этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям. Функционируют три перинатальных центра: областной – в г. Тюмени и межрайонные – в г. Ишиме и Тобольске. За перинатальными центрами закреплены зоны обслуживания с учетом местной инфраструктуры, транспортной доступности, оснащенности учреждений и обеспечения медицинскими кадрами. Таким образом, сеть перинатальных центров охватывает всю территорию региона. Также на территории работают 690 ФАПов, курирующие здоровье населения в отдаленных сельских населенных пунктах.

В перинатальных центрах области внедрены инновационные технологии выхаживания детей с экстремально низкой массой тела (технологии первичной реанимационной помощи и ранней респираторной стабилизации, обеспечение роста и развития, динамического наблюдения и восстановительного лечения).

При анализе данных о медицинском обслуживании и состоянии здоровья беременных, рожениц и родильниц отмечается положительная динамика ряда показателей: так, например, доля беременных, поступивших под наблюдение до 12 недель, составила 84,3%, за пять лет этот показатель увеличился на 10,3%. За пять лет число родов выросло с 21 273 до 23 740 (темп прироста – 11,6%). Удельный вес нормальных родов увеличился на 21%.

Показатель материнской смертности в Тюменской области составил в 2013 году 8,3 на 100 тысяч живорожденных (0 в 2012 году), в структуре 2 случая смерти женщин от эмболии околоплодными водами и экстрагенитального заболевания, диагностированного посмертно. Надо заметить, что экстрагенитальные заболевания в структуре основных причин МС в регионе с 2005 году составили 44%.

По мнению А.Л. Гридчик (2002 год), маломощные акушерские стационары являются фактором риска материнской смертности. Частота смертей в акушерских стационарах на 40 коек и менее с числом родов 500 в год и менее в 2,6 раза выше, чем в стационарах на 150 коек и более с числом родов 1750 в год и более. Это объясняется наличием оптимальной штатной структуры с анестезиологической службой в крупных роддомах, постоянным тренингом медицинского персонала, профессиональным общением с большим потоком разнообразных пациентов.

В 1995 года в Тюменской области на базе областной клинической больницы создан Центр медицины катастроф (далее ЦМК). Отделения экстренной и плановой консультативной помощи открыты в крупных городах региона: Тюмени, Ишиме и Тобольске. Центр оснащен современными средствами радиосвязи, запасами медикаментов и изделий медицинского назначения. В центре имеется специализированный санитарный транспорт (в том числе арендует вертолет Ми-8), который предназначен для доставки врачей-консультантов в ЛПУ области, врачебных бригад, эвакуации больных для оказания медицинской помощи в пути следования. Медицинские бригады обеспечены дыхательной и следящей аппаратурой.

ЦМК осуществляет деятельность круглосуточно; имеет диспетчерский пункт с четкой организацией системы оповещения и регистрации (наличие карты региона с обозначением районов, медицинских организаций и расстояний между ними, графики и состав бригад квалифицированных специалистов, номера телефонов и место их основной работы, радиосвязь и выход на междугороднюю связь). В экстренной ситуации в течение 20–30 минут после поступления заявки медицинской организации ЦМК направляет бригаду профильных квалифицированных специалистов; обеспечивает транспортировку женщин и новорожденных детей в специализированном транспорте до момента госпитализации в стационар соответствующего уровня.

Выездная бригада врачей в случаях невозможности перевозки пациента оказывает лечебно-консультативную, при необходимости оперативную помощь до стабилизации состояния женщины и ребенка.

Критические состояния

Под критическим состоянием в акушерстве понимают крайнюю степень патологии, при которой требуются искусственное замещение или активная поддержка жизненно важных функций организма матери и плода. Изучение критических состояний в акушерско-реанимационной практике с учетом анализа причин проведения адекватной интенсивной терапии и профилактики этих состояний является одной из важнейших задач практического здравоохранения для снижения материнской смертности (МС).

Пациенту в критическом состоянии для проведения экстренной и адекватной терапии необходим синдромный подход, так как степень тяжести состояния больных определяет комплекс синдромов критических состояний, требующих немедленной и максимально эффективной коррекции. Прогрессирование этих синдромов, клинически проявляющихся развитием гнойно-септических и неврологических осложнений, является причиной летальных исходов в среднем у 35% больных, перенесших критические состояния.

Терапия критических состояний – это вид врачебной деятельности, формирующий у врача особые подходы к лечению пациента и особое медицинское мышление, характеризующееся недопустимостью малейшего промедления при диагностике и оказании

помощи. Успех лечения больного в критическом состоянии возможен лишь при соблюдении трех основных условий:

- высокая квалификация врача;
- техническое и лекарственное обеспечение;
- наличие исчерпывающей информации о состоянии пациента.

В целях повышения эффективности управления системой здравоохранения и оперативного взаимодействия медицинских организаций при оказании медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам при критических состояниях создан приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 27 мая 2008 года № 259 «О неотложных мерах по снижению материнской и младенческой смертности», который:

- определил показания для немедленного динамического интенсивного наблюдения больных акушерско-гинекологического профиля;
- выделил ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния беременных, рожениц и родильниц;
- утвердил алгоритм взаимодействия и схему оповещения медицинских учреждений 3-го уровня при возникновении угрожающего жизни состояния у беременных, рожениц и родильниц.

Требования данного документа направлены на:

- своевременность и полноту оказания бесплатной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам при критических состояниях и новорожденным;
- взаимодействие между участниками процесса на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи;
- эффективное использования ресурсов здравоохранения.

Транспортировка больных в критических состояниях в настоящее время трансформируется из простой «перевозки» в высокотехнологичный процесс, который позволяет приблизить специализированную реанимационную помощь к пациенту.

Показаниями к переводу пациентов в специализированное медицинское учреждение являются:

- прогрессирующая ОДН, печеночная недостаточность, развитие синдрома острого повреждения легких, требующие сложных и современных методов респираторной поддержки;
- тяжелые формы коагулопатий и посттрансфузионных реакций;
- длительные коматозные состояния;
- необходимость применения эфферентных методик и экстракорпоральных методов детоксикации.

Также определены показания к включению пациентов в программу мониторинга Центра медицины катастроф.

Анализ показателей

Внедрение в медицину информационных технологий позволило организовать мониторинг динамики показателей акушерско-гинекологической службы на всех уровнях, который обеспечивает комплексность, глубину охвата медико-статистического наблюдения, объем и структуру медицинских услуг и финансовых ресурсов. Основными задачами мониторинга критических состояний у женщин являются:

- обеспечение оказания неотложной помощи, соблюдение преемственности в ведении больных между врачами всех специальностей и всеми уровнями оказания медицинской помощи;
- своевременный обмен информацией по вопросам оказания медицинской помощи;
- совместное планирование и проведение мероприятий, направленных на улучшение медицинской помощи.

Каждый случай МС, а также near miss («почти потерянные» или «едва не умершие»; далее НМС) анализируется специалистами ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень). Near miss – это пациентки с органной дисфункцией, требующие интенсивной терапии и перевода в реанимационное отделение, которые погибли бы при отсутствии проведения соответствующего лечения.

Медицинская документация пациенток, перенесших критическое состояние, изучается на предмет того, чем была обусловлена тяжесть состояния, адекватность проведенных инфузионно-трансфузионной, медикаментозной и антибактериальной терапии, определяются дефекты оказания медицинской помощи, выявляются нарушения в организации оказания медицинской помощи на первоначальном этапе, тактические и технические просчеты со стороны акушеров и анестезиологов, в особенности при атонических и гипотонических кровотечениях. В результате анализа определяется, что явилось основой благополучного исхода при критическом состоянии. Аудит каждого случая и принятие управленческого решения по его результатам направлены на оперативное пресечение возникновения новых критических состояний в акушерстве.

Анализ клинического материала позволяет прийти к выводу, что экстрагенитальная патология у беременных оказывается самой непредсказуемой в плане течения патологического процесса, нередко появляются определенные трудности в диагностике заболевания (особенно в случаях его выявления во время беременности, родов или в послеродовом периоде) и принятии решений в связи с желанием сохранить беременность, уменьшить действие вредных факторов на плод. Но, так или иначе, во всех случаях положительный результат достигался в основном за счет четкой организации проведения диагностического и лечебного процесса в системе регионального здравоохранения.

Критерии включения в группу НМС в Тюменской области следующие:

- кровотечение более 2000 мл;
- пребывание на ИВЛ более 24 часов;
- синдром полиорганной недостаточности;
- гистерэктомия;
- эмболия околоплодными водами, тромбоэмболия легочной артерии;
- тяжелая преэклампсия, эклампсия в сочетании с органной дисфункцией;
- экстрагенитальное заболевание, декомпенсация.

Причинами развития критических состояний у больных, переведенных в специализированное медицинское учреждение, включенных в мониторинг ЦМК в Тюменской области в 2010–2013 годах, явились:

- тяжелые формы гестоза – 49%;
- массивная кровопотеря – 23,5%;
- септические состояния – 14,7%;
- осложнения анестезии и ИТ – 10,0%;
- ТЭЛА – 5,0%;
- экстрагенитальное заболевание – 12,8%;
- прочие причины – 10,0%.

По опыту работы с критическими акушерскими больными в Тюменской области можно составить перечень факторов риска по возникновению или усугублению тяжести возникшего критического состояния в акушерстве:

- отсутствие раннего (в течение первых суток) перевода критических больных в специализированные медицинские учреждения 3-го уровня;
- отсутствие профессионального опыта у медицинских работников;
- факторы риска транспортировки: гипоксемия, гипотензия, гипертензия, гиперкапния, гипокапния, гипотермия;
- трудности междисциплинарного взаимодействия (несвоевременное консультирование, выезд специалистов, отказ в переводе);
- диагностические ошибки в ЛПУ 1-го уровня.

Задача организаторов здравоохранения – работать над исключением описанных выше факторов риска при работе с акушерскими пациентами.

Анализ структуры причин развития критического состояния у акушерских больных положительно отличается в 2012 году в сравнении с 2000 годом – отсутствием в структуре ятрогенных причин, снижением дефектов на амбулаторном этапе почти в 2 раза и снижением числа ошибок на уровне стационара до 2%.

С целью улучшения эффективности мониторинга критических акушерских больных в Тюменской области издан приказ от 27 мая 2014 года № 259 «Об организации реанимационно-консультативных центров по оказанию специализированной акушерско-гинекологической, неонатологической, реанимационно-анестезиологической помощи женщинам и новорожденным в Тюменской области». Основные мероприятия данного документа:

Создание областного акушерского реанимационно-консультативного центра, областного неонатологического реанимационно-консультативного центра в структуре ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень).

Создание 2 межрайонных реанимационно-консультативных центров в структуре областных больниц.

Утверждены Положение об организации специализированной акушерско-гинекологической и реанимационно-анестезиологической помощи жительницам г. Тюмени и Тюменской области в акушерском реанимационно-консультативном центре и Положение об организации специализированной неонатологической и реанимационно-анестезиологической помощи новорожденным г. Тюмени и Тюменской области в неонатологическом реанимационно-консультативном центре.

Утверждены перечни синдромов и заболеваний у женщин в период беременности, родов, в послеродовом периоде, при наличии признаков которых врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тюменской области обязан обратиться в АРКЦ, затем госпитализировать в соответствующее специализированное учреждение.

Разработана документация учета и отчетности центров.

Составляющие успеха

В Тюменской области принимаются существенные меры по сохранению и развитию кадрового потенциала отрасли здравоохранения, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава. Совершенствуется система подготовки врачей для лечебных учреждений Тюменской области на основе «целевых» заказов. Ежегодно из областного бюджета выделяется свыше 18 млн рублей на подготовку врачей и средних медицинских работников.

Кроме мероприятий, проводимых в отделениях реанимации и интенсивной терапии и приведших к положительным результатам при лечении критических состояний у акушерских пациентов, необходимо отметить общие положения, реализация которых осуществлялась в системе здравоохранения Тюменской области. Мероприятия, проводимые по результатам мониторинга

критического состояния специалистами, работающими в системе областного родовспоможения, направлены на корректное ведение родов, выработку правильных решений при наличии тех или иных осложнений родов или послеродового периода. В результате приобретенного опыта в анестезиолого-реанимационных бригадах (врачей акушеров-гинекологов и анестезиологов) выработана стойкая настороженность к пациентам группы риска.

Быстрая транспортировка пациентов в критическом состоянии в ОРИТ силами и средствами ЦМК Тюменской области с проведением транспортной коррекции жизненно важных систем является одним из важных условий достижения благоприятного исхода при лечении критического состояния у акушерских больных.

Доказана целесообразность владения оперативной техникой остановки маточного кровотечения каждым оперирующим акушером-гинекологом, поскольку вызов соответствующего специалиста или консультанта всегда связан с потерей драгоценного времени, что приводит к развитию критического состояния.

Обязательная подготовка врачей-специалистов системы охраны материнства и детства необходима в условиях стремительного внедрения новых медицинских технологий, методов диагностики и лечения, оснащения современным оборудованием, развития дистанционных методов работы.

Сегодня деятельность службы родовспоможения приобретает особую актуальность, и в приоритетные направления развития выходят акушерская помощь, повышение доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям.

Соблюдение основных принципов диагностики и стандартов при оказании акушерской помощи, а также максимальное приближение высококвалифицированной реанимационной помощи к пациенту в акушерстве явились решающими факторами снижения материнской смертности в Тюменской области. В целом охрана материнства и детства, совершенствование и внедрение новых методов профилактики, повышение доступности и качества медицинской помощи населению области, в том числе высокотехнологичной, способствуют достижению конечной цели деятельности здравоохранения области в целом – сохранению и укреплению здоровья населения.

625002, г. Тюмень, ул. Даудельная, д. 1
Тел./факс: (3452) 50-82-77
E-mail: perinatal@iris72.ru, tocomide@mail.ru
Сайт: http://perinatal-center.pro

Хирургическая помощь новорожденным

Сохранение репродуктивного здоровья, снижение заболеваемости и смертности новорожденных и детей раннего возраста остаются важными социальными и медицинскими проблемами

Главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр» Министерства здравоохранения Хабаровского края, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ
Валерий Ступак

Одним из наиболее важных показателей уровня развития здравоохранения в любой стране является младенческая смертность, которая в значительной мере обусловлена врожденной патологией, требующей хирургических вмешательств уже в периоде новорожденности. Несмотря на проводимые профилактические мероприятия и развитие технологий пренатальной диагностики, врожденные пороки развития (ВПР) стойко занимают вторую позицию в структуре причин младенческой смертности.

В связи с этим Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года предусмотрено дальнейшее развитие перинатальных центров, и отдельным направлением закономерно выделено развитие неонатальной хирургии.

Активная поддержка правительства Хабаровского края службы материнства и детства позволила реализовать ряд программно-целевых мероприятий и внедрить современные перинатальные технологии в систему здравоохранения нашего региона. Бурное развитие перинатальной медицины началось с 2001 года, с момента образования краевого Перинатального центра. Сосредоточение ресурсов федерального и краевого бюджетов позволило за 11 лет снизить показатель младенческой смертности вдвое, материнской смертности – более чем в 10 раз.

Шанс на жизнь

Реальным резервом снижения детской инвалидности и смертности являются профилактические меры и повышение качества медицинской помощи при ВПР.

В Хабаровском крае сформирована система оказания помощи беременным с ВПР плода и новорожденным с аномалиями развития, включающая все этапы, направленные на сохранение жизни матери и ребенка: это внутриутробная диагностика врожденного порока; пренатальный консилиум, определяющий план ведения беременности, сроки и способ родоразрешения; организация дистанционного наблюдения и централизация беременных с ВПР плода для родоразрешения в краевом Перинатальном центре, где создана служба детской хирургии неонатального периода – отделение анестезиологии-реанимации с отдельным блоком палат для хирургических больных, отделение хирургии новорожденных с операционным блоком; кабинет катамнеза, осуществляющий наблюдение пациентов после выписки из стационара до 3-летнего возраста.

Такая функциональная модель позволила организовать в крае оказание специализированной помощи с момента выявления ВПР внутриутробно до выписки ребенка из стационара, что значительно повышает его шансы на жизнь.

Достигнутые в последнее время успехи в лечении ВПР позволяют в большинстве случаев рекомендовать женщине и семейной паре сохранение беременности.

Эффективное взаимодействие

С целью максимального приближения медицинской помощи к новорожденному с ВПР, требующим экстренного хирургического вмешательства после рождения, родоразрешение беременных с пренатально установленным пороком плода более чем 80% случаев проводится в условиях центра.

Эффективное сотрудничество акушеров-гинекологов с детскими хирургами

и реаниматологами-неонатологами позволяет не только определить оптимальный срок и способ родоразрешения, но и, что немаловажно, совместно разработать тактику ведения новорожденного в до- и послеоперационном периодах, так как более чем у половины детей хирургическая патология протекает на неблагоприятном фоне, который нередко определяет тяжесть состояния ребенка (недоношенность, низкая масса тела, внутриутробные инфекции, дыхательные расстройства).

Специалистами отделения хирургии новорожденных являются детские хирурги, подготовленные по вопросам неонатальной хирургии, особенностям проведения исследований и лечения детей раннего возраста, в том числе недоношенных. Все врачи отделения прошли подготовку на центральных базах либо в зарубежных клиниках; имеют специализацию по различным направлениям (эндоскопия, урология, торакальная хирургия). Совместно с хирургами в отделении работает врач-неонатолог, консультируют неврологи, кардиологи, офтальмологи и другие профильные специалисты.

В центре хирургическое лечение проводится всем больным с врожденной патологией, требующей оперативного вмешательства в периоде новорожденности. Часть операций выполняется совместно с врачами нейрохирургами, ортопедами-травматологами, челюстно-лицевыми хирургами; с 2011 года – кардиохирургами. Специалистами отделения освоены высокотехнологичные виды медицинской помощи, в том числе реконструктивно-пластической хирургии при пороках мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, аномалиях диафрагмы, внедрены эндоскопические технологии.

Показатель хирургической активности в отделении превышает 90%. Ежегодно здесь оперируется более 150 детей, из них до 10% с массой тела до 2000 г. Доля высокотехнологичных операций составляет 60–87%. В структуре врожденной патологии превалируют ВПР органов мочевыводящей системы и желудочно-кишечного тракта.

В последние годы в отделении хирургии новорожденных начато проведение детям, рожденным в центре, этапных корригирующих операций при патологии органов желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы, что позволяет добиться лучших отдаленных результатов лечения.

Современный уровень оказания медицинской помощи новорожденным с хирургической патологией в центре обеспечивает применение респираторной поддержки современными аппаратами искусственной вентиляции легких; технологий визуализации головного мозга и внутренних органов на УЗИ-аппаратах экспертного класса, спиральном компьютерном томографе; аппаратного мониторирования жизненно важных показателей состояния больных; внедрение технологий гравитационной хирургии крови, оптимальной антибактериальной и инфузионной терапии, парентерального питания.

Динамическое наблюдение детей с корригированными ВПР в отделении катамнеза центра завершает цикл оказания медицинской помощи детям с врожденной патологией.

Со времени организации в Перинатальном центре отделения хирургии новорожденных эффективность лечения и выживаемость детей с ВПР значительно улучшились: только за последние 5 лет показатель летальности в отделении снизился в 3 раза и составил в 2013 году 2,5%. Организация антенатального трансферта в случаях ВПР, совершенствование технологий предоперационной подготовки, оперативного лечения и выхаживания новорожденных позволили свести к минимуму летальность при многих видах тяжелой патологии, такой как атрезия пищевода, диафрагмальные грыжи, атрезия 12-перстной кишки, гастрошизис, а при врожденных пороках мочевыделительной системы, кистах и опухолях брюшной, грудной полости за последние 5 лет добиться выживаемости в 100% случаев.

Результат налицо

Эффективность системы организационных и лечебно-диагностических технологий оказания медицинской помощи беременным женщинам с пренатально установленной патологией плода и новорожденным нашла отражение в краевых показателях младенческой смертности от ВПР. Так, за последние пять лет заболеваемость ВПР по Хабаровскому краю снизилась в 1,2 раза, показатель младенческой смертности от ВПР при этом снизился в 1,6 раза. Полученные результаты позволяют считать, что созданная система оказания медицинской помощи новорожденным с ВПР открывает новые возможности для выхаживания детей с врожденной патологией, значительно повышает шансы больных на высокое качество жизни.

Взгляд в будущее

В Перинатальном центре планируется дальнейшее оказание высокотехнологичной медицинской помощи новорожденным по федеральной и краевой программам государственного задания, совершенствование технологий неонатальной хирургии, в том числе внедрение мини-инвазивных эндоскопических вмешательств при урологической патологии (стенирование мочеточников, эндоскопическое лечение пузырно-мочеточникого рефлюкса); внедрение телемедицинских технологий в проведение антенатальных и предоперационных консилиумов, снижение числа неонатальных трансфертов.

Кроме того, одним из важнейших направлений деятельности на ближайшие годы является совершенствование системы реабилитации детей после хирургического лечения в периоде новорожденности, особенно при таких видах патологии, как некротический энтероколит, синдром короткой кишки, атрезия пищевода и др.

Отделение хирургии новорожденных сегодня единственное такого рода отделение на территории Хабаровского края и прилегающих территориях Дальнего Востока и оказывает медицинскую помощь детям из Еврейской автономной области, Магаданской и Сахалинской областей, Камчатского края. Учитывая уникальность и узконаправленную деятельность хирургии новорожденных, высокую стоимость лечения, разумно и экономно и далее развивать данный вид помощи для территорий Дальневосточного федерального округа в перинатальном центре Хабаровского края, так как здесь имеются кадровые возможности, а также сосредоточены все современные организационные и лечебно-диагностические перинатальные технологии.

Поддержка развития данного направления обеспечит дальнейшее развитие неонатальной хирургии, включая проведение всех этапов хирургической коррекции ВПР, повышение качества и доступности высокотехнологичной медицинской помощи новорожденным с хирургической патологией, а также снижение показателей инвалидности, младенческой и детской смертности на территории Хабаровского края и Дальневосточного региона.

XV Всероссийский научный форум
Мать и Дитя
23–26 сентября 2014
Москва, МВЦ «Крокус Экспо», 65–66 км МКАД

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
Российское общество акушеров-гинекологов
Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

XVI Международная специализированная выставка оборудования, лекарственных препаратов по акушерству, гинекологии и неонатологии
«Охрана здоровья матери и ребенка – 2014»

www.mediexpo.ru www.ncagip.ru www.mother-child.ru

МЕДИ Экспо

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

Современные направления в диагностике хромосомных нарушений и пороков развития плода

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России является динамично развивающимся федеральным учреждением науки, несущим современные методы диагностики и лечения в своей области в лечебно-профилактические учреждения Юга России

Директор ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор
Виктор Линде

Заведующая консультативной поликлиникой РНИИАП, ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории
Валерия Авруцкая

Руководитель медико-генетической лаборатории РНИИАП, кандидат медицинских наук, врач высшей квалификационной категории
Роман Шокарев

Кандидат биологических наук
Наталья Кривенцова

Пренатальная (дородовая) диагностика – одно из самых молодых и бурно развивающихся направлений современной медицины. Она направлена на выявление врожденных пороков развития и хромосомных заболеваний плода в сроки беременности до 22 недель. Представляя собой процесс обнаружения или исключения различных заболеваний у находящегося в матке плода, пренатальная диагностика и базирующееся на ее результатах медико-генетическое консультирование отвечают на жизненно важные для каждого будущего родителя вопросы. Болен плод или нет? Как может повлиять обнаруженная болезнь на качество жизни будущего ребенка? Возможно ли эффективное лечение болезни после рождения малыша? Эти ответы позволяют семье осознанно и своевременно решить вопрос о дальнейшей судьбе беременности – и тем самым смягчить психическую травму, вызываемую рождением малыша с неизлечимой инвалидизирующей патологией. По данным Всемирной организации здравоохранения, около 5% новорожденных появляются на свет с различными пороками развития.

При формировании группы риска в отношении врожденных пороков развития плода учитываются следующие факторы:

- возраст матери старше 35 лет;
- наличие в семье ребенка с врожденной патологией;
- наследственные заболевания в семье, кровное родство супругов;
- профессиональные и экологические вредности;
- алкоголизм, наркомания;
- бесплодие, замершая беременность, самопроизвольные выкидыши в анамнезе;
- угроза прерывания, прием тератогенных препаратов, вирусные инфекции в I триместре данной беременности.

Современная пренатальная диагностика использует различные методики включая медико-генетическое консультирование, неинвазивные – не предусматривающие хирургического вторжения в полость матки (УЗИ, изучение биохимических сывороточных маркеров в I, II триместрах) и инвазивные – предполагающие хирургическое вторжение в полость матки с целью взятия плодного материала для последующего лабораторного исследования (биопсия хориона, амниоцентез, кордоцентез, плацентоцентез) методы обследования, а также преимплантационную диагностику при экстракорпоральном оплодотворении.

Выявление пороков развития в I и II триместрах служит основанием для прерывания беременности. УЗИ-маркеры хромосомной патологии определяют показания к кариотипированию плода.

По факторам риска, а также по результатам скринингового обследования (УЗИ в 11–13 и 18–20 недель, PAPP-A и ß-ХГ в 10–13 недель, а-ФП и ß-ХГ в 16–18 недель) формируют показания к инвазивным методам пренатальной диагностики. К инвазивным методам пренатальной диагностики, позволяющим провести цитогенетическое исследование тканей плодового происхождения, относятся биопсия хориона (9–12 недель), амниоцентез (16–22 недель, в том числе ранний в 13–16 недель), кордоцентез (с 20 недель), плацентоцентез (II триместр), биопсия тканей плода (II триместр). Выбор метода инвазивного вмешательства зависит от срока беременности и от технических возможностей лаборатории.

В настоящее время инвазивные методы пренатальной диагностики позволяют диагностировать все формы хромосомной патологии плода, определить пол плода, а также провести молекулярную диагностику ряда распространенных наследственных болезней (гемофилия, фенилкетонурия, муковисцидоз, миодистрофия Дюшена и др.).

Наиболее часто встречается патология, связанная с нарушением числа хромосом. Она достаточно часто возникает в половых клетках родителей, и будущий эмбрион может получить лишнюю хромосому (это называется трисомией). Самыми известными трисомиями являются синдром Дауна – трисомия по 21-й хромосоме, синдром Эдвардса – трисомия по 18-й хромосоме, синдром Патау – трисомия по 13-й хромосоме, или дисомия по Х-хромосоме при мужском кариотипе – синдром Клайнфельтера. При потере какой-либо хромосомы (моносомия), как, например, при синдроме Тернера – моносомии по Х-хромосоме. Указанная хромосомная патология составляет около 95% из всех наблюдаемых у живых новорожденных. Только в Ростовской области ежегодно рождается около 50 детей с трисомией по 21-й хромосоме, от 3 до 6 детей с трисомиями по 13-й и 18-й хромосомам. Пренатальная диагностика позволяет не только установить диагноз еще до рождения, но и предотвратить появление на свет детей с тяжелыми, некорректируемыми пороками развития, с социально значимыми смертельными генными и хромосомными болезнями.

Сегодня всем супругам, сознательно планирующим беременность, следует заблаговременно поинтересоваться, какими возможностями в области пренатальной диагностики располагает медицина в их регионе. Федеральное государственное бюджетное учреждение «Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии» Минздрава России вот уже более 85 лет является ведущим учреждением науки на территории ЮФО и СКФО.

В Ростовском НИИ акушерства и педиатрии на базе медико-генетической лаборатории и консультативной поликлиники с 2000 года была организована инвазивная пренатальная цитогенетическая диагностика, включающая биопсию хориона и кордоцентез.

Основным направлением развития инвазивной пренатальной диагностики явилось снижение риска прерывания беременности и расширение гестационных сроков проведения данной процедуры. С 2009 года в Ростовском НИИ акушерства и педиатрии, как и во многих зарубежных лабораториях, для пренатальной диагностики наиболее частых трисомий, наряду с классическим кариотипированием, применяется метод количественной флуоресцентной полимеразной цепной реакции (КФ-ПЦР). Данный метод позволяет обнаружить тройную дозу специфичных для каждой хромосомы маркеров – коротких тандемных повторов (STR) – и, следовательно, выявить третью «лишнюю» хромосому. Клиническое применение данного метода подтверждено высокой чувствительностью, специфичностью и позволяет получить 97% результатов в течение 48 часов и снизить риск прерывания беременности до 0,5%, так как источником ДНК могут служить, наряду с ворсинами хориона и кровью плода, амниоциты, а большая производительность данного метода позволяет организовать скрининг в группах риска из одного региона в единой централизованной лаборатории.

Учитывая высокую частоту гетерозиготного носительства мутации delF508 в гене муковисцидоза среди населения России, в эту же мультиплексную ПЦР в РНИИАП были введены праймеры на данную мутацию. Для выяснения резус-принадлежности плода определяли делецию 10 экзона в гене RhD.

В 2011 году по показаниям методом КФ-ПЦР нами было выполнено 225 инвазивных процедур, в 2012 году – 294, в 2013 году – 489, за 7 месяцев 2014 года – 288. Выявлено в 2011 году 20 плодов с хромосомной патологией, в 2012 году – 32, в 2013 году – 51, за 7 месяцев 2014 года – 33.

Преимущество разработанного и внедренного в клиническую практику РНИИАП метода КФ-ПЦР заключается в следующем: он позволил снизить риск прерывания беременности до 0,5%; для анализа нам требуется только небольшой объем плодного материала; диагностику можно выполнять с 9 по 22 неделю беременности; при необходимости возможно провести определение резус-фактора и тестирование на наличие мутаций ряда наследственных заболеваний (муковисцидоз, нейросенсорная тугоухость, адреногенитальный синдром, наследственная моторно-сенсорная нейропатия (болезнь Шарко – Мари – Тута), нарушения детерминации пола, прогрессирующая мышечная миодистрофия Дюшена – Беккера, спинальная амиотрофия типы I, II, III, фенилкетонурия, хорея Гентингтона и т.д.).

Это позволило снизить рождение детей с синдромом Дауна в Ростовской области с 62 детей в 2011 году до 37 в 2013 году. У этих детей 45% матерей были старше 35 лет. Среди беременных, у которых хромосомная патология была выявлена пренатально, доля возрастных женщин составляла 75%. В предыдущие годы доля таких матерей составляла около 30%. Это можно объяснить тем, что в Ростовской области с 2005 по 2013 года доля женщин, рожающих в возрасте старше 35 лет, увеличилась на 3% (с 6 до 9%).

Внутриутробная хирургия

Другим приоритетным направлением работы Ростовского НИИ акушерства и педиатрии является развитие внутриутробной хирургии. На базе поликлинического отделения института развернута операционная с современным оборудованием, позволяющим малоинвазивными способами проводить диагностические и лечебные мероприятия: все виды пренатальной инвазивной диагностики, редукцию эмбрионов при многоплодной беременности, декомпрессионный амниодренаж, антенатальные пункционные методики для обеспечения оттока жидкости с последующим дренированием при состояниях, угрожающих жизни плода, в том числе декомпрессии мочевыводящих путей. В настоящее время внедрен и широко используется метод лечения гемолитической болезни плода у резус-изоиммунизированных беременных женщин на основе применения инвазивных внутриматочных вмешательств. Нами проводится внутриутробное внутрисосудистое переливание отмытых эритроцитов донора плоду при гемолитической болезни. Это дает возможность при тяжелых, в том числе и отечных, формах гемолитической болезни не только избежать антенатальной гибели плода, но и пролонгировать беременность до оптимальных сроков родоразрешения.

Расширяя возможности

В ближайшей перспективе планируется дальнейшее развитие методов внутриутробной хирургии – внедрение метода лазерной коагуляции анастомозов при фето-фетальном синдроме.

В сфере пренатальной диагностики для беременных группы риска, в том числе в возрасте старше 35 лет, а также при наличии семейных случаев рождения ребенка с синдромом Дауна внедряются современные неинвазивные методы, использующие новое поколение секвенаторов, позволяющих проводить анализ следов генетического материала плода, находящихся в крови матери. Генетический материал плода (внеклеточная ДНК) выявляется в крови матери начиная с первого месяца беременности, и его доля составляет ~6% от материнской ДНК.

Для пациентов ЭКО внедряется преимплантационная генетическая диагностика. Хромосомные дефекты выявляют путем биопсии эмбриона на стадии 6–8 бластомеров или полярного тельца. Преимплантационная диагностика при экстракорпоральном оплодотворении позволяет предотвратить перенос эмбрионов с генетическими заболеваниями.

344013, г. Ростов-на-Дону,
ул. Мечникова, д. 43
Тел.: (863) 232-18-40
http://www.rniiap.ru

Инновационный подход к решению проблем инфекционной безопасности

ОГАУЗ «Областной перинатальный центр» построен на основании распоряжения Правительства РФ от 4 декабря 2007 года № 1734-р «О проектировании и оснащении в 2008–2010 годах федеральных перинатальных центров» и введен в эксплуатацию в 2010 году. Центр осуществляет замкнутый цикл оказания медицинской помощи бесплодным парам, беременным женщинам, рожающим женщинам и детям от рождения и в течение первого года жизни

И.о. главного врача ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», кандидат медицинских наук
Игорь Степанов

Заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ОГАУЗ «ОПЦ», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории
Елена Козыренко

Старшая медицинская сестра ОГАУЗ «Областной перинатальный центр»
Ольга Третьякова

В нашем Перинатальном центре широко используются современные медицинские технологии, одним из примеров внедрения таких технологий является создание особой системы инфекционной безопасности.

В современном мире актуальность проблемы инфекционной безопасности обусловлена такими факторами, как:

- создание крупных больничных комплексов со своеобразной экологией и интенсивными миграционными процессами;
- нерациональное применение антибиотиков;
- увеличение в популяции групп повышенного риска (недоношенные дети, новорожденные, беременные женщины и родильницы);
- увеличением числа инвазивных диагностических и лечебных процедур;
- изменение палитры инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП – далее по тексту);
- несоответствие нормативам площадей и набора основных и вспомогательных помещений в ЛПУ и нарушение санитарно-гигиенических режимов;
- недостаточная компетенция медицинских работников, особенно среднего медперсонала, которому отводится основная роль в профилактике ИСМП.

Только в США смертность от нозокомиальных инфекций среди новорожденных в отделениях реанимации и интенсивной терапии, по данным Economics of Preventing Hospital Infection, за 2011 год составила более 98 тысяч, а затраты на лечение новорожденных с ВБИ превысили 6,7 млрд долларов в год, а в Великобритании – 1,6 млрд фунтов стерлингов в год. В России минимальный экономический ущерб, наносимый ИСМП ежегодно, составляет около 5 млрд рублей.

Для решения проблем инфекционной безопасности на базе нашего центра первоначально был проведен анализ ИСМП в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных путем изучения историй болезни пациентов ОРИТ, которые находились в ОРИТ не менее 48 часов.

У новорожденных оценивались следующие показатели:

- продолжительность пребывания в стационаре;
- длительность ИВЛ;
- масса тела;
- наличие центральных венозных доступов;
- анализировались бактериальные посевы из содержимого трахеи, ротоглотки, материала пупочного и подключичных катетеров.

Положительный посев был зарегистрирован в 189 случаях (31%) из 610 исследованных проб, основную долю из которых составили новорожденные с экстремально низкой массой тела, которые наиболее подвержены ИСМП.

Зависимость частоты положительных посевов от частоты и длительности проводимой ИВЛ, катетеризации центральных вен представлена в таблице.

Чем выше длительность инвазивных процедур (ИВЛ и катетеризации центральных вен), тем выше частота положительных посевов.

В структуре «инфекционной палитры» встречались Staphylococcus aureus MRSA, Klebsiella pneumonia, Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli.

Вероятными причинами ИСМП, по нашему, мнению явились:

Длительность (часы)	ИВЛ	Длительность (часы)	Центральные венозные катетеры
До 24	0 (0%)	До 96	2 (6%)
24–72	3 (9%)	96–144	13 (38%)
Более 72	31 (91%)	Более 144	19 (55%)

Зависимость частоты положительных посевов от частоты и длительности проводимой ИВЛ, катетеризации центральных вен

- ненадлежащее исполнение медицинским персоналом требований санитарно-эпидемиологического режима;
- дефекты маршрутизации персонала по центру;
- сложность комплектации штатов отделения квалифицированными неонатальными медицинскими сестрами.

Для решения данных проблем для снижения ИСМП нами были выделены следующие направления в работе:

- активное использование современных перинатальных технологий;
- соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, включающее в себя правильную маршрутизацию персонала и соблюдение инфекционной безопасности;
- клининг.

Учитывая, что большинство среднего медицинского персонала не является профильным для отделения ОРИТ, были проведены обучение и профессиональная переподготовка медицинского персонала, в том числе на базе собственного симуляционного центра.

При исследовании соблюдения санитарно-эпидемиологического режима мы столкнулись с проблемой ненадлежащего исполнения медицинским персоналом требований санитарно-эпидемиологического режима: при помощи тестирования и видеофиксации было выявлено, что только 70% персонала соблюдают гигиену рук, 20% соблюдают гигиену рук время от времени , 10% вообще не обрабатывают руки.

Для решения проблемы ненадлежащего исполнения медицинским персоналом требований санитарно-эпидемиологического режима нами были определены критерии оценки качества работы среднего медперсонала, учитываемые на ежемесячной комиссии по премированию и материальному стимулированию работников центра. Проведены обучающие семинары по правилам и технике обработке рук, установлены дополнительные видеокамеры.

Учитывая выявленные несоблюдения маршрутизации, в целях исключения переноса инфекции между подразделениями центра был создан изолированный доступ в педиатрический блок и ОРИТ, выделены транспортные лифты для экстренной транспортировки из родильного и операционного залов. Лифты для пользования медперсоналом оснащены автоматической системой допуска (магнитные замки), что исключает случайное попадание в них посетителей центра.

Перед отделениями ОРИТ были установлены автоматические системы открывания двери для бесконтактной дезинфекции рук и антибактериальные коврики.

Одним из ключевых элементов создания инфекционной безопасности является клининг. Качественный клининг позволяет сделать больничную среду максимально безопасной, позволяет контролировать ИСМП и является одной из гарантий оказания медицинской помощи.

Для этих целей нами была создана отдельная структура – отделение санитарного обслуживания, что позволило снизить трудозатраты, существенно сэкономить воду и химические средства, обеспечить безопасность для персонала ввиду отсутствия контакта с грязными поверхностями и инвентарем, избежать перекрестного инфицирования, увеличить производительность труда, комплексно решить вопрос гигиены.

Автоматическая система открывания двери и система для бесконтактной дезинфекции рук перед отделением ОРИТ

Для контроля соблюдения санитарно-эпидемиологического состояния в Областном перинатальном центре создана комиссия, в которую вошли: главный врач, эпидемиолог, главная медицинская сестра, клинический фармаколог, заведующие отделениями, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.

В настоящее время результатом проводимых нами мероприятий стали отсутствие подтвержденных случаев заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи новорожденным, отрицательные показатели микробиологических исследований, отсутствие случаев инфицирования персонала.

Существенным моментом в совершенствовании профилактики ИСМП является создание мотивации в деятельности персонала. В настоящее время нельзя отказываться от командно-административных и экономических методов управления, которые предполагают материальные поощрения и наказания.

Чрезвычайно важным считаем разработку и совершенствование нормативно-методической документации, регламентирующей деятельность, проведение гигиенических и противоэпидемиологических мероприятий в ЛПУ, поскольку многие положения существующих документов устарели и требуют скорейшего пересмотра.

Таким образом применение инновационного подхода к решению проблем инфекционной безопасности позволило создать эффективную систему в учреждении родовспоможения III уровня.

634063, г. Томск,
ул. Ивана Черных, д. 96/1
Тел.: (3822) 647-520
Факс: (3822) 647-582
E-mail: office@opc.tomsk.ru
Сайт: http://opc.tomsk.ru

Пренатальный скрининг

Главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), кандидат медицинских наук
Татьяна Павлова

Служба пренатальной диагностики Республики Саха (Якутия) берет свое начало с момента организации кабинета ультразвуковой пренатальной диагностики в 1993 году на базе медико-генетической консультации Республиканской больницы № 1 Национального центра медицины (ГБУ РС (Я) «РБ № 1 НЦМ»).

С 1998 года внедрены инвазивные методы пренатальной диагностики с цитогенетической и ДНК-диагностикой патологии плода. В 2011 году на базе кабинета создано отделение пренатальной диагностики.

В 2011 году подписано соглашение между Правительством РФ и Правительством Республики Саха (Якутия) о финансировании программы массового пренатального скрининга беременных в Якутии. В 2011 году Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия) проводились организационные мероприятия: разработан порядок проведения мероприятий пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, закуплено современное оборудование, подготовлены специалисты.

Кадровая составляющая

В целях реализации мероприятий пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка Министерством здравоохранения в 2011–2013 годах проведена большая работа по подготовке кадров.

В 2011 году организована выездная первичная специализация по специальности «ультразвуковая диагностика» с участием ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», обучено 40 специалистов.

Проведены выездные семинары, тренинги с участием ведущих специалистов федеральных центров. Кроме того, обучен специалист методам диагностики МРТ плода на базе СПБГУ по программе «Рентгенология (рентгенодиагностика, КТ, МРТ, ПЭТ)». Проведена подготовка 17 специалистов по экспертной ультразвуковой диагностике с получением сертификатов соответствия FMF.

В июне 2012 года в г. Якутске проведен научно-практический семинар «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в акушерстве и гинекологии, пренатальной диагностике» с участием доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой пренатальной диагностики ИПК ФМБА РФ, эксперта ультразвуковой диагностики в акушерстве, президента Ассоциации врачей ультразвуковой диагностики в перинатологии и гинекологии М.В. Медведева. На семинаре обучено 43 специалиста.

В августе 2012 года в г. Якутске проведено тематическое усовершенствование по пренатальной ультразвуковой диагностике с участием заведующей учебно-методическим центром НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН (г. Санкт-Петербург), директора ООО «Медика» Центр медицины плода, к.м.н. Е.С. Некрасовой. На тематическом усовершенствовании обучено 35 специалистов.

В декабре 2013 года в г. Якутске проведен практический тренинг по пренатальной ультразвуковой диагностике с участием ООО «Медика» Центр медицины плода, учебно-методическим центром НИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН (г. Санкт-Петербург), к.м.н. Е.С. Некрасовой. На тренинге обучено 25 специалистов.

Учитывая региональные особенности республики, эффективными оказались выездная форма обучения на рабочем месте и выездные зональные семинары. С 2011 года по настоящее время проведены выездные обучения в 6 арктических районах и 11 заречных и центральных районах, 4 выездных зональных семинара.

Отделением пренатальной диагностики МГК ГБУ РС (Я) «РБ № 1 НЦМ» с районами проводятся вебинары и телеконсультации сложных случаев патологии плода.

За 2011–2013 годы и 6 месяцев 2014 года в Москве и Санкт-Петербурге на тематическом усовершенствовании «Эхокардиография плода. Трехмерная эхография и доплерография в акушерстве», на цикле повышения квалификации «Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии», «Основы пренатального скрининга в 11–14 недель беременности. Расширенная эхокардиография плода», «Цитогенетические и молекулярно-цитогенетические методы пренатальной диагностики хромосомных болезней» обучены 20 специалистов, стажировку на рабочем месте прошли 5 специалистов.

Материально-техническая база

В рамках программы «Модернизация здравоохранения Республики Саха (Якутия)

на 2011–2012 и 2013 год» и ПНП «Здоровье» пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка за 2011–2013 годы министерством здравоохранения приобретено 25 ультразвуковых аппаратов экспертного и высокого класса для проведения дородовой (пренатальной) диагностики и биохимический анализатор для медико-генетической консультации ГБУ РС (Я) «РБ № 1 НЦМ» для проведения биохимического скрининга.

В марте 2014 года введено в эксплуатацию здание Центра репродуктивного здоровья в г. Якутске, в структуре которого имеется отделение пренатальной диагностики. В данном отделении имеется 4 ультразвуковых аппарата экспертного и высокого класса, где централизованно организован пренатальный скрининг для беременных г. Якутска.

Таким образом, за 2011–2013 годы и 6 месяцев 2014 года Министерством здравоохранения Республики Саха (Якутия) в рамках реализации мероприятий пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка проведена работа по улучшению материально-технической базы женских консультаций (завершение строительства, капитальный ремонт, оснащение оборудованием), по повышению квалификации специалистов по пренатальной диагностике.

Алгоритм проведения комплексной пренатальной диагностики

Порядок проведения мероприятий пренатальной (дородовой) диагностики разработан с учетом региональных особенностей республики: отсутствие транспортной доступности между районами, низкая плотность на большой территории. Принято решение проводить ультразвуковой скрининг в кабинетах пренатальной диагностики при женских консультациях (1-й этап). Во всех кабинетах пренатальной диагностики УЗИ проводились по алгоритму FMF. Отдельно заполнялся протокол УЗИ, где отражалась анатомия плода (череп, мозг, профиль, верхние и нижние конечности, положение сердца, желудок, мочевой пузырь). После проведения УЗИ и установления точного срока беременности у всех беременных забиралась кровь на биохимический анализ и отправлялась вместе с данными УЗИ в медико-генетическую консультацию (МГК) Республиканской больницы № 1 Национального центра медицины. В МГК проводился биохимический анализ маркеров хромосомных аномалий (β-ХГЧ и PAPP-A). Данные УЗИ, биохимического анализа и индивидуальные данные беременной обрабатывались в программе «Астрайя» по модулю FMF. При выявлении или подозрении на врожденные пороки развития и хромосомные патологии у плода беременная женщина направляется на обследование в отделение пренатальной диагностики МГК ГБУ РС (Я) «РБ № 1 НЦМ» (2-й этап). При обнаружении аномалий и пороков осуществлялась подтверждающая инвазивная диагностика – биопсия ворсин хориона.

Эффективность профилактики врожденных патологий плода (ВПР) в 2013 году значительно повысилась при хромосомной патологии (79,6%), в том числе при синдроме Дауна (71%), а также ВПР костно-мышечной, сердечно-сосудистой систем, множественных пороках развития. На данном этапе снизилось прерывание беременности по ВПР плода, при которых успешно проводится хирургическая коррекция в условиях Перинатального центра ГБУ РС (Я) «РБ № 1 НЦМ». Совершенствование пренатальной диагностики проводилось с учетом постоянного оперативного мониторинга ВПР в РС (Я).

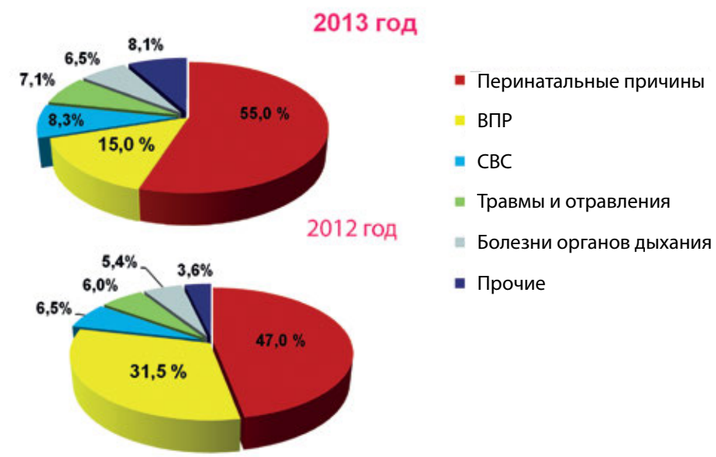
Специалистами отделения пренатальной диагностики проводится выездная работа в отдаленных и труднодоступных районах республики с оказанием организационно-методической и практической помощи врачам центральных районных больниц.

По состоянию на 1 июня 2014 года доля обследованных беременных женщин по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной диагностики нарушений развития ребенка увеличилась до 77,8% (2013 год – 68,5%, 2012 год – 64,5%). По результатам пренатальной диагностики, по состоянию на 1 июня 2014 года в 2 раза увеличилась доля выявления некорригируемых патологий плода и прерываний беременности по решению семьи в ранние сроки – до 12 недель (2013 год – 30,9%; 5 месяцев 2014 года – 60,9%). Также выявлялась с помощью молекулярно-генетической диагностики моногенная патология плода.

В результате реализации мероприятий пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в 2013 году младенческая смертность от врожденных пороков развития и хромосомных патологий плода снизилась в 2,1 раза (с 31,5% в 2012 году до 15% в 2013 году; *см. диаграмму*). За 5 месяцев 2014 года данный показатель снизился до 11,5%.

На сегодняшний день актуальным является внедрение в пренатальный скрининг молекулярных технологий с учетом особенностей распространения генетической патологии в республике.

Структура причин младенческой смертности по РС (Я) за 2012–2013 годы (по данным ЛПУ)



Сахарный диабет: локальное решение глобальной проблемы

По данным Международной федерации диабета (IDF), к 2035 году число людей с диабетом в мире составит более полумиллиарда человек по сравнению с 382 млн в настоящее время[1]. Большинство из них будет страдать от сахарного диабета 2-го типа на фоне нездорового образа жизни: неправильного питания, низкой физической активности и ожирения. Во многих странах, в том числе и в России, ожидается резкий рост заболеваемости диабетом. По данным IDF, в стране насчитывается около 10,9 миллиона больных диабетом. Это значит, что каждый 16-й взрослый человек, которого вы сегодня встретите, имеет это заболевание. Однако, по официальной статистике, количество больных диабетом в РФ составляет порядка 4 миллионов человек. Компания «Ново Нордиск» встала на путь борьбы с диабетом и уже более 90 лет следует выбранному девизу «Жить, побеждая диабет»

Глава представительства компании «Ново Нордиск»
в России и странах СНГ
Сергей Смирнов

Наша целеустремленность – наша сила

Современная бизнес-среда характеризуется медленным экономическим ростом и мерами жесткой экономии в одних странах наряду с быстрым экономическим ростом и урбанизацией в других. В странах с высоким уровнем дохода и со стареющим населением плательщики не хотят доплачивать за новые, инновационные методы лечения. В странах с низким и средним уровнем дохода идет борьба с двойным бременем: бедностью и неудовлетворительным состоянием здоровья населения. При этом доступность медицинской помощи является недостаточной и неравномерной. Многие страны, в которых системы здравоохранения в основном финансируются государством, все более жестко регулируют ценообразование на новые лекарственные средства. Становится ясно, что новые разработки будут иметь шанс на рынке, только если они удовлетворяют нереализованные потребности в медицине и сопровождаются убедительными данными об их пользе для здоровья и экономических преимуществах.

Следуя выбранной стратегии, компания «Ново Нордиск» продолжает инвестировать большие средства в исследования и разработки, в стратегические продукты и растущие рынки. Кроме того, компания изучает новые возможности по обеспечению доступности лечения, предоставляя данные о том, насколько наши препараты обладают оптимальным соотношением «затраты – терапевтическая эффективность». Все это основано на убеждении, что огромные потребности пациентов остаются неудовлетворенными, не в последнюю очередь в области лечения сахарного диабета.

С течением времени три основных элемента стратегии компании «Ново Нордиск» остаются неизменными:

- Во-первых, мы специализируемся на изучении нескольких заболеваний, в лечение которых мы можем внести значительный вклад. В результате такой специализации завоеваны прочные позиции в области лечения сахарного диабета, гемофилии и нарушений роста, одновременно создана платформа для разработки средств для лечения ожирения и аутоиммунных воспалительных заболеваний.
- Во-вторых, деятельность компании усиливает целый ряд ее ключевых компетенций: инженерия, рецептура и доставка в организм препаратов на основе терапевтических протеинов; глубокое комплексное знание заболевания; экономичное крупномасштабное производство белковых препаратов; создание и сохранение лидирующих позиций на развивающихся рынках.
- В-третьих, компания «Ново Нордиск» имеет систему управления, основанную на ценностях и закрепленную в философии компании. Ключевым элементом нашей философии является принцип «тройного результата»: мы принимаем ответственные решения с учетом их финансовых, социальных и экологических последствий. Тем самым мы постоянно повышаем эффективность нашей деятельности и увеличиваем вклад в развитие общества. Мы считаем, что долгосрочный успех в бизнесе возможен только при условии его положительного влияния на экономику, окружающую среду и общество.

Жить, побеждая диабет: то, что имеет наибольшее значение

Прошло почти десять лет с тех пор, как компания «Ново Нордиск» разработала концепцию «Жить, побеждая диабет™» (Changing Diabetes®), направленную на улучшение качества жизни людей, страдающих диабетом. За это время многое было достигнуто, но еще многое предстоит сделать. По оценкам «Ново Нордиск», компания обеспечивает лечением приблизительно 24,3 млн человек, страдающих диабетом, по всему миру. Это количество рассчитано на основании рекомендаций ВОЗ по ежедневным дозам противодиабетических препаратов. Компания поставила долгосрочную глобальную цель по обеспечению качественной противодиабетической помощью 40 млн человек к 2020 году.

Ключевым обязательством компании «Ново Нордиск» перед людьми с диабетом и перед обществом в целом является предоставление инновационных, высококачественных препаратов. У нас весьма разнообразный портфель инсулинов — от человеческих инсулинов до современных аналогов. Наша главная цель заключается в стимулировании инноваций и в разработке улучшенных препаратов, чтобы помочь людям достичь наилучших результатов лечения.

В то время как разработка лекарственных препаратов всегда будет оставаться для компании «Ново Нордиск» основным приоритетом, усилия по изменению жизни людей с диабетом выходят за рамки медицины.

Доступ к услугам здравоохранения является одним из прав человека, и программа Changing Diabetes® является ответом компании «Ново Нордиск» на глобальную проблему диабета. Ключевым элементом является стратегия по обеспечению глобального доступа к противодиабетической терапии. «Мы хотели бы жить в мире, где каждому человеку с диабетом ставят верный диагноз, каждый диагностированный получает лечение и все, получающие лечение, могут жить своей жизнью в полной мере», — объясняет Шарлотта Эрсболл, корпоративный вице-президент по корпоративному взаимодействию с заинтересованными сторонами.

Поэтому «Ново Нордиск» сотрудничает с партнерами по всему миру, чтобы кардинально изменить «правило половинок» в применении к диабету. Еще десять лет назад считалось, что диабет не оказывает непосредственное влияние на развитие страны. Сегодня неинфекционные заболевания, включая диабет, признаются основной причиной смерти во всем мире, как в странах с высокими доходами, так и в развивающихся, поэтому противостояние этим заболеваниям приобретает все большее значение для устойчивости мировой системы здравоохранения.

«Принимая во внимание нашу долгосрочную цель «40 к 20», мы надеемся внести существенный вклад в достижение цели Всемирной организации здравоохранения по снижению смертности от неинфекционных заболеваний, таких как диабет, на 25% к 2025 году», — добавляет Шарлотта Эрсболл.

Проблема глобальная, решение локальное

Сложности жизни с диабетом отличаются от страны к стране и от человека к человеку, поэтому мы выстраиваем партнерские отношения, чтобы выявить наиболее актуальные потребности в области здравоохранения и определить пути, позволяющие достичь позитивных изменений в той или иной стране.

Так, в России мы много работаем в направлении повышения осведомленности о проблеме диабета и профилактики заболевания, например при помощи мероприятий по случаю Всемирного дня диабета и Дня защиты детей, а также путем проведения комплексных информационных и просветительских акций.

Не менее актуальной в нашей стране является необходимость улучшения ранней диагностики диабета и доступа к современной терапии. В этом случае мы сотрудничаем с региональными партнерами по развитию скрининговых программ, по повышению информированности терапевтов в области лечения пациентов с сахарным диабетом 2-го типа, в частности, в рамках нашей многолетней программы «Медицинские амбиции».

Не менее важным аспектом нашей деятельности является улучшение качества жизни пациентов с диабетом. В рамках нашей международной программы DAWN™ (Диабет: отношение, желания, потребности) с 2001 года проводится изучение проблем, связанных с социально-психологическими аспектами жизни с диабетом. Компания «Ново Нордиск» уделяет большое внимание вопросам психологической поддержки и социальной адаптации людей с диабетом, поскольку адекватный самоконтроль и настрой пациента на успешное лечение на 80% обеспечивают эффективность назначенной врачом лекарственной терапии. В 2012 году глобальное исследование DAWN™ 2 прошло в 18 странах мира, в том числе и в России, где на регулярной основе проводятся психологические тренинги для детей, подростков и их родителей.

Флагманом борьбы с диабетом в нашей стране является масштабный проект «Мобильный диабет-центр» (МДЦ), который внес весомый вклад в развитие системы диабетологической помощи в России в период с 2002 по 2009 год как совместный научно-практический проект компании, Минздрава и ФГБУ «Эндокринологический научный центр» (ЭНЦ). Сегодня целью проекта под девизом «Профилактика диабета – основа здоровья нации» является проведение массового скрининга на сахарный диабет, а также организация в регионах серии информационно-просветительских мероприятий по проблеме диабета и его профилактике. Так, только в 2012–2013 годах скрининг на диабет прошли более 65 тысяч людей.

Российское производство инсулинов

Фармацевтический завод по производству инсулинов в Калужской области, создающийся с применением прогрессивных технологий, – прекрасный пример конкретных шагов, направленных на улучшение ситуации с диабетом, а также успешной реализации проектов российско-датского сотрудничества в сфере высоких технологий и медицины.

Сегодня в России приняты законодательные инициативы, нацеленные на привлечение в страну инвестиций, взят курс на модернизацию экономики и, в частности, на инновационное развитие фармацевтической отрасли, утверждена широкомасштабная стратегия развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года (ФАРМА–2020). Поэтому строительство нашего завода соответствует современным тенденциям: укреплению лекарственной безопасности страны, инвестициям в российскую экономику, внедрению высоких технологий и повышению уровня лечения сахарного диабета.

Проект по строительству завода обсуждался главным исполнительным директором «Ново Нордиск» Ларсом Ребиен Соренсеном с Председателем Правительства

Российской Федерации Дмитрием Медведевым во время его официального визита в Данию в 2010 году. Тогда же в рамках Российско-датской бизнес-конференции состоялось подписание соглашения о сотрудничестве между правительством Калужской области и компанией «Ново Нордиск». В 2011 году проект также получил поддержку Президента Российской Федерации Владимира Путина во время его официального визита в Данию. Таким образом, строительство завода в России получило одобрение высшего руководства страны, которое отчетливо видит всю серьезность проблемы, связанной с распространением диабета, и намерено безотлагательно ее решать.

Российское производство «Ново Нордиск» станет первым и единственным заводом в России по выпуску полного портфеля современных инсулинов (Левемир®, НовоРапид® и НовоМикс® 30). На заводе будет осуществляться приготовление раствора, наполнение и вторичная упаковка современных инсулинов в картриджах и инъекторах с использованием оригинальной субстанции «Ново Нордиск». Все производственные процессы полностью соответствуют как международным стандартам надлежащей производственной практики (GMP), так и корпоративным и российским требованиям к фармацевтическому производству. Строительство предприятия с нуля позволило применить в проекте передовые энергоэффективные и экологически безопасные технологии.

Производственные мощности компании располагаются в семи странах, но калужский завод станет одним из лучших в мире. При его проектировании был учтен весь опыт строительства наших предприятий в США, Японии, Франции и других странах. Разработчиком проекта завода в России стала всемирно известная компания «Фармаплан», которая проектировала все ныне действующие заводы «Ново Нордиск», а также предприятия многих ведущих фармацевтических компаний. Это будет высокотехнологичное, тесно связанное с наукой производство с великолепно оснащенной лабораторией.

Расширение лидерства в сфере лечения диабета

На противодиабетические препараты приходится почти 78% общего объема продаж компании «Ново Нордиск», большую часть которых составляют инсулины и препараты ГПП-1. В обеих областях компания «Ново Нордиск» является мировым лидером на рынке по объемам продаж и обладает хорошими возможностями для решения неудовлетворенных потребностей в лечении сахарного диабета. В портфель инсулинов входят следующие препараты:

- НовоРапид® (инсулин аспарт), наиболее широко используемый в мире инсулин быстрого действия для применения во время приема пищи.
- НовоМикс® 30 (инсулин аспарт двухфазный), современный инсулин двойного высвобождения, удовлетворяющий требованиям к концентрации сахара на базальном уровне и во время приема пищи. Этот инсулин можно применять как в начале лечения, так и для усиления инсулинотерапии.
- Левемир® (инсулин детемир), базальный аналог инсулина длительного действия для введения 1–2 раза в день. В отличие от человеческого инсулина НПХ, Левемир® обладает сниженной вариабельностью действия и, как следствие, обеспечивает более предсказуемый контроль уровня глюкозы в крови при более низком риске гипогликемий. Кроме того, инсулин Левемир® обладает благоприятным профилем с точки зрения влияния на массу тела.
- Тресиба® (инсулин деглудек) — новейший базальный инсулиновый аналог сверхдлительного действия для введения один раз в день, с ровным, стабильным профилем, длительностью действия ≥42 ч и более низкой вариабельностью сахароснижающего эффекта, чем обычно используемые базальные инсулины. В результате при использовании сопоставимых или даже более низких доз инсулина препарат Тресиба® обеспечивает такой же эффективный контроль уровня сахара в крови, как и другие базальные аналоги инсулина, при более низком риске гипогликемий (особенно в ночные часы), а также при необходимости предоставляет возможность изменения времени введения в течение суток.
- Райзодег® — растворимая комбинация препаратов Тресиба® и НовоРапид®, обеспечивающая контроль глюкозы крови как после приема пищи, так и в промежутках между ее приемами.

Кроме того, компания «Ново Нордиск» занимается разработкой нового препарата инсулина аспарт быстрого действия, который следует принимать во время еды. Кроме новых и улучшенных инъекционных инсулинов, «Ново Нордиск» также разрабатывает таблетированные формы инсулина для приема внутрь.

Глюкагоноподобный пептид 1 – новый класс средств для лечения диабета

Противодиабетический портфель компании не ограничивается инсулинами. При сахарном диабете 2-го типа первым шагом терапии является изменение образа жизни пациента и применение таблетированных препаратов или агонистов рецептора ГПП-1. При недостаточной эффективности этих мер пациенту может быть назначен инсулин. Терапия агонистами ГПП-1 – одна из главных инноваций в лечении сахарного диабета 2-го типа. Поскольку данные препараты обладают уникальной особенностью – их сахароснижающий потенциал зависит от уровня глюкозы крови. Поэтому несмотря на выраженное снижение глюкозы крови терапия этими препаратами не повышает риск гипогликемии.

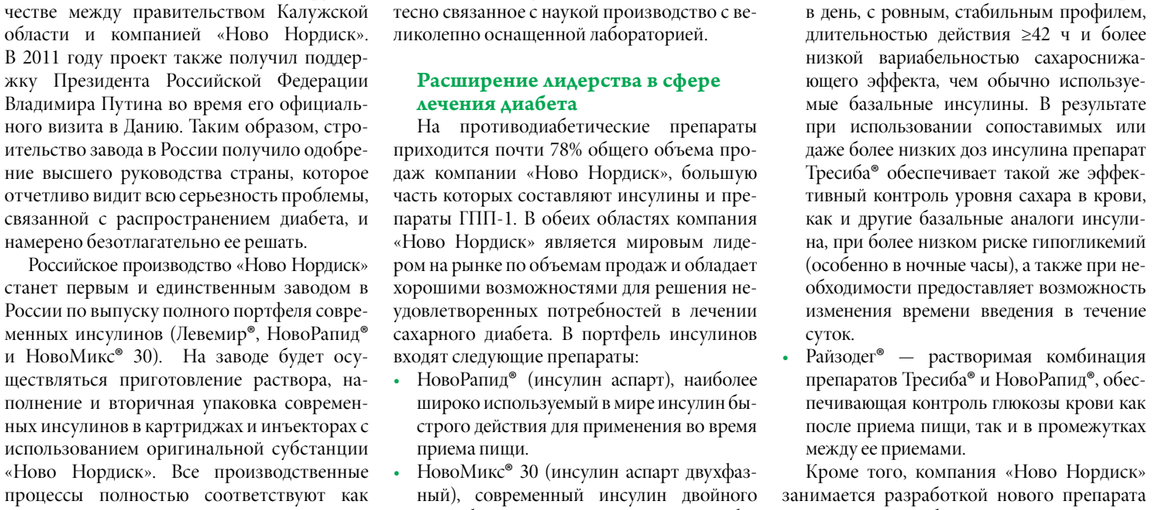
Виктоза® (лираглутид) – первый аналог человеческого ГПП-1 для введения 1 раз в день. С запуском препарата Виктоза® в 2009 году компания «Ново Нордиск» вошла в новый сегмент рынка средств для лечения диабета: агонистов ГПП-1. Виктоза® обладает 97%-ым сходством с естественным человеческим ГПП-1, вырабатываемым клетками кишечника. Препарат Виктоза® вводится один раз в день, и как естественный ГПП-1 стимулирует секрецию инсулина бета-клетками поджелудочной железы только при повышенном уровне сахара в крови.

Препарат разрешен к применению у взрослых с диабетом 2-го типа в тех случаях, когда диета, изменение образа жизни и терапия метформином – самым распространенным препаратом для лечения сахарного диабета 2-го типа – не позволяют достичь целевого уровня глюкозы крови. Менее чем за два года Виктоза® стала ведущим препаратом среди агонистов ГПП-1 в мире и сегодня присутствует на более чем 80 рынках; ее используют более 830 тыс. человек.

Сейчас компания расширяет портфель агонистов рецептора ГПП-1 с целью обеспечения более широкого спектра вариантов лечения. Основные проекты включают аналог ГПП-1 для еженедельного применения, семаглутид, по которому продолжаются исследования фазы 3а. Компания «Ново Нордиск» также разрабатывает таблетированные формы агонистов рецептора ГПП-1 для приема внутрь.

Когда длительное действие недостаточно длительное

При доступном сегодня спектре противодиабетических препаратов можно подумать, что людям с диабетом легко поддерживать оптимальный контроль уровня сахара в крови. К сожалению, все не так просто. Что хорошо для одного, может быть бесполезным для другого. И то, что помогает сегодня, может не оказывать такого же эффекта через несколько лет. Поэтому важно располагать широким спектром терапевтических подходов, позволяющих максимально адаптировать лечение диабета к изменяющимся потребностям каждого пациента.



Изображение молекулы инсулина деглудек на основании данных рентгеновской кристаллографии. Инсулин деглудек является активным ингредиентом препарата Тресиба®

Кроме того, основным недостатком всех используемых сегодня препаратов для лечения диабета является риск развития гипогликемии (низкого уровня сахара в крови).

Страх перед гипогликемией приводит к тому, что многие люди, страдающие диабетом 2-го типа, не лечат свое заболевание достаточно эффективно, чтобы снизить и поддерживать рекомендуемый уровень глюкозы в крови. Кроме того, сложность используемого режима инсулинотерапии может быть причиной несоблюдения некоторыми пациентами назначенных рекомендаций. Эти факторы могут привести к тому, что люди с диабетом подвергаются повышенному риску развития серьезных долгосрочных осложнений.

Инсулин длительного действия часто является первым шагом инсулинотерапии при сахарном диабете 2-го типа. Однако одна из проблем заключается в том, что скорость, с которой инсулин всасывается в организме, может значительно различаться в разные дни у одного и того же человека. Это повышает риск развития гипогликемии, особенно по ночам. Другая проблема состоит в том, что большинство привычно используемых базальных инсулинов не обеспечивают достаточный уровень инсулина в крови в течение всего 24-часового периода[2].

«Из разговоров с врачами и пациентами мы знали, что существует потребность в базальном инсулине сверхдлительного действия», — говорит Якоб Риис, исполнительный вице-президент по маркетингу и медицинским вопросам. Препарат Тресиба® (инсулин деглудек) был разработан с учетом этой потребности.

Соблюдение времени введения инсулина важно, но при продолжительности действия более 42 часов препарат Тресиба® при введении 1 раз в день обеспечивает возможность гибкого введения в случае необходимости. Возможность изменить время ежедневной инъекции, если ситуация того требует, обеспечивает пациентам ощущение свободы. С учетом значительно меньшего риска развития гипогликемии в ночное время препарат Тресиба® является хорошим примером того, как даже спустя 90 лет мы все еще можем улучшить инсулинотерапию.

Препарат Тресиба® был одобрен в ЕС в январе 2013 года, в России – в сентябре 2013 года. И сегодня препарат Тресиба® доступен в пятнадцати странах, где он быстро завоевал значительную долю рынка инсулинов длительного действия.

Обеспечить присутствие в области лечения ожирения

По данным ВОЗ, ожирение достигло пандемических масштабов: до 1,4 млрд взрослых (старше 20 лет) имеют избыточный вес. Из них более 200 млн мужчин и около 300 млн женщин страдают ожирением (т.е. ИМТ ≥ 30). Ожирение, как известно, является основным фактором риска в развитии серьезных заболеваний, таких как диабет 2-го типа и сердечно-сосудистые заболевания[3].

Несмотря на растущую распространенность ожирения во всем мире, в настоящее время выбор эффективных и безопасных препаратов для его лечения ограничен. Компания «Ново Нордиск» изучает возможность применения лираглутида в дозировке 3 мг 1 р/сут для лечения ожирения и ассоциированных с ним заболеваний и состояний, таких как предиабет, ночное апноэ, артериальная гипертензия и нарушения липидного обмена. В настоящее время лираглутид в дозировке 3 мг проходит проверку регуляторными органами ЕС и США.

Ссылки:

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium. International Diabetes Federation, 2013. idf.org/ diabetesatlas.
2. Klein O., Lynge J., Endahl J., Damholt B., Nosek L., Heise T. Albumin-bound basal insulin analogues (insulin detemir and NN344): comparable time-action profiles but less variability than insulin glargine in type 2 diabetes. Diabetes, Obesity and Metabolism 9:290–299, 2007.
3. Ogden at al. NCHS Data Brief No. 82 2012. Available at cdc.gov/nchs/data/databriefs/db82. pdf.

   Must et al. JAMA. 1999 Oct 27; 282(16):1523–9.

   Gami et al. Endocrinol Metab Clin North Am 2003; 32:869–894 (from 3970 protocol)

   Young T, Skatrud J, Peppard PE. Risk factors for obstructive sleep apnea in adults JAMA 2004; 29120 13–6.

   Prospective Studies Collaboration. Lancet. 2009; 373:1083–96.

   Peeters et al. Ann Intern Med. 2003.

ЭСТАФЕТА ЗДОРОВЬЯ В ХАБАРОВСКЕ

Здесь хочется жить!

Администрация Хабаровска разработала Концепцию по формированию здорового образа жизни на территории города. Сегодня к исполнению муниципальных полномочий в области охраны здоровья привлечены здравоохранение, экология, образование, культура, спортивные и молодежные объединения, муниципальные предприятия. На основе Концепции появилась целевая Программа по сохранению и укреплению здоровья населения Хабаровска, которая дала старт социальному проекту «Эстафета здоровья»

Мэр города Хабаровска
Александр Соколов

Александр Николаевич, Хабаровск не только форпост России на Дальнем Востоке, но еще и промышленный город. Почему мэрия решила подписать соглашение и вступить в объединение городов – участников проекта Всемирной организации здравоохранения «Здоровые города»?

Здоровье населения сегодня осознается как главная движущая сила и ресурс социального и экономического развития страны, а в сознании самих людей здоровье все больше связывается с успешностью и возможностями. Решение вопросов здоровья требует участия различных структур нашего общества.

Это понимание есть и у нас в Хабаровске. Именно поэтому город активно приступил к работе по сохранению и укреплению здоровья населения, и для нас крайне важен доступ к положительному опыту и технологиям, накопленным в стране и в мире по данным направлениям.

Участники проекта «Здоровые города» как раз являются носителями информации по формированию ЗОЖ. В апреле этого года вопрос об участии в проекте обсуждался на городском общественном совете по вопросам сохранения здоровья, и по итогам члены совета вышли с предложением о вступлении в ассоциацию «Здоровые города, районы и поселки». По итогам интернет-голосования жители города также подавляющим большинством поддерживают это предложение.

В городе уже второй год работает муниципальная программа «Сохранение и укрепление здоровья населения». В рамках этой программы реализуется ряд социальных проектов, в том числе «Эстафета здоровья». Вступление в ассоциацию «Здоровые города, районы и поселки» – следующий крупный шаг в выбранном направлении.

Каким критериям должен соответствовать город, чтобы войти в программу? И легко ли российским городам соответствовать этим требованиям?

Для того чтобы стать участником проекта «Здоровые города», муниципалитет должен выполнить ряд условий. С уверенностью могу сказать, что Хабаровск всем этим условиям соответствует.

В городе создана и продолжает создаваться инфраструктура, необходимая для обеспечения физического, психического и социального здоровья населения.

Принята концепция «Формирование здорового образа жизни и профилактики заболеваний в городе Хабаровске на 2013–2018 годы», которая определила стратегию по вопросам формирования ЗОЖ.

Налаживается активное взаимодействие с участниками проекта «Здоровые города». Так, в июне 2014 года администрация города представила свои наработки на VIII Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России». Очень приятно, что наш проект «Эстафета здоровья» стал одним из победителей выставки форума.

Понимая, что важны не только конечные результаты, но и процесс их достижения, мы активно вовлекаем в формирование ЗОЖ некоммерческие общественные организации города, население, представителей науки и бизнеса, руководителей предприятий.

Как вы оцениваете сегодняшнее состояние городского здравоохранения?

Как вы знаете, в 2012 году изменилось законодательство в области здравоохранения. Полномочия муниципалитета по организации отдельных видов медицинской помощи прекратились, и сейчас у нас нет возможности мониторировать индикаторы качества и доступности медицинской помощи населению.

Если говорить о периоде до 2012 года, то за предшествующее десятилетие удалось кардинально изменить здравоохранение Хабаровска. Все поликлиники и родильные дома были модернизированы и переоборудованы. Наряду с этим в Хабаровске мощно развивались краевые и федеральные специализированные центры (онкологический, кардиохирургический и т.д.). И к 2012 году хабаровчанам стали доступны практически все виды медицинской помощи. Начавшийся рост продолжительности жизни хабаровчан – лучшее тому подтверждение.

За десять лет на ремонт и реконструкцию муниципальных медицинских объектов направлено 1,8 млрд рублей бюджетных средств, в том числе 191,6 млн – по программе «Модернизация здравоохранения», принятой Правительством Российской Федерации. В результате введено в строй 19 крупных объектов, в том числе 3 родильных дома, 12 поликлиник и 4 стационара. Дополнительно отрасль получила 13,9 тысячи кв. м новых площадей, что позволило сократить дефицит площадей на 14,5%. В оставшихся зданиях проведен либо полный, либо частичный ремонт. В итоге из 100 медицинских объектов 82 приведены в соответствие с современными требованиями, 18 объектов в таких работах не нуждались.

Стабильные и последовательные действия администрации города в сочетании с аналогичными государственными мерами (Национальный проект «Здоровье», программа «Модернизация здравоохранения», программы по профилактике социально значимых заболеваний) позволили решить сложнейшую проблему дефицита медицинского оборудования. За 10 лет для учреждений здравоохранения приобретено более 6000 единиц оборудования на сумму свыше 1 млрд рублей, в том числе 135,2 млн рублей – по программе модернизации и 218 млн рублей – по национальному проекту.

К 2012 году обеспеченность медицинским оборудованием, необходимым для выполнения федеральных стандартов медицинской помощи, выросла с 25 до 100%.

Как итог, всему населению города стали в равной степени доступны такие медицинские технологии, как маммография, компьютерная томография, эндоскопические операции, и многие другие современные методы лечения, о которых десять лет назад можно было только мечтать.

Решая государственную задачу по внедрению информационных технологий, администрация города с 2003 года проводила целенаправленную работу по созданию единого информационного пространства. Это позволило к 2012 году занять лидирующие

позиции в Российской Федерации по информатизации медицинского процесса. Все рабочие места в муниципальных поликлиниках были автоматизированы, что позволило вести электронные истории болезни, обмениваться данными, предоставлять населению электронные услуги.

Акцент на профилактику привел к тому, что появились новые виды медицинской профилактики и многократно увеличились ее годовые объемы. К 2012 году для горожан, численность которых приближалась к 600 тысячам, ежегодные объемы профилактической помощи составляли 12 тысяч посещений в школы для больных, 20 тысяч посещений в центры здоровья, 600 тысяч вакцинаций, 8,8 тысячи профилактических осмотров ветеранов, 18 тысяч диспансеризаций работающего населения, 85 тысяч диспансеризаций детей, 272 тысячи профилактических обследований на туберкулез и 291 тысяча – на онкологические заболевания.

Все наши действия были направлены на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, развитие профилактических видов медицинской помощи. Проводимая работа привела к существенному снижению заболеваемости инфарктами и инсультами, общая смертность снизилась на 5%, а продолжительность жизни увеличилась на два года.

Однако вопрос доступности медицинской помощи был решен не до конца, и наши перспективные планы нацелены именно на это. Теперь, когда вся система здравоохранения переведена на государственный уровень, мы надеемся, что планы, которые были у нас в части повышения доступности амбулаторно-поликлинической помощи, будут успешно реализованы государственными структурами, но в более короткие сроки.

Александр Николаевич, не секрет, что сохраняется естественная убыль населения на Дальнем Востоке, в том числе из-за того, что часть населения переезжает жить в центральную часть России. Можно ли остановить этот поток и что сказать тем дальневосточникам, которые собираются поменять место жительства?

По официальным статистическим данным, в 2013 году численность населения Хабаровского края составила 1339,0 тысяч человек и по сравнению с 2012 годом уменьшилась на 2,2 тысячи человек, или на 0,2%.

Снижение численности населения в крае обусловлено миграционной убылью, которая по итогам 2013 года составила 2975 человек, но в то же время в 2013 году в крае зафиксирован естественный прирост населения – 804 человека.

Но эта неблагоприятная ситуация наблюдается в целом по Хабаровскому краю.

Что касается Хабаровска, то город стал одним из немногих городов Дальневосточного федерального округа, приростающим численностью населения. Социологические исследования в Хабаровске показали, что жители оценивают условия проживания здесь как достаточно комфортные.

Закрепление позитивных тенденций в демографической ситуации является одним из основных приоритетов социально-экономического развития города. На протяжении последних лет в Хабаровске растет численность населения, наметилась устойчивая тенденция роста рождаемости.

В 2013 году естественный прирост населения составил 907 человек, миграционный прирост – 6,5 тысячи человек. Население Хабаровска перешагнуло 600-тысячный рубеж!

По состоянию на 1 июня 2014 года численность населения города составила 603,4 тысячи человек, увеличившись по сравнению с аналогичным периодом 2013 года на 5,8 тысяч человек.

Безусловно, основным фактором в формировании населенческого потенциала Хабаровска является миграционный прирост населения.

Устойчивое повышение качества жизни жителей делает привлекательным город Хабаровск для притока трудовых мигрантов.

Спортивно-зрелищный комплекс «Платинум Арена»

Миграционный прирост населения за 2008–2013 годы составил более 29 тысяч человек. О чем это говорит? Люди едут туда, где спокойно и благополучно, где есть работа, где хочется жить!

В Хабаровске уровень регистрируемой безработицы не превышает 0,3% от численности экономически активного населения (в Хабаровском крае – 1,67%). Это один из самых низких показателей в России. Практически все жители Хабаровска, кто готов трудоустроиться, могут это сделать и работать.

Средняя заработная плата в 2013 году составила 43 тысячи рублей, увеличившись на 9% по сравнению с 2012 годом. Покупательная способность заработной платы (отношение к прожиточному минимуму) в 2013 году составила 4,2 раза против 3,8 в 2012 году.

Для создания комфортных условий проживания хабаровчан в городе вводятся в строй новые жилые микрорайоны, школы, детские сады, поликлиники, спортивные, культурно-развлекательные и торговые комплексы, парки и зоны отдыха.

Для поддержки молодых семей в городе реализуется программа «Жилье для молодых семей».

За последние 5 лет в городе открыто 25 новых муниципальных дошкольных учреждений, что позволило дополнительно создать более 5 тысяч мест. В полном объеме обеспечены услугами дошкольного образования дети в возрасте от 5 до 7 лет и дети льготной категории.

Уже к 2015 году все желающие будут обеспечены услугами учреждений дошкольного образования.

Возможность получить качественное образование по востребованным специальностям предоставлена 22 вузами, 16 ссузами, 6 ПТУ.

Конечно, все это способствует укоренению населения на территории города. Остановить отток населения, причем лучшей его части, можно мобилизовав все усилия правительства России и власти региона на ускоренное развитие Дальнего Востока как «важнейшего региона страны». В этой связи принята новая модель размещения производительных сил Дальнего Востока: формирование локальных зон интенсивного развития как точек высокоукладной экономики, обеспечивающей динамичное и устойчивое развитие. Они должны функционально дополнять друг друга и, имея несравненные преимущества в эффективности, давать положительный импульс сопредельным территориям.

Создание территорий опережающего экономического развития, организация ОАО «Фонд развития Дальнего Востока», перенос ряда крупных госкомпаний и федеральных органов исполнительной власти на Дальний Восток обеспечат достижение

мультипликативного эффекта для притока инвестиционных ресурсов, привлечения высококвалифицированных кадров, реализация намеченных Правительством мер будет способствовать укоренению населения Дальнего Востока России.

Профилактика – дело нелегкое в нынешних условиях. И все-таки надо начинать именно с нее, чтобы сократить заболеваемость и смертность населения. Насколько популярны в Хабаровске акции в поддержку здорового образа жизни?

Несомненно, я придерживаюсь того же мнения. Роль профилактики и пропаганды ЗОЖ в предотвращении преждевременной смертности населения от болезней является ведущей.

Работа по пропаганде ЗОЖ у нас ведется в рамках целевой муниципальной программа «Сохранение и укрепление здоровья». Программа включает в себя три проекта по формированию ЗОЖ, главным из которых является социальный проект «Эстафета здоровья». Выполняя этот проект, мы хотим решить следующие задачи: увеличить охват населения различными формами профилактических мероприятий и объем информирования по теме ЗОЖ; привлечь трудовые коллективы и образовательные учреждения к работе по формированию ЗОЖ; развить общественную инициативу по формированию ЗОЖ путем проведения конкурсов и предоставления грантов.

Организацию и координацию этой работы выполняет управление здравоохранения администрации города.

Кроме этого, элементы пропаганды ЗОЖ, создания условий и повышение мотивации населения на сохранение своего здоровья обязательно присутствуют и в других муниципальных программах. К их числу можно отнести такие программы, как «Развитие физической культуры и спорта», «Молодежь Хабаровска», «Развитие культуры в городском округе «Город Хабаровск» на период», «Обеспечение качества и доступности образования».

В 2014 году в рамках проекта проведены 15 крупных общегородских акций; 3 конкурса, в том числе на гранты; подготовлены и доведены до населения около 15 тысяч экземпляров информационных материалов по 28 темам.

Всю информацию о календаре мероприятий и самих акциях население получает из СМИ и специализированного сайта здоровыйхабаровск.рф.

Все эти акции очень позитивно воспринимаются населением.

Особой популярностью у населения пользуются такие акции, как «Ярмарка здоровья», «Шаги здоровья», «Премия здоровья», «Шагай и побеждай». Несколько слов об этих акциях.

Акцию «Ярмарка здоровья» администрация города проводит для того, чтобы сформировать у жителей города Хабаровска привычку и потребность профилактически проходить обследование, прежде всего в отношении биологических факторов риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Во время данной акции люди могут бесплатно получить консультации специалистов, пройти скрининговые тесты, обучиться гигиеническим навыкам. Чтобы сделать это мероприятие более привлекательным и праздничным, одновременно проводятся культурно-спортивные мероприятия, театрализованные представления.

В этом году городская ярмарка была приурочена ко Дню города и состоялась 31 мая в парке на берегу Амура. Конкурс на право проведения этой ярмарки выиграла молодежная некоммерческая организация с направленностью работы на формирование ЗОЖ.

В ней участвовали более 5 тысяч человек, а к ее организации привлечено более 40 учреждений и организаций.

Продолжает расти популярность еженедельной акции «Шаги здоровья», направленной на пропаганду пользы физической активности для профилактики социально-значимых заболеваний и популяризацию ходьбы пешком.

Во время прогулок врачи в неформальной обстановке рассказывают населению о способах профилактики заболеваний, раздают информационные материалы, спортивные инструкторы проводят оздоровительную гимнастику.

Хочется отметить, что в городе большая работа ведется по созданию условий для ведения здорового образа жизни и занятий физкультурой и спортом. Так, создано МУП «Хабаровск спортивный», введено 47 ставок тренеров-методистов для работы в жилмассивах с детьми и населением. Ведутся восстановление, укрепление и создание новой материально-технической базы спортивных клубов, секций, в школах работает программа бесплатного обучения детей плаванию. Количество спортивных сооружений за последние 10 лет в городе удвоилось.

В 2012 году мы учредили «Премию здоровья», и теперь ежегодно проводится конкурс на звание лауреатов премии. Итоги подводятся по четырем номинациям: за создание лучших условий для ведения ЗОЖ, за лучшее мероприятие по ЗОЖ, за лучшую пропаганду, за лучшую акцию для населения. В качестве призов победители получают для коллективов сертификаты на посещение крупных фитнес-клубов, на приобретение спортинвентаря, на коллективный выезд на природу, турбазу.

А вы как относитесь к занятиям физкультурой и спортом?

Очень люблю игровые виды спорта и по возможности с удовольствием стараюсь принимать в них участие. Вообще в администрации Хабаровска ежегодно проводится спартакиада по 10 видам спорта, в которой участвует примерно треть коллектива!

Как мэр, вы часто бываете в поездках в других городах нашей страны и даже мира. Увидели ли вы за это время что-то такое, что очень хотелось бы перенять для Хабаровска?

Во время поездок по странам обращает на себя внимание многообразие форм и методов пропаганды полезных поведенческих привычек. Таких как физическая активность, правильное питание, отказ от курения и т.д.

Наши ближайшие соседи в Китае очень широко проводят гимнастику для жителей на площадях и в парковых зонах.

В европейских странах и США развита сеть велосипедных дорожек и туристических пеших маршрутов для любителей активного отдыха любого социального статуса и физической подготовленности. Европейцы и американцы – любители терренкура и скандинавской ходьбы. Также повсеместно построены и очень доступны для населения спортклубы и тренажерные залы, что обеспечивает достаточную физическую активность.

Этот опыт мы, безусловно, используем в своих программах. Очень хороший образовательный ресурс, который есть во многих странах, – это «музеи здоровья». Они оснащены интересными экспонатами и выполняют различные образовательные программы. Эти программы пользуются большой популярностью у детей и их родителей, так как помогают на практике применять знания о том, как сохранить и укрепить здоровье.

Роль муниципальных образований в формировании здорового образа жизни

Автор: Начальник управления здравоохранения администрации г. Хабаровска, доктор медицинских наук
Ирина Шапиро

Соавторы: Заместитель мэра города по социальным вопросам администрации г. Хабаровска
Светлана Шевченко

Заместитель начальника управления здравоохранения администрации г. Хабаровска
Елена Топоровская

Главный специалист отдела планово-аналитической работы и финансирования программ управления здравоохранения
Дарья Татанова

Новые полномочия – новые возможности

В 2012 году в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ закончились полномочия муниципалитетов по организации медицинской помощи. В то же время субъектам Российской Федерации была предоставлена возможность привлечь муниципальные образования к работе по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ), как основы для увеличения продолжительности жизни населения страны.

Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 606 определил продолжительность жизни россиян одним из основных приоритетов государства и нацелил на увеличение этого показателя до 74 лет к 2018 году.

Эта сложная задача может быть решена только консолидированными усилиями всего общества. Поэтому в Хабаровском крае 22 марта 2013 года был принят Закон № 273, который наделил муниципальные образования соответствующими полномочиями по формированию ЗОЖ и сохранению здоровья.

Приступив к исполнению новых полномочий, администрация города Хабаровска разработала Концепцию по формированию здорового образа жизни на территории города. Концепция обозначила межсекторальный подход к решению задач по сохранению и укреплению здоровья населения. Сегодня в Хабаровске к исполнению муниципальных полномочий в области охраны здоровья привлечены здравоохранение, экология, образование, культура, спортивные и молодежные объединения, муниципальные предприятия. Установлены и продолжают расширяться партнерские отношения с организациями и предприятиями всех форм собственности, некоммерческими и общественными организациями.

На основе концепции появилась целевая Программа по сохранению и укреплению здоровья населения г. Хабаровска, которая дала старт социальному проекту «Эстафета здоровья». В 2014 году проект продолжает успешно развиваться.

Социальный проект «Эстафета здоровья»

Основным документом, организующим работу по формированию ЗОЖ в городе, стала целевая Программа «Сохранение и укрепление здоровья» на 2014–2016 годы, утвержденная постановлением администрации г. Хабаровска от 13 ноября 2013 года № 4834.

Исполнитель программы – управление здравоохранения. Выполнение программы предполагает работу с городским сообществом в целом, координацию деятельности всех структур и секторов в вопросах сохранения здоровья, а также мониторинг результатов.

Программа содержит три проекта по формированию ЗОЖ, главным из которых является социальный проект «Эстафета здоровья».

Социальный проект – это новая форма работы органов власти с социальными партнерами, в число которых входят учреждения и предприятия всех форм собственности, общественные и некоммерческие организации.

Орган власти в проекте выступает координатором для участников, заказчиком здоровьесберегающих технологий, организатором работы муниципальных предприятий и учреждений по их внедрению и привлечению работников к ЗОЖ, а также создает спрос на ЗОЖ среди населения в целом, широко используя СМИ, акции с участием социальных партнеров, конкурсы и гранты.

Проект предполагает выполнение комплекса мероприятий с ежегодной суммой финансирования 5,1 млн рублей.

Принятая городом Концепция по формированию здорового образа жизни отражает стратегические подходы к сохранению и укреплению здоровья жителей города и предполагает системный межсекторальный подход к достижению целевых результатов.

Концепция также определила идеологию работы, которая идет под девизом «Знать, хотеть, уметь и делать». Точкой приложения для пропаганды были выбраны полезные поведенческие привычки. Перечень полезных поведенческих привычек, необходимых каждому жителю, был сформулирован в неформальном документе «Манифест защитников здоровья», который размещен на сайте управления здравоохранения здоровыйхабаровск.рф и широко используется во всех информационных материалах и проводимых акциях.

Управление проектом «Эстафета здоровья»

Администрирование проекта обеспечивает управление здравоохранения. Календарь мероприятий – главный информационный документ для всех партнеров проекта. Он размещается на сайте «Здоровый Хабаровск» в начале года. По всем мероприятиям календаря формируются рабочие группы, которые готовят нормативно-правовые акты, организационные планы, координируют действия социальных партнеров проекта, число которых приближается к 100 и продолжает расти.

В рамках проекта другие структурные подразделения администрации города (управления образования, физкультуры и спорта, культуры) дополнительно имеют свои планы по формированию ЗОЖ, информация о выполнении стекается в управление здравоохранения.

Важным элементом привлечения городского сообщества к вопросам ЗОЖ стал Общественный совет при мэре города, который

действует с 2013 года. В него вошли представители общественных и молодежных организаций, бизнеса, промышленности, здравоохранения, образования, спорта, СМИ и депутаты Хабаровской городской думы. В марте 2014 года совет обсудил предложение о вступлении Хабаровска в ассоциацию «Здоровые города» и поддержал его.

Начало проекта «Эстафета здоровья» в 2013 году было приурочено к Всемирному дню здоровья. В 2014 году студенты и преподаватели института искусств и культуры г. Хабаровска проявили инициативу по проведению общегородской акции в этот день, которая состоялась 3 апреля под лозунгом «За ЗОЖ молодежь!». На театрализованном представлении в яркой и увлекательной форме были представлены «защитники здоровья»: физическая активность, правильное питание, позитивизм и др.

С 2013 года в ежегодном режиме начала проводиться научно-практическая конференция по вопросам ЗОЖ. Ее цели – анализ и оценка полученных за год результатов, обмен опытом, знакомство с современными тенденциями, выработка рекомендаций.

Привлечение СМИ к пропаганде и тиражированию полезных знаний по ЗОЖ идет как через установление партнерских отношений, так и через выделение муниципальных грантов.

Организация подготовки оригинальных информационных материалов ведется двумя путями: заключение муниципальных контрактов со специалистами и проведение конкурсов на лучшие творческие работы по вопросам ЗОЖ. Сейчас участники конкурса – это студенты и курсанты медицинских учебных заведений, а в перспективе – все учебные заведения города.

Физкультура. Спорт и культура

Акция «Шаги здоровья» – результат межсекторального взаимодействия администрации города, медицинских, физкультурно-спортивных и общественных организаций.

Для акции во всех районах города созданы маршруты здоровья. Хабаровчане еженедельно совершают по ним пешие прогулки, во время которых врачи консультируют по вопросам ЗОЖ, а спортивные инструкторы проводят зарядку.

Первая акция в Хабаровске прошла в марте 2013 года и получила широкий отклик. Количество участников увеличилось в разы, и сейчас это около 100 человек каждую неделю.

Одновременно ведется конкурс «Шагай и побеждай», его призерами становятся наиболее активные участники.

За последние 10 лет количество спортивных объектов в Хабаровске удвоилось, и сейчас в городе 993 спортивных сооружения, 205 спортивных площадок, 24 бассейна, где проводятся около 2 тысяч спортивных мероприятий в год.

Ежегодно вводятся в строй новые спортзалы для школ, уличные спортивные сооружения и хоккейные коробки во дворах.

Расширение работы в жилмассивах – следующий шаг в привлечении населения к массовым видам спорта. Вновь созданным учреждением «Хабаровск спортивный» за год организовано 1,5 тысячи мероприятий: эстафеты; игровые программы («Веселые старты», «Вперед, мальчишки» и др.), дворовые соревнования.

На муниципальные средства ведется обучение детей плаванию.

За 3 года доля населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом, выросла с 21,4 до 27,6%.

Подхватив «Эстафету здоровья», библиотеки, клубы и дома культуры города быстро перестроились на пропаганду ЗОЖ.

По городу покатилась волна выставок, викторин, лекториев, конкурсов, тренингов, театрализованных представлений, проясняющих пользу «защитников здоровья».

Как партнеры проекта к этому направлению присоединились более 10 общественных и некоммерческих организаций, и их число растет.

Наша общая задача – вовлечь в такие мероприятия не менее четверти населения города ежегодно.

Сайт здоровыйхабаровск.рф

Сайт «Здоровый Хабаровск» запущен 11 марта 2013 года с целью пропаганды ЗОЖ, накопления информационных и методических материалов по ЗОЖ, взаимодействия с социальными партнерами проекта «Эстафета здоровья».

На странице «Индекс здоровья» реализуется технология интерактивного опроса, которая по мере ее развития позволит оценивать уровень приверженности к ЗОЖ в режиме онлайн. Раздел «Библиотека здоровья» стал «копилкой» информации по ЗОЖ.

Сайт работает в режиме обратной связи, что позволяет учитывать интересы пользователей в дальнейшей работе.

Для участников проекта «Эстафета здоровья» одноименная страница сайта стала главной информационной площадкой. Здесь размещаются календарь эстафеты, информация об акциях и условиях участия в них. Итоговые видеоматериалы и фотографии пользуются большим спросом. Здесь же размещаются наработанные методические материалы, которыми могут бесплатно пользоваться все желающие.

Особенность нашей «Библиотеки здоровья» в том, что каждая полезная поведенческая привычка («защитник здоровья») имеет в ней свой раздел.

Главный принцип библиотеки – «Знать, хотеть, уметь и делать». Поэтому мы стремимся размещать материалы, которые бы давали такие знания о «защитнике здоровья», чтобы человек захотел его иметь и начал действовать.

На библиотеку работают только профессионалы, опытные специалисты, известные в нашем городе и далеко за его пределами.

В библиотеке много иллюстрированных материалов, а также создана и наполняется видеотека.

Начиная с марта 2013 года на сайте размещено более 600 материалов. Неуклонно растет посещаемость: месячное число визитов через год работы сайта достигло 4000. Всего за период работы сайта зарегистрировано более 50 тысяч визитов.

Средний портрет посетителя сайта – молодые люди в возрасте до 34 лет (75%), среди них женщины – 63%, мужчины – 37%.

Здравоохранение. Экология

Помощь муниципалитета необходима здравоохранению в организации профилактической работы (вакцинация, диспансеризация, обследование в центрах здоровья). Приблизить скрининги к населению, мотивировать на участие в них – это общая задача. В рамках проекта «Эстафета здоровья» отрабатываются модели межсекторального взаимодействия. Одной из них стала «Ярмарка здоровья». Охват акцией в 2013 году составил более 1,5 тысяч хабаровчан, в 2014 году – уже 5 тысяч.

Помощь здравоохранения нужна муниципалитетам в подготовке образовательных материалов по вопросам ЗОЖ, и медицинские учреждения стали партнерами проекта «Эстафета здоровья». Наработано около 60 моделей информационных материалов, общий тираж которых в 2014 году составил 15 тысяч экземпляров, и эти объемы будут ежегодно расти.

Партнерство в проекте позволило создать систему обеспечения лечебных и других учреждений, имеющих демонстрационные телеэкраны, видеоматериалами по ЗОЖ.

В 2012 году Хабаровск стал одним из городов, получивших статус «Самый чистый город России», он является и одним из самых зеленых городов. Показатель зеленых насаждений – 156,1 кв. м на 1 жителя, что в 9,8 раза превышает норматив. И это неслучайно. Ежегодно в городе высаживается более 50 тысяч кустарников, деревьев и миллионы цветов, вводятся в строй скверы и парковые зоны. На территории города (386 кв. км) имеется 21 зеленая зона для отдыха. «Зеленые легкие» исправно улучшают экологию города и способствуют сохранению здоровья хабаровчан.

В городе действует экологическая программа. После старта «Эстафеты здоровья» в нее включено проведение исследования «Влияние факторов окружающей среды на показатели здоровья населения».

10 экологических отрядов, созданных в городе, проводят экологические рейды, шествия, акции, участвуют в озеленении, пропагандируют охрану окружающей среды.

С целью экологического воспитания в 2013 году проведено 30 массовых образовательно-экологических мероприятий с участием 5 тысяч школьников (экологические путешествия, викторины, экологические программы, дни экологического просвещения, конкурсы, акции «Дни защиты от экологической опасности»).

Сфера образования. Организации и предприятия

Для вовлечения организованных коллективов в работу по ЗОЖ Мэром города Хабаровска в 2013 году учреждена «Премия здоровья». Лауреатом премии становятся предприятия и организации, образовательные учреждения и СМИ, которые провели лучшие акции по ЗОЖ, создали для своих работников лучшие возможности для его ведения. В 2013 году в конкурсе были зарегистрированы 65 участников, из которых 16 стали победителями.

Школы и детские сады города включились в «Эстафету здоровья» под девизом «Здоровым быть здорово!» и приступили к разработке новых моделей работы с детьми. Почти 50 моделей формирования полезных поведенческих привычек работают в образовательных учреждениях города. В 2014 году все школьники узнали о «защитниках здоровья», а каждый из них станет участником как минимум 10–12 мероприятий.

Не остались в стороне и вузы города, а медицинский университет разработал оригинальную модель реализации системы формирования ЗОЖ в образовательном пространстве. 168 студентов-медиков приняли участие в конкурсе на лучшую творческую работу по ЗОЖ. Благодаря этому будущие врачи получат хорошую подготовку, необходимую для профилактической работы с пациентами.

Постановлением мэра города утвержден типовой план работы по сохранению здоровья работников муниципальных предприятий и рекомендован для использования руководителям организаций всех форм собственности. Управление здравоохранения ведет подготовку методических материалов для работы предприятий по отказу от курения, повышению физической активности

т.д. Все методические материалы размещаются в свободном доступе на сайте «Здоровый Хабаровск». Межсекторальный подход к организации скринингов позволил значительно увеличить объемы диспансеризации работающего населения и обследования в центрах здоровья.

По итогам 2013 года каждый четвертый хабаровчанин был вовлечен в мероприятия по ЗОЖ.

Ожидаемые результаты и первые итоги

Результаты будут оцениваться по данным социологических исследований, выполняемых ежегодно независимой организацией по специально разработанной анкете. Оцениваются информированность и отношение жителей города к ЗОЖ, распространенность поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем), приверженность к полезным поведенческим привычкам (достаточная физическая активность, рациональное питание, контроль биологических факторов риска).

Имея полномочия, муниципалитет играет важную роль в просвещении населения и пропаганде полезных поведенческих привычек – основы для продолжительной жизни. На старте проекта в Хабаровске показатели выглядят следующим образом: доля лиц с высоким и умеренным уровнем физической активности – 45,3%; регулярно употребляющих свежие овощи и фрукты – 43,3%; некурящего населения – 59% (распространенность курения составляет 41%, в т.ч. среди мужчин – 61%, женщин – 20%). Доля лиц, имеющих одновременно все три полезные поведенческие привычки, не превышает 8%.

С 2013 года администрация Хабаровска работает по системе СМАРТ-задач. Целевые значения показателей приверженности к ЗОЖ стали СМАРТ-задачами для исполнителей проекта. Цель ближайших 3 лет – увеличить долю некурящего населения на 3%, долю лиц с умеренной и высокой физической активностью – на 5%, а регулярно употребляющих свежие овощи и фрукты – на 4%; повысить приверженность к контролю биологических факторов риска (АД, холестерин) на 6%, понимая, что выход на нормальные параметры АД и холестерина – задача первичного звена здравоохранения.

«Эстафета здоровья» призвана умножить число хабаровчан, приверженных к ЗОЖ, а конечный результат проекта – это повышение продолжительности жизни за счет снижения смертности, в первую очередь от сердечно-сосудистых заболеваний. Сейчас этот показатель в Хабаровске – 68,4 года, а показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний находится на одном уровне с РФ в целом – 753 и 725,7 соответственно. Ожидаемый трехлетний результат проекта – это снижение смертности от ССЗ на 7% и повышение средней продолжительности жизни на 3 года.

Активный диалог

28–30 мая 2014 года в МВЦ «Крокус Экспо» прошел VI Всероссийский научно-образовательный форум с международным участием «Медицинская диагностика», в рамках которого состоялись следующие мероприятия: VIII Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2014», VI Всероссийская конференция «Функциональная диагностика» и 3-й Московский международный учебный курс «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода»

Накануне Форума 26 мая 2014 года в НОК-центре гибридных технологий лучевой медицины Первого МГМУ им. И.М. Сеченова прошел первый преконгресс-мастер-класс на тему «Сосудистые поражения лица: вопросы этиологии, классификации, диагностики и лечения». Двухчасовой мастер-класс провел заведующий отделом лучевой диагностики ФГБУ «ЦНИИС и ЧЛХ» МЗ РФ, профессор А.Г. Надточий. Подробно обсуждались вопросы патогенеза сосудистых заболеваний лица, их разновидности, методики диагностики. Наиболее важной темой дискуссии стали алгоритмы лечения таких пациентов. Такой формат научного мероприятия обусловил последующую активную работу рентгенологов и врачей ультразвуковой диагностики по этому направлению в дни проведения Форума.

27 мая на кафедре лучевой диагностики и терапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова прошел еще один мастер-класс. С важным сообщением «Гибридные изображения при выявлении колоректального рака» выступил профессор Bijan Bijan (MD, MBA), Clinical Professor of Nuclear Medicine & Radiology, Cross-sectional Body Imaging / MRI & Non-vascular Interventional, Radiology and Nuclear Medicine / PET Divisions, University of California Davis Medical Center Sacramento, Калифорния (США).

Лекция собрала большое количество слушателей, как рентгенологов, так и хирургов и онкологов, работающих в этой сложной для диагностики и лечения области. Полтора часа лекции были прослушаны с большим вниманием. Затем профессор Bijan Bijan в течении часа отвечал на вопросы.

Форум начался «без раскачки» 28 мая в 9:00. Заседания проходили в 14 переполненных с раннего утра залах. За три дня интенсивной работы участники форума имели возможность посетить более 70 научно-практических заседаний, 8 школ по различным направлениям, конференции по актуальным вопросам диагностики, лекции ведущих отечественных и зарубежных ученых.

Несколько дней в переполненных залах проходили заседания VI Всероссийской конференции «Функциональная диагностика–2014», IV симпозиума «Менеджмент в медицинской диагностике», 3-го Московского международного учебного курса «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода» и VII научно-практической конференции интервенционных онкорадиологов.

Сегодня это очень актуальная проблема – соединить на одной площадке специалистов в разных модальностях лучевой диагностики. Высокая посещаемость мероприятия и отличный уровень докладов и дискуссий показывают, что становится все больше врачей, заинтересованных в новых знаниях, которые на форуме имеют возможность изучить достижения других методов диагностики. Это становится особенно важным в связи с переходом высшего и продолженного образования на новые принципы обучения: трехуровневую систему высшего образования и дополнительное профессиональное обучение с балльной накопительной системой.

Согласно официальной статистике, в форуме принял участие 3991 специалист из 27 стран, в числе которых Абхазия, Азербайджан, Армения, Беларусь, Бельгия, Болгария, Великобритания, Германия, Голландия, Израиль, Италия, Казахстан, Канада, Китай, Кыргызстан, Латвия, Молдова, Россия, США, Таджикистан, Турция, Узбекистан, Украина, Чешская Республика, Швейцария, Эстония. Из этого количества делегаты составляли 3073 человек, 410 – спикеры и оргкомитет и 508 – медицинские и технические специалисты выставки медицинского оборудования.

Отечественные делегаты представляли 276 городов и 81 субъект РФ.

В рамках форума состоялось официальное награждение почетным знаком им. профессора Ю.Н. Соколова выдающихся ученых, специалистов по лучевой диагностике. В этом году такой чести были удостоены знаменитые профессора: Юрий Викторович Варшавский, Петр Михайлович Котляров и Леонид Михайлович Розенштраух. Зал приветствовал их бурными аплодисментами.

Также были вручены почетные грамоты и ценные подарки ветеранам за многолетний труд и заслуги в области практической лучевой диагностики врачам, проработавшим в рентгеновском кабинете не менее 40 лет. Этой награды удостоились М.И. Гарбузов, Р.С. Киселева, И.А. Дулаева и М.Я. Мильман.

Традиционно были подведены итоги конкурса молодых ученых, подавших свои работы на премию им. Ю.Н. Соколова на конгресс лучевых диагностов «Радиология-2014». Победителями были объявлены К.А. Лесько и О.А. Малышева. Они получили ценные подарки – iPad и iPhone. Кроме того работы победителей конкурса будут опубликованы в электронном журнале лучевой диагностики REJR.

Впервые в рамках конгресса лучевых диагностов и терапевтов прошел Пленум Российской ассоциации радиологов (РАР) совместно с Российской ассоциацией маммологов (РАМ), посвященный важнейшей проблеме лучевой диагностики – своевременной диагностике заболеваний молочной железы. Также впервые на площадке конгресса было проведено заседание Пленума правления Московского объединения медицинских радиологов (МОМР).

В рамках конгресса было также проведено расширенное заседание заведующих кафедрами (курсами) лучевой диагностики медицинских университетов. Были рассмотрены вопросы преподавания нашей специальности в свете нового Закона «Об образовании в РФ».

В этом плане очень интересным оказались результаты проведенного впервые одновременно с конгрессом «Радиология-2014» короткого (18 часов) цикла повышения квалификации по теме «КТ и МРТ в диагностике ишемической болезни сердца».

Цикл был проведен отделом томографии Российского кардиологического научно-практического комплекса РФ и начался за день до конгресса, затем слушатели посетили два дня заседаний конгресса, где прослушали важнейшие школы и заседания, посвященные диагностике сердечно-сосудистых заболеваний. И лишь затем на рабочих станциях и приборах отдела томографии прошли практические занятия и итоговое тестирование. Такая инновационная форма преподавания получила однозначную поддержку слушателей.

На втором пленарном заседании были подведены итоги форума «Медицинская диагностика» и по традиции избран президент национального конгресса лучевых диагностов «Радиология» на 2015 год. Присутствующие единогласно поддержали на эту должность известного профессора Н.И. Рожкову. Надежда Ивановна сразу после своего избрания прочитала лекцию «Рентгенорадиологические технологии в маммологическом скрининге в России». Этот доклад профессор Н.И. Рожкова подготовила совместно с членом-корреспондентом РАН, профессором А.Д. Каприным.

Все дни работы форум сопровождала большая выставка медицинской техники. В выставке приняли участие 40 иностранных и 24 отечественные компании. На стендах можно было посмотреть и обсудить новейшие разработки в области лучевой диагностики и терапии, а на стендах некоторых компаний – участвовать в кратких «школах мастерства», которые на работающей аппаратуре проводили ведущие специалисты компаний.

Также делегаты имели возможность ознакомиться с книгами и журналами по тематике лучевой, функциональной, ультразвуковой диагностики 17 специализированных издательств.

Данное мероприятие состоялось по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации № 136 от 31 марта 2014 года.

Организаторами мероприятия выступили как университеты и НИИ (ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава РФ, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена, ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Минздрава РФ, ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава РФ и ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава РФ), так и общественные организации (Общество специалистов по лучевой диагностике, Московское объединение медицинских радиологов, Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине, Российская ассоциация радиологов, Общество интервенционных онкорадиологов, Санкт-Петербургское радиологическое общество, АНО «Национальный конгресс лучевых диагностов», Научно-практическое общество лучевых диагностов Московской области).

Форум «Медицинская диагностика» был проведен при поддержке и помощи конгресс-оператора «МЕДИ Экспо».

Динамика изменений

Западный административный округ сегодня активно развивается, являясь своеобразной экспериментальной площадкой по отработке эффективных методов управления, развития здравоохранения, привлечения инвестиций, внедрения инновационных технологий. По результатам проведения Государственной программы столичного здравоохранения на среднесрочный период 2012–2016 годов в округе укреплена материально-техническая база медицинских организаций, проведен капитальный и текущий ремонт, лечебные учреждения оснащены современным медицинским оборудованием. Проводится большая работа по повышению квалификации кадрового состава. Внедрена Единая медицинская информационно-аналитическая система

Директор ГКУ «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Западного административного округа города Москвы»
Борис Завьялов

Борис Георгиевич, в Западном административном округе столицы расположено множество лечебных учреждений. А сегодня, как известно, идет «укрупнение» больниц. Насколько безболезненно проходит этот процесс среди подведомственных Дирекции лечебных учреждений?

В результате проведенной реорганизации учреждений здравоохранения в рамках выполнения Программы модернизации столичного здравоохранения 2011–2012 годов сегодня в округе функционирует 19 медицинских организаций: 5 амбулаторно-поликлинических центров для взрослого населения на базе ГБУЗ ГП № 8, 195, 209, 212, КДЦ № 4; 4 амбулаторно-поликлинических объединения – для детского населения на базе ГБУЗ ДГП № 30, 130, 131, 132, а также ГБУЗ «ГП № 202», Центр мануальной терапии, 6 стоматологических отделений для взрослого и детского населения, противотуберкулезный санаторий № 58, а так же Родильный дом № 3. Стационары округа: ГБУЗ ГКБ № 17, 31, 51, 71 – осуществляют деятельность непосредственно ДЗМ. ГКУЗ «Дом ребенка № 21 ДЗМ» передан в ведомство Департамента социальной защиты населения г. Москвы; ГБУЗ «ГКБ № 72» присоединена к ГБУЗ «ГКБ № 31». К ГБУЗ «ГКБ № 17» присоединена Внуковская больница. Медицинская амбулаторно-поликлиническая помощь населению оказывается по трехуровневой системе, которая позволяет сделать процесс диагностики и лечения непрерывным, взаимосвязанным и направленным на конечный результат – выздоровление больного.

Процесс реорганизации учреждений здравоохранения округа, можно сказать, проходил не безболезненно. На встречах с сотрудниками медицинских организаций, с населением, с общественными советами доводились информация и разъяснения о ходе процесса.

Высказываются мнения, что врачи, поработавшие в стационаре, никогда не пойдут трудиться в амбулаторное звено. Что показывает практика, повысилась ли укомплектованность кадрами поликлиник?

В 2013 году в округе работало 12 339 медицинских работников, из них врачей – 3597 человек, среднего медицинского персонала – 5681 человек. Процент укомплектованности – 82. Возрастной состав – до 36 лет. Для решения вопроса укомплектованности Дирекция и медицинские организации принимают активное участие в ярмарках вакансий и в распределении выпускников медицинских вузов и колледжей. В амбулаторно-поликлинические объединения привлекаются для работы сотрудники кафедр ведущих вузов, федеральных центров, стационаров Москвы: ГКБ № 24, 31, 61, 71, РАМН, НЦСС им. Бакулева, 1 ГМУ, ФМН центра оториноларингологии, 1 МОКБ, больницы Боткина и т.д.; публикуются вакансии в печатных изданиях, размещается информация о вакансиях на сайтах Интернета. За период с 2005 года 165 выпускников РНИМУ пришло на работу в медицинские организации округа. Проводятся постоянные повышения квалификации, так, в 2013 году повысили квалификацию 450 врачей и 820 медицинских сестер. Прошли стажировки за рубежом в 2013 году 13 человек: в Бельгии, Израиле, Швейцарии, а также специалисты округа приняли участие в 154 научно-практических конференциях, 1 ассамблее, 6 съездах. В округе проводятся научно-практические конференции по актуальным проблемам современной медицины с участием специалистов ведущих научных и медицинских учреждений (МГУ им. Ломоносова, РКНПК, ФГБУ «Учебно-научный центр» УД Президента РФ, ГосНИИгенетика), интернет-лекции, веб-семинары, видеоконференции.

Так что в округе тесная взаимосвязь в решении кадровых вопросов между стационарами и поликлиниками.

Хочется отметить: ряд главных врачей получили заслуженные награды по повышению престижа медицинских работников; главный врач ГБУЗ «ГКБ № 17» В.К. Попович стал призером в Московском конкурсе «Менеджер года» в номинации «За стабильные результаты работы и эффективное управление предприятием». ГБУЗ «ГКБ № 17» стало призером конкурса «Лучший работодатель г. Москвы»: второе место в номинации «За развитие социального партнерства в организациях непроизводственной сферы», второе место в номинации «За сокращение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости», третье место в номинации «За развитие кадрового потенциала в организациях непроизводственной сферы».

Главный врач ГБУЗ «ГП № 212» О.В. Пиддэ стала победителем XIV Московского конкурса «Женщина – директор года».

В 2013 году победителями городского конкурса «Лучшая медицинская сестра» из 5 номинаций стали: «Лучшая медицинская сестра стационара» – Е.А. Ершова (ГБУЗ «ГКБ № 51») и «Лучшая медицинская сестра педиатрическая» – Е.А. Уменушкина (ГБУЗ «ДГП № 130»).

В рамках конкурса III Московского фестиваля «Формула жизни» победителями стали четыре врача округа. Главные врачи ГБУЗ «ГП № 209» В.И. Мочалов и ГБУЗ «ДГП № 130» Э.Х. Лимонджян стали заслуженными врачами РФ.

Что касается врачей, работающих в стационарах, и сотрудников кафедр медицинских вузов Москвы, то Дирекция округа с главными врачами ЛПУ привлекают их к работе для внедрения стационарозамещающих технологий.

Что можно сказать об использовании нового оборудования, поступившего по Программе модернизации и развития столичного здравоохранения? Удается ли благодаря ему сократить сроки ожидания сложных исследований?

Медицинские организации округа по Программе модернизации здравоохранения 2011–2012 годов оснащены современным оборудованием. В том числе и высокотехнологичным.

В 2013 году поставлено 2228 единиц оборудования, в том числе ультразвуковые системы экспертного и среднего класса, лапароскопические, видеоэндоскопические стойки, ЛОР-установки, офтальмологическое оборудование, оборудование для функциональной диагностики. Введено в эксплуатацию в 2013 году 3 МРТ, 2 компьютерных томографа, 1 комплекс цифровых рентгеновских установок на 3 рабочих места, денситометр. В 2013 году закончена установка «тяжелой» медицинской техники: МРТ, 2-х ангиографов. Все медицинские работники прошли обучение для работы на современном оборудовании.

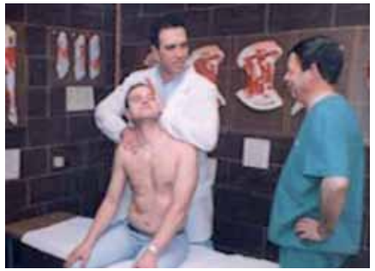
Маршрутизация пациентов позволила улучшить показатели доступности оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе и сокращение сроков ожидания диагностических исследований с 2–3 месяцев до 20 дней.

В Дирекции проводится еженедельный мониторинг эксплуатации современного оборудования, количества проведенных исследований.

О качестве медицинской помощи, наверное, трудно говорить, если не повысить заработную плату медикам. Как обстоят дела с выполнением этой части майских Указов Президента России?

Средний уровень заработной платы по округу в 2013 году составил по врачам 74 892 рубля, по среднему медицинскому персоналу 48 789 рублей, по младшему медицинскому персоналу 30 772 рубля, что позволило обеспечить выполнение целевых показателей в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О реализации мероприятий государственной социальной политики» в 2013 году.

Департаментом здравоохранения города Москвы разработана дорожная карта по ежегодному увеличению среднегородских показателей по заработной плате. Дирекцией осуществляется постоянный мониторинг уровня оплаты труда по каждому учреждению. По итогам 4 месяцев 2014 года целевые показатели выполнены по всем учреждениям округа. Все необходимые сред-



ства на реализацию Указов Президента в бюджет города заложены.

В 2013 году завершен переход на новую систему оплаты труда (НСОТ) работников здравоохранения, отличную от тарифной системы. В целом основной задачей НСОТ является фокусировка в оказании медицинской помощи на качестве услуги, результате труда через материальное стимулирование сотрудника. Непосредственные результаты его труда учитываются премиями и стимулирующими выплатами. Ориентирами являются показатели: 25–30% – базовая часть заработной платы, 70–75% – стимулирующая часть.

Необходимо отметить, что процесс стимулирования сотрудников содержит четкие критерии и конкретные показатели эффективного труда по каждой категории персонала с учетом специализации и целей функционирования кабинета или отделения, которые утверждены в каждом учреждении локальным нормативным актом. Стимулирующие выплаты доводятся до работников по результатам труда, а не с целью достижения необходимых показателей по заработной плате по учреждению. Если сотрудник учреждения хамит пациенту, нарушает врачебную этику, не выполняет нормы по врачебной нагрузке, не в полной мере выполняет свои должностные обязанности, то руководитель учреждения не имеет ни морального, ни юридического права на материальное поощрение данного конкретного работника.

Борис Георгиевич, могли бы вы сравнить ситуацию в округе на момент вашего прихода к руководству здравоохранением с современным ее состоянием? Есть ли кардинальные перемены?

Основная цель работы округа и Программы столичного здравоохранения – улучшение показателей здоровья населения. Проделана большая работа:

- проведена реорганизация амбулаторно-поликлинических учреждений с формированием 3-уровневой системы оказания медицинской помощи;
- обеспечен переход на подушевой способ оплаты амбулаторной помощи;
- по ресурсному обеспечению укреплена материально-техническая база медицинских организаций: проведен капитальный ремонт в 8 учреждениях, текущий ремонт 18 объектов, благоустройство территорий;
- лечебные учреждения оснащены современным медицинским оборудованием;
- обеспечен рост зарплаты медицинских работников;
- проведена работа по повышению квалификации кадрового состава;
- внедрена Единая медицинская информационная система.

Численность населения округа – 1 357 848 человек. Возрастной состав характеризуется преобладанием лиц трудоспособного возраста. Средняя продолжительность жизни в округе – 76,2 года. В 2013 году показатели рождаемости превысили смертность. Улучшились показатели доступности оказания первичной медико-санитарной помощи, о чем свидетельствует сокращение сроков ожидания неотложной помощи, приема врачом-терапевтом до 2–3 дней, врачом-специалистом в плановом порядке – до 7–10 дней, плановой госпитализации – до 14 дней.

Все это стало возможным в результате реализации проекта ЕМИАС. Во всех медицинских организациях установлены автоматизированные рабочие места регистратуры, инфоматы, автоматизированные рабочие места врачей.

Реализованы сервисы: записи на прием к врачу с использованием отсроченного электронного талона, запись на прием к врачу по системе «врач – врач», готовится проект электронной медицинской карты, сервиса электронного рецепта. Проводится администрирование потоков пациентов. Во всех медицинских организациях и в Дирекции созданы общественные советы. Во всех амбулаторно-поликлинических объединениях созданы геронтологические кабинеты для оказания помощи пожилым людям.

Планируем создать центр гериатрии в филиале ГБУЗ «ГКБ № 17» – Внуковской больнице. В РД № 3 действует перинатальное отделение с цитогенетической лабораторией, работает отделение медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Все громче о себе в медицине заявляет частно-государственное партнерство. Есть ли такие примеры в Западном округе столице?

В округе созданы условия и предпосылки для привлечения внебюджетных источников финансирования. В АПО округа организованы хозрасчетные отделения, оказывающие медицинскую помощь населению округа после окончания работы основной и в выходные дни, а также по тем видам медицинской деятельности, которые не входят в программу государственных гарантий и не оплачиваются ФОМС. Лидерами в округе являются из стационаров ГБУЗ «ГКБ № 31», из амбулаторной сети – ГБУЗ «КДЦ № 4».

Примером государственно-частного партнерства в ЗАО стала «Клиника 31+» на территории ГБУЗ «ГКБ № 31». Инвестор не только достроил корпус на территории ГКБ

№ 31, длительно стоявший в незавершенном виде, но и оснастил больницу самым современным оборудованием: МРТ, КТ и др., отстроил современный пищеблок для больных.

Многие врачи боятся сокращения финансирования здравоохранения из-за сложной экономической ситуации в нашей стране. Можно ли их успокоить, что деньги в бюджете столицы все-таки предусмотрены для поддержания современного уровня здравоохранения?

Бюджет города Москвы был и остается социально ориентированным. Более 50% расходов – социальные расходы, которые обеспечивают высокие стандарты социальной защиты москвичей, в том числе в области здравоохранения.

В программе «Развитие здравоохранения города Москвы (столичное здравоохранение)» утвержден объем финансовых ресурсов на реализацию программы.

Если говорить о Западном административном округе, то всего по всем источникам финансирования в 2013 году на содержание лечебно-профилактических учреждений ГКУ ДЗ ЗАО поступило 13,2 млрд рублей, что на 8% больше финансовых поступлений 2012 года.

С 1 октября 2013 года поликлиники перешли на новую подушевую систему финансирования. Пациенты сами могут выбирать поликлинику вне зависимости от места регистрации. Выбирая конкретную поликлинику, пациент обеспечит поступление в нее средств обязательного медицинского страхования. И наоборот, отказ от обслуживания будет означать для поликлиники сокращение ее бюджета. Таким образом, поликлиники прямо заинтересованы в качественном и комфортном лечении своих пациентов. В то же время в новой системе финансирования врачам нет никакого смысла выписывать избыточные направления на анализы, исследования. Отдельное финансирование поликлиники получают за профилактическую работу и диспансеризацию.

Переход медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на подушевое финансирование обязывает нас оптимизировать расходы и жестко контролировать расходные статьи бюджета. Большим источником поиска дополнительных ресурсов для решения наших задач является система контроля закупок. Эта система охватывает разные этапы: от определения целесообразности тех или иных закупок до контроля начальных цен, контроля самих процедур. Например, среднее снижение начальной стоимости торговых процедур в 2013 году по подведомственным учреждениям составило 21,6%, что позволило направить данные средства на развитие ЛПУ.

В целом все социально значимые статьи, в том числе расходы на оплату труда, закреплены в бюджете г. Москвы.

В этом году продолжится всеобщая диспансеризация. Как вы думаете, можно ли какими-то дополнительными мерами «подвигнуть» работодателей и администрации помогать медикам в проведении диспансеризации?

Одна из основных задач – профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. На это нацелена проводимая с 2013 года диспансеризация населения от 21 года до 90 лет и старше. Проводится диспансеризация определенных возрастных групп 1 раз в 3 года, ветеранов ВОВ ежегодно и профилактические медицинские осмотры.

Создана организационная модель профилактики заболеваний в системе здравоохранения округа. Работа координируется городским центром медицинской профилактики. Во всех АПО созданы отделения медицинской профилактики, организующие работу по проведению диспансеризации населения. На базе всех АПО созданы центры здоровья, задача которых – проведение профилактических медицинских осмотров на предмет выявления факторов риска развития заболевания.

В 2013 году прошли диспансеризацию 222 692 человека (при плане 220 000 человек). По возрастному составу: старше 60 лет – 23%; 37–60 лет – 44%, 21–36 лет – 33%. Им определены группы здоровья. Выявлено 23 247 случаев заболеваний, и взято на диспансерный учет 5% пациентов.

С целью профилактики заболеваний обучено здоровому образу жизни 51 196 человек, из них 11 039 детей, проведено 311 выступлений и публикаций в СМИ. Ведется Регистр лиц, подлежащих диспансеризации. Обеспечена доступность для населения: отделения медицинской профилактики работают в субботние дни, а также проводятся дни открытых дверей, День старшего поколения, Дни борьбы с инсультом, День сахарного диабета, День сердца, 50+ и старше и т.д.

Наверное, в каждом округе есть больницы и поликлиники, которые являются лидерами в развитии определенных направлений медицины. Расскажите о достижениях таких лечебных учреждений в прошлом году…

НПЦ медицинской помощи детям ДЗМ был создан приказом ДЗМ г. Москвы от 17 марта 1995 года № 175. Общая площадь помещений – 30 тысяч кв. м. Штатное рас-

писание НПЦ включает 1622 ставки, в т.ч. 45 научных сотрудников, 337,5 врача, 660,5 среднего и 325 сотрудников младшего медицинского персонала, 245 – прочего.

В 2013 году объем финансирования потребностей ГБУЗ «НПЦ медицинской помощи детям ДЗМ» составил 1045,4 млн рублей. Собственные доходы НПЦ в 2013 году составили 80,4 млн рублей.

В рамках модернизации системы здравоохранения Москвы к 2013 году НПЦ медицинской помощи детям получил по централизованным поставкам 466 единиц оборудования на сумму 161 069 910,7 рубля, закуплено за счет субсидии 13 единиц оборудования на сумму 54 932 347,27 рубля, что заметно улучшило ситуацию с оснащением НПЦ медицинской техникой. Так, установлен новый магнитно-резонансный томограф 3Тл, который позволит поднять на новый уровень нейровизуализацию заболеваний и пороков центральной нервной системы.

НПЦ мед. помощи детям оказывает специализированную медицинскую помощь детям в возрасте от первых дней жизни до 18 лет по следующим направлениям:

- хирургическое и комплексное реабилитационное лечение врожденных пороков развития и приобретенных деформаций черепно-челюстно-лицевой области, а также опорно-двигательного аппарата;
- комплексное лечение всех видов злокачественных и доброкачественных опухолей;
- хирургическое и реабилитационное лечение врожденных пороков развития центральной нервной системы; лечение врожденной и приобретенной тугоухости;
- лечение заболеваний сетчатки у новорожденных и грудных детей;
- комплексная терапия всех видов судорожных состояний, в том числе устойчивых к стандартному лекарственному лечению;
- особенное внимание уделено отделению онкологии и неонатологии.

Стационар центра рассчитан на 345 коек. В 2013 году в клинику НПЦ медицинской помощи детям было госпитализировано 5538 детей и выполнено 2102 операции, из них эндоскопических операций – 290. Клинико-консультативное отделение посетили 220 509 пациентов. Выездная паллиативная служба совершила 1034 выезда.

В ходе реорганизации НПЦ медицинской помощи детям ДЗМ с 1 сентября 2012 года в структуре центра были созданы два новых подразделения: консультативно-диагностический центр (КДЦ) и Московский центр паллиативной помощи детям (МЦППД).

Консультативно-диагностический центр развернут на базе детской городской поликлиники № 124. К 2013 году была проделана большая работа по укреплению материальной базы КДЦ, набору персонала, организации и отладке эффективного обслуживания населения. Разработан проект комплексного развития КДЦ с учетом задач повышения качества медицинских услуг населению, поставленных правительством Москвы. С начала 2013 года КДЦ выполняет свои задачи в полном объеме, обеспечивая ежедневно прием не менее 320 пациентов.

Работает стационар дневного пребывания на 30 коек, где проводятся операции по амбулаторной хирургии онкологических больных, химиотерапия. В течение года было пролечено 1295 пациентов.

Московский центр паллиативной помощи детям – 15 онкологических, 15 психоневрологических коек для детей и 30 терапевтических коек для матерей – сформирован в кадровом отношении, насыщен необходимым оборудованием и приступил к приему пациентов. При МЦППД действует выездная паллиативная служба в составе 2 бригад, под наблюдением которых находится около 200 пациентов, в 2013 году совершено 1034 выезда. Планируемая мощность МЦППД полностью обеспечивает потребности Москвы в стационарной и амбулаторной помощи детям, страдающим неизлечимыми заболеваниями.

По решению правительства Москвы ведется подготовка к открытию первого в нашем городе центра долечивания и реабилитации детей (ЦДРД) с онкологическими и неврологическими заболеваниями на Лосином Острове, рассчитанного на 60 коек. В рамках проекта «Мать и дитя» планируется установка новейшего уникального оборудования, не имеющего аналогов в нашей стране. Проект развития ЦДРД разрабатывается в тесном взаимодействии со специалистами в области онкологии и психоневрологии детской больницы «Бамбино Джезу» (Италия, Рим), располагающими рядом уникальных технологий реабилитации детей.

На базе НПЦ ведется Московский региональный сегмент Федерального регистра орфанных (редких) заболеваний. На 24 января 2014 года в регистр внесено 1014 человек, в том числе 379 взрослых и 635 детей.

Консультативную и лечебную помощь в НПЦ оказывают высококвалифицированные специалисты, среди которых 21 доктор медицинских наук и 41 кандидат медицинских наук, более 80 врачей высшей квалификационной категории. Многие специалисты НПЦ занимаются преподавательской деятельностью. Ежегодно в НПЦ внедряются новые методики диагностики, лечения и реабилитации, по целому ряду медицинских технологий центр по праву считается новаторским учреждением. В течение 2012–2013 годов было проведено 440 высокотехнологичных операций, выпущено 17 методических пособий, одобренных Департаментом здравоохранения Москвы. В 2013 году в НПЦ подготовлено 12 авторских изобретений и патентных заявок. Внедрение современных методик лечения, соответствующих европейскому уровню, позволило сократить сроки лечения в стационаре НПЦ.

В целях дальнейшего развития научной составляющей НПЦ в 2013 году были сформированы 12 научных отделов по ключевым направлениям научной и лечебной работы центра. Научные отделы объединяют и координируют деятельность научных работников и врачебного персонала в интересах совершенствования лечебного процесса.

НПЦ является известным научно-учебным центром по различным направлениям высокотехнологичной медицины как для студентов медицинских вузов, так и для врачей-специалистов из Москвы, регионов России, стран СНГ. Ежегодно в НПЦ проводятся тематические международные научно-практические конференции ученых и врачей. 15–16 октября 2013 года состоялась IX Международная научно-практическая конференция на тему «Современные медицинские технологии в детской эпилептологии и клинической генетике». По итогам конференции выпущен сборник выступлений участников.

Международные связи НПЦ способствуют решению стоящих задач. Например, партнерские отношения с детской клиникой Ватикана «Бамбино Джезу» (психоневрология и онкология), детским госпиталем Израиля им. Шнайдера (офтальмология, ЛОР-операции), детским госпиталем в Майами (трансплантология и детская хирургия), детским госпиталем в Техасе (лечение и реабилитация онкологических больных). Сотрудничество с зарубежными партнерами включает взаимные консультации и разбор больных, чтение лекций и проведение мастер-классов, обмен опытом, проведение совместных научных работ, публикацию статей. Взаимные посещения в рамках соглашений о сотрудничестве позволяют специалистам НПЦ знакомиться с новейшими технологиями, внедрять их в практическую работу своих подразделений.

Сотрудничество НПЦ медицинской помощи детям с детской больницей Ватикана «Бамбино Джезу» является одним из заметных компонентов международных гуманитарных связей России. Выполнение соглашения находится на контроле Администрации Президента РФ.

Развитие международных связей НПЦ позволяет врачам и сотрудникам центра на практике сопоставлять уровень своего профессионализма с тем, что демонстрируют зарубежные коллеги. Опыт взаимодействия с иностранными партнерами позволяет констатировать, что специалисты НПЦ, оснащение центра, а также организация его деятельности вполне соответствуют мировым стандартам организации лечения детских патологий.

Попечительский совет НПЦ, возглавляемый известным полярником А.Н. Чилингаровым, оказывает постоянную помощь и поддержку в продвижении инновационных медицинских проектов, осуществляемых НПЦ, организации лечебного процесса, создании условий для трансфера передовых медицинских технологий, создании 3-этапной системы реабилитации детей.

В соответствии с решением руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Г.Н. Голухова на базе НПЦ планируется создать научно-практический медицинский кластер «Западный», многопрофильный комплекс для оказания высокотехнологичной специализированной помощи населению в соответствии с современными медицинскими стандартами окружной больницы и центр протонно-лучевой терапии.

Борис Георгиевич, поделитесь планами и проектами на ближайшую перспективу.

Главная наша задача – обеспечить население округа доступной и качественной медицинской помощью. И мы продолжим работать в этом направлении. Первостепенные планы и проекты:

- 100%-я доступность оказания медицинской помощи населению;
- реализация мер, направленных на повышение эффективности специализированной медицинской помощи;
- расширение сервисов ЕМИАС: внедрение электронных медицинских карт, рецептов;
- комфортные условия оказания медицинской помощи;
- расширение сотрудничества с общественными организациями;
- создание Единой диспетчерской службы неотложной медицинской помощи;
- создание кабинетов паллиативной помощи;
- открытие дополнительных коек дневного стационара;
- развитие стационарозамещающих технологий – открытие коек амбулаторной хирургии;
- создание Единой базы регистра больных сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- открытие центра геронтологии;
- открытие кабинетов перинатальной диагностики;
- создание кластера на базе НПЦ МПД.

По итогам Московского конкурса «Менеджер года – 2013»
Виктор Константинович Попович признан лучшим менеджером года в номинации «За стабильные результаты работы и эффективное управление предприятием»

Жизненный принцип: «Не жди чудес, твори их сам и все доводи до конца!»

Попович Виктор Константинович – руководитель с характером, умеющий четко видеть перспективу и добиваться поставленной цели.

Виктор Константинович окончил Кишиневский государственный медицинский институт в 1975 году по специальности «лечебное дело», Академию народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации в 1998 году по специальности «менеджмент в условиях рынка».

Карьерный путь начат в должности врача-интерна по специальности «терапия» МПС «Объединенная больница и поликлиника» ст. Златоуст Челябинской области, откуда был переведен на должность врача-ревматолога. С 1978 года трудовая деятельность продолжилась на БАМе в должности заведующего отделением Железнодорожной больницы ст. Беркакит Нерюнгринского района Якутской АССР, с 1983 года назначен на должность главного врача Железнодорожной больницы ст. Беркакит Нерюнгринского района Якутской АССР. В 1992 году в порядке служебного перевода назначен заведующим городским отделом здравоохранения, а затем начальником управления здравоохранения администрации г. Нерюнгри Республики Саха (Якутия) до 2004 года.

В порядке служебного перевода назначен на должность главного врача Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы».

С 1992 по 2004 год Виктор Константинович являлся депутатом Городского собрания представителей в г. Нерюнгри Республики Саха (Якутия).

С 2008 года по настоящее время является депутатом Муниципального собрания внутригородского муниципального образования Солнцево в г. Москве.

Виктор Константинович имеет более 60 печатных научных работ, из них 14 опубликовано в журналах, внесенных в список ВАК, 2 монографии.

Является врачом высшей квалификационной категории по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Почетные звания и награды: медаль «За строительство Байкало-Амурской магистрали», медаль «За трудовую доблесть», грамота президента Республики Саха (Якутия) с вручением именных золотых часов, знак «Трудовая слава III степени», Почетная грамота Министерства здравоохранения Российской Федерации, Почетная грамота начальника управления здравоохранения Западного административного округа г. Москвы, Почетная грамота президиума Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы, Почетная грамота Департамента здравоохранения г. Москвы, Почетная грамота Благотворительного фонда содействия борьбе с коррупцией и организованной преступностью, грамота префекта Западного административного округа г. Москвы, грамота начальника управления по ЗАО ГУ МЧС России по г. Москве.

Добиться результата

Городская клиническая больница № 17 не первый раз побеждает в престижных конкурсах. Когда по итогам прошлого года учреждение было признано лучшим работодателем Москвы, это мало кого удивило. Если бы составлялись рейтинги лечебных учреждений, то «семнадцатая» точно была бы в первой десятке лучших в столице

Главный врач ГБУЗ «Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ
Виктор Попович

Виктор Константинович, вас можно поздравить с победой в конкурсе «Лучший менеджер года». Как известно, москвичи ценят ГКБ № 17 не только за уровень оказания медицинской помощи, но и за особую атмосферу, которая поддерживается в больнице медицинским персоналом…

Я считаю, что мелочей в больничном хозяйстве не бывает. Каждое отделение у нас имеет свою неброскую, но очень приятную окраску, цвета гармонируют с обстановкой. В общий интерьер органично вписываются комнаты приема пищи, отделанные тоже по-особенному, не по-больничному. В столовой травматологического отделения оборудованы специальные стойки, чтобы больной, если он на костылях и не может сидеть, смог принять пищу, как ему удобнее. Я уже не говорю о процедурных, постах медсестер – все в тон общей обстановке.

В проведенном не так давно ремонте мы старались совместить продуманность в главном и в мелочах, не забывая и о рачительности в выборе материалов. Например, взять облицовку внешнего фасада. Можно было просто «косметически освежить» здание, но тогда через год, как говорит пословица, лыко да мочало, начинай сначала. А та облицовочная плитка, которая использовалась, явно простоит дольше, и она не впитывает пыль. Хотя нынешнее внешнее обустройство стоит дороже, но опять же вспомним поговорку, овчинка стоит выделки.

Мы понимаем, что при выздоровлении дома и стены помогают. Вот и хотим пусть немного, но приблизиться к домашней обстановке. Наконец, скрасить дни пребывания в больничных условиях.

У нас есть зимний сад. А летом наша больница, думаю, может даже участвовать в конкурсах на самую благоустроенную территорию. Около корпусов посажено столько цветов, словно гуляешь по ухоженному скверу. В центре больничной площади приятно посидеть около фонтана, создающего игрой воды действительно оптимистическое настроение. Это антураж, согласитесь, тоже вносит свою частичку в дело поправки здоровья.

Но главное – коллектив работает стабильно, каждый год внедряются все новые технологии лечения заболеваний. Большинство врачей имеют первую и высшую аттестационную категорию. Среди них 24 кандидата медицинских наук, 8 докторов наук, один заслуженный врач.

Мы добились высокого качества оказания медицинской помощи. И не случайно устроиться на работу к нам среди молодых

врачей считается огромной удачей. Ведь трудно придумать для самореализации условия лучше, чем созданы в «семнадцатой». Не последнюю роль в этом играет и заработная плата, отвечающая современным требованиям. То есть трудиться интересно, престижно и комфортно.

Как отразилась проводимая в столице реорганизация здравоохранения на ГКБ № 17?

Все восемь отделений нашего стационара увеличили объемы медицинской помощи. Койки стали работать более эффективно. Хотя мы уменьшили их количество. Теперь их насчитывается 450, а ранее было 495 коек. Акцент сделан на развитие хирургических отделений: 330 профильных коек. У нас две хирургии (чистая и гнойная), гинекология, травматологическое и урологическое отделения. Есть терапевтическое и кардиологическое отделения, необходимые вспомогательные подразделения.

Мы работаем в тесном взаимодействии с медицинскими амбулаторными центрами. Благодаря этому сократилась очередь на госпитализацию. Каждый больной после пребывания в стационаре направляется на реабилитацию в районные поликлиники.

А какие перемены произошли в больнице благодаря программе модернизации?

Программа модернизации действительно позволила сделать следующий шаг в развитии больницы. Новое медицинское оборудование было закуплено в количестве 801 единицы на общую сумму более 409 млн рублей. И это не частичное, а кардинальное техническое перевооружение. Перечислю самые «знаковые» приобретения: установлены компьютерный томограф на 64 среза, новейшее лабораторное оборудование, видеоэндоскопические стойки, аргоноплазменные коагуляторы, новейшие стерилизаторы. Конечно, мы и раньше имели часть этого оборудования, но менее современного. Надо отметить, что из выделенных на модернизацию средств на 138 млн рублей закуплены современные медикаменты и расходные материалы, 140 млн рублей потрачены на стимулирующие выплаты медицинским работникам. Капитальный ремонт фасадов двух лечебных корпусов больницы тоже проведен благодаря модернизации на сумму 45 млн рублей.

Достигнутый уровень надо поддерживать, не пятиться назад, идти вперед, внедрять более новые технологии. Мы надеемся, что целевой подход в переоснащении больниц и поликлиник продолжится и дальше благодаря уже городской программе «Развитие здравоохранения».

Много говорится о том, что койки должны работать все более интенсивно, а значит, эффективно. Насколько это все-таки достижимо?

Конечно, сократить среднее пребывание больного на койке было бы очень трудно, если бы не реализация Программы модернизации здравоохранения. Новое оборудование позволяет не только быстро обследовать больных, но и выполнять больше малотравматичных вмешательств, применяя видеоэндоскопические стойки и другую технику. А значит, больной быстрее выздоравливает. В результате среднее пребывание больного в стационаре «семнадцатой» сокращается, достигнув в прошлом году 11,5 дня. Возрастает оборот койки, который составляет 32 дня. Это хорошие показатели. Неслучайно койка у нас работает 360 дней в году. Для сравнения: в среднем по Москве – 13,5, оборот койки – 24,4, и работает она 328 дней.

За первое полугодие этого года показатели даже улучшились. В ГКБ № 17 больной находился на больничной койке в среднем 10,5 дня, оборот ее вышел на показатель 32. И это ни в коем случае не ухудшает качество и эффективность проводимого лечения.

Городская больница № 17 является самым крупным лечебным учреждением на огромной территории, простирающейся от Боровского до Киевского шоссе столицы. Можно ли сказать, что на больницу фактически возложены скоропомощные функции?

А почему нет? Скорая помощь доставляет всех пострадавших в ЧП в нашу больницу. Образно говоря, мы находимся у «ворот» Западного округа столицы. А нашими возможностями пользуются районы Новой Москвы, Западного и Юго-Западного округов, направляя большой поток пациентов на

плановое лечение. Но у городских больниц нет прикрепленного населения, на самом деле мы обслуживаем весь город.

Статистика показывает, что из 100 больных, поступающих к нам, 73 нуждаются в экстренной помощи. Приказом Департамента здравоохранения Москвы к ГКБ № 17 присоединяют Внуковскую городскую больницу. Это увеличит мощности учреждения, а ответственность за здоровье москвичей еще больше возрастет.

Не менее важное направление – применение передовых методов диагностики и лечения. Можно ли сказать, что больница № 17 идет в ногу со временем, внедряя шаг за шагом и новые методы?

Я остановлюсь только на том, что сделано в прошлом году. В урологическом отделении были внедрены перкутанная нефролитотрипсия, эндоскопически ассоциированная нефруретерэктомия, пластика бульбарного отдела уретры. Пойдем дальше – травматология: шов связок надколенника по Яма-Мото, мостовидный остеосинтез при переломах бедренной кости, остеосинтез переломов мыщелков большой берцовой кости под контролем артроскопа, применение костезамещающих препаратов при дефектах костей. В хирургии также сделан прорыв: КТ органов брюшной полости и грудной клетки с контрастированием, антеградное стентирование желчевыводящих протоков, лапароскопические герниопластики, лапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, операции при доброкачественных опухолях щитовидной железы, операции при калькулезном панкреатите (операция Фрея). Совершенствовались и эндоскопические методы: стали осуществляться клипирование сосудов при гастродуоденальных кровотечениях, выполняться аргоноплазменная коагуляция при гастродуоденальных кровотечениях, лигирование кровоточащих вен пищевода. Не отстает и физиотерапия: здесь освоены метод очистки дыхательных путей в послеоперационном периоде у больных с заболеваниями легких, грязелечение при помощи бластеров, криоаппликация, криолазеротерапия, кинезотерапия по методам Экзарта, PNF и их сочетания, делается массаж в электростатическом поле с использованием аппаратов «Хивамат» и «Элгос».

Как вы оцениваете заработную плату? Как она влияет на результаты работы?

Человеку свойственно желать большего… Заработная плата в нашем лечебном учреждении зависит от результатов труда. Конечно, определяет ее главный врач не единолично, а на большом медицинском совете – премиальной комиссии. Она состоит из заместителей главного врача, заведующих отделениями, экономиста, главного бухгалтера, председателя профкома.

Мы сегодня работаем в условиях одноканального финансирования. Поэтому нужно думать, как рачительно распоряжаться заработанным фондом. Ведь средства нужны и на зарплату сотрудникам, и на медикаменты, и на очередной ремонт. Но заработная плата все-таки – один из главных приоритетов при распределении заработанных средств. От нее зависит во многом «самочувствие» коллектива. Скажу, что она у нас достойная. Наши ведущие специалисты в месяц зарабатывают около 100 тысяч рублей…

Больницу наградили за создание прекрасных условий для пациентов и работы врачей. Как удается в нынешних условиях поддерживать такую высокую планку?

Дело в том, что, когда созданы комфортные условия для работы, применяются не дедовские методы, а самые современные методики, трудиться становится интересно и удобно. А когда это подкрепляется еще и заработной платой, которая реально выплачивается в зависимости от объема и качества сделанного, то весь персонал работает с полной отдачей сил.

В ближайшее время на территории больницы планируется строительство родильного дома на 240 коек. В настоящее время больница принимает до 15 тысяч человек в год, ежегодно проводится до 5 тысяч операций. И тем не менее потребность в медицинской помощи только возрастает. Главное, лечебное учреждение каждый год делает шаг вперед, развивается и не останавливается на достигнутом!

Не на словах, а на деле

Диагностика является важнейшим этапом в оказании медицинской помощи, под которой понимают комплекс клинико-инструментальных мероприятий. Если рассматривать с этих позиций основные принципы и положения реорганизации амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, роль созданных амбулаторно-поликлинических центров представляется особо важной

Главный врач ГБУЗ «Клинико-диагностический центр № 4 Департамента здравоохранения города Москвы»
Ирина Буславская

Прошло чуть более одного года с момента проведения масштабной реорганизации всей поликлинической сети города Москвы, в результате которой были организованы 46 амбулаторно-поликлинических центров для взрослого населения, один из которых создан на базе клинико-диагностического центра № 4 путем присоединения 5 поликлиник Западного округа.

Основными задачами, требующими решения на момент объединения, были вопросы острого кадрового дефицита, неравенства инструментально-технического оснащения филиалов и, как следствие, низкой доступности специализированной медицинской помощи.

За истекший период удалось успешно решить все вышеназванные проблемы: значительно поднять укомплектованность кадрами, за счет реализации Программы модернизации столичного здравоохранения полностью ликвидировать проблему инструментального неравенства филиалов.

В результате решения проблемы кадрового дефицита и дефицита оборудования удалось успешно решить и проблему доступности специализированной медицинской помощи: все филиалы обеспечены узкими специалистами, работающими в две смены, с уровнем ожидания первичного приема не более 5–7 дней.

Таким образом, на настоящий момент мы можем сосредоточиться на решении наиважнейшей задачи реорганизации – обеспечении высокого качества диагностики и лечения наших пациентов на амбулаторном этапе.

Основными направлениями реализации данной задачи являются:

- Развитие стационарозамещающих технологий.
- Внедрение новых методик и расширение спектра диагностических исследований в филиалах.
- Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

- Сотрудничество с клиническими кафедрами.
- Внедрение совместно с кафедрами обучающих технологий в клиническую практику специалистов первичного звена.

На базах наших филиалов, включая женские консультации, развернуто 130 коек дневных стационаров, осуществляющих специализированную медицинскую помощь по специальностям «терапия», «неврология», «хирургия», «гинекология», «онкология», «эндокринология», «урология» и т.д.

Внедрены и широко используются в диагностической практике методики экспертного класса: эластография, комплексная оценка внутриорганной гемодинамики, дифференциальная диагностика опухолевого и неопухолевого процесса, контрастная эхогистеросальпингоскопия, диагностика аномалий развития плода, прогностическая оценка успешной имплантации эмбриона, исследование сосудов до и после реконструктивных операций, исследование суставов сухожилий, мышц, нервных стволов и пр., бодиплетизмография, чреспищеводная стимуляция, МСКТ и МРТ-исследования с болюсным контрастированием и многие другие.

В 2012 году открыто и успешно работает аритмологическое отделение, за год работы которого было проконсультировано более 7 тысяч пациентов округа, из которых свыше ста человек направлены на оказание высокотехнологичной помощи (установка ИВР – 75 человек, высокочастотная абляция – 29 человек), сформирован регистр пациентов с ИВР – свыше 200 человек.

В сентябре 2013 года на аппарате магнитно-резонансной томографии мощностью 1,5 тесла, полученном по Программе модернизации, выполнена первая в Западном округе амбулаторная коронарография.

В 2012 году открыта лаборатория полимеразной реакции. В сентябре 2013 года внедрена технология определения иммунологического статуса.

На базе головного учреждения отделение эндоскопии осуществляет гастроскопию с определением хеликобактера. Проводится пункционная биопсия щитовидной, молочной желез.

В 2013 году открыто отделение гинекологии, специализирующееся на лечении женского бесплодия, из 527 обратившихся женщин за 2013 год забеременело 147 женщин.

Клинико-диагностический центр № 4 всегда являлся клинической базой, в течение многих лет тесно сотрудничавшей с кафедрой ультразвуковой диагностики РМАПО, кафедрой семейной медицины. Существует тесная взаимосвязь с ведущими клиниками г. Москвы: НИИ неврологии, ВКНЦ, ЦКБ МПС.

В 2012 году подписан договор о сотрудничестве с кафедрой внутренних болезней

3-го Государственного медицинского стоматологического университета под руководством профессора Р.И. Стрюк. Ведущие профессора кафедр введены в качестве внешних совместителей в консультативное отделение КДЦ № 4, начато внедрение системы профессорских осмотров сложных пациентов в филиалах.

Деятельность клинико-диагностического центра № 4 как амбулаторно-поликлинического центра направлена на создание комфортных условий для пациентов, широкое внедрение в практику прогрессивных методов диагностики, повышение качества и конкурентоспособности предоставляемых медицинских услуг.

Отделение функциональной диагностики

Заведующий отделением функциональной диагностики Константин Капитонов

В рамках проводимой Программы модернизации столичного здравоохранения основными задачами отделения функциональной диагностики являлись:

1. Укрепление материально-технической базы отделения в головном учреждении и филиалах.
2. Подбор и правильная расстановка кадров.
3. Освоение медицинской техники, полученной по Программе модернизации, внедрение новых диагностических исследований.
4. Повышение доступности диагностических исследований на основе внедрения современных информационных систем (ЕМИАС).

Основными принципами работы отделения стали:

- Рациональное, с учетом экономической целесообразности, оснащение отделения функциональной диагностики (ОФД) комплексами диагностической аппаратуры, обеспечивающими высокое качество и полноту обследования прикрепленных к амбулаторно-поликлиническому центру (АПЦ) и его филиалам пациентов в соответствии с Программой модернизации здравоохранения города Москвы на 2011–2012 годы, требованиями приказа ДЗМ г. Москвы № 38 от 20 февраля 2012 года и уставом АПЦ.
- Приоритетное развитие современных высокоинформативных методов функциональной диагностики, способствующих раннему распознаванию заболеваний.
- Повышение эффективности исследований путем полной реализации потенциальных возможностей используемых методов диагностики, отказ от использования устаревших малоинформативных методов.
- Приведение в соответствие реальных возможностей ОФД потребностям АПЦ и врачей-специалистов.
- Целенаправленная подготовка кадров, повышение их профессионального уровня.
- Обеспечение преемственности функционально-диагностических исследований в трехуровневой системе оказания медицинской помощи в интересах совершенствования стационарозамещающих технологий.
- Интеграция учреждений 1, 2 и 3-го уровней с целью обеспечения полноты диагностики обследуемых контингентов.
- Выработка у лечащих врачей и специалистов функциональной диагностики единой идеологии использования современных методов исследований.
- Развитие новых организационных форм проведения диагностических исследований.
- Обеспечение качества и безопасности функционально-диагностических исследований.

Выполнение этих принципов достигалось совершенствованием методического, технического и организационного обеспечения работы ОФД и повседневным добросовестным выполнением сотрудниками своих функциональных обязанностей.

Основные усилия были сосредоточены на следующих приоритетных направлениях.

В кардиологии:

- Внедрение и развитие нагрузочных тестов (тредмил-тест, велоэргометрия) с целью подготовки больных к интервенционным вмешательствам и обследования больных с коронарной болезнью сердца.
- Совершенствование ранней диагностики стенозирующего поражения коронарных артерий и ранней диагностики рестенозов коронарных артерий после операций коронарного шунтирования (ОКШ), баллонной ангиопластики и стентирования за счет расширения спектра применения двойных стресс-тестов.

В аритмологии:

1. Расширение использования современных медицинских технологий с целью отбора и подготовки к высокотехнологичному лечению больных с нарушениями проводимости и ритма сердца:
   - при брадиаритмиях – имплантация современных систем кардиостимуляции (ЭКС);
   - при тахиаритмиях – радиочастотное лечение (РЧА) реципрокных тахикардий, типичного трепетания предсердий, фибрилляции предсердий, желудочковых тахикардий, мономорфной монотопной некоронарогенной желудочковой экстрасистолии;
   - комбинированное лечение тахибрадиаритмий (радиочастотная абляция и имплантация систем стимуляции).
2. Медикаментозное лечение и диспансерное наблюдение больных после интервенционного лечения, включая объективные научно обоснованные методы контроля (суточное мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности ритма сердца и дисперсии интервала QT, поздних потенциалов желудочков, лабораторный контроль концентрации лекарственных средств в сыворотке крови, лабораторный контроль свертывающей и антисвертывающей систем крови, транстелефонный мониторинг ЭКГ).
3. Улучшение лечения сердечной недостаточности у больных с кардиостимулятором с объективной оценкой степени ее тяжести и ремоделирования миокарда с помощью ЭХОКГ.

В пульмонологии:

Совершенствование диагностики нарушений легочной вентиляции и газообмена больным с заболеваниями органов дыхания за счет внедрения метода бодиплетизмографии в головном учреждении и внедрения скрининговой оценки параметров легочной вентиляции в филиалах.

В неврологии:

Дальнейшее совершенствование методов электроэнцефалокартографии и нейромиографии с целью раннего выявления заболеваний и обеспечения эффективности лечения.

Таким образом, комплекс проведенных организационно-методических мероприятий, направленных на выравнивание оснащенности и организационно-штатной структуры размещенных на базе филиалов подразделений ОФД, позволил обеспечить выполнение государственного задания.

Совершенствование стационарозамещающих технологий в аритмологии с ориентацией на высокотехнологичные способы лечения (РЧА), кардиологии (коронарография, АКШ), пульмонологии (подбор и оценка эффективности лечения при хронических обструктивных болезнях легких) и неврологии (электроэнцефалокартография, миография) дало возможность повысить эффективность диагностики с целью определения тактики лечения.

Развитие информационных технологий обеспечило повышение доступности медицинской помощи и оптимальную маршрутизацию потоков пациентов.

Формирование клинико-инструментального подхода в диагностике заболеваний позволило сократить диагностический период, прекратить необоснованную

госпитализацию в стационары, уменьшить длительность пребывания пациентов на больничной койке.

Возросла роль отделения как методического центра.

Отделение урологии

Заведующий урологическим отделением ГБУЗ КДЦ № 4, к.м.н.
Глеб Роднаев

Наше отделение создано недавно, в конце апреля этого года. Оно занимается амбулаторной урологией. Если обратиться к зарубежному опыту, то примерно 70% помощи в урологии оказывается амбулаторно. Но достичь этого показателя невозможно без внедрения передовых технологий.

В урологическом отделении КДЦ № 4 вопросами мужского здоровья, бесплодия, мочекаменной болезни занимаются на самом современном уровне. Большое внимание уделяется профилактике, предотвращению рецидивов хронических заболеваний. Мы достигли высокой планки в диагностике и лечении инфекционно-воспалительных заболеваний. По сути, это то, с чем может столкнуться каждый человек за время своей жизни, кстати, зачастую даже по несколько раз. Ранняя диагностика патологии предстательной железы ведется на уровне онкомаркеров. Скоро станет доступна биопсия предстательной железы.

Мы разрабатываем и программы профилактики, например мочекаменной болезни и воспалительных заболеваний почек. В пяти филиалах КДЦ № 4 урологи под нашим контролем и с методической поддержкой также занимаются этими проблемами.

Но все-таки наше приоритетное направление – мужское здоровье. Мы занимаемся диагностикой репродуктивной функции мужчин. В молодом возрасте проблемы с половой функцией возникают по причине простатита, воспалительных заболеваний. В более старшей возрастной группе – это уже патологии другого порядка: аденома, рак простаты.

Достаточно много мужчин сегодня страдают нарушением эрекции. Эту патологию можно лечить эффективно, лишь обследовав организм в целом. Нарушение эрекции могут вызывать различные причины, важно их точно определить. У нас внедрены две программы обследования: «Стандарт» и «Премиум». В первом случае – поиск заболеваний простаты. В отличие от частных клиник, мы не стремимся найти только одну причину патологии. А дальше определяется гормональный статус, не просто проверка уровня гормонов, но и клиническая оценка недостатка тестостерона. Предректально исследуется предстательная железа, выполняются и другие эксклюзивные методы. Исследования позволяют врачу-урологу выбрать адекватное и эффективное лечение. Если же необходима коррекция гормонального статуса, то она проводится эндокринологом. При выявлении атеросклероза лечение продолжается с участием кардиолога. То есть строго в рамках комплексного подхода.

Много внимания уделяем лечению воспалительных заболеваний мочеполовой сферы. Это чаще всего терапия хронического простатита, являющегося достаточно распространенным заболеванием. Как известно, это коварное заболевание. Не всегда оно имеет выраженную клиническую картину, болезнь постепенно «подтачивает» организм. Скажем, у части больных выявляются нарушения способности к оплодотворению. Наше отделение отличается тем, что мы работаем по российским протоколам. Есть в КДЦ № 4 собственная лабораторная база, позволяющая определять возбудителей. Сейчас внедряется инновационная методика – определение ДНК возбудителя неспецифической флоры, что значительно повышает чувствительность, специфичность исследований простаты. И на самом современном уровне проводится лечение пиелонефрита, цистита, воспалений мочевыводящих путей.

Почему люди предпочитают лечиться у нас, хотя в столице и Западном округе множество частных урологических клиник? Секрет кроется в профессионализме наших сотрудников. И второе: специалисты отделения не настроены любой ценой выявить у пациента патологию, например простатит, и назначить ему дорогостоящее лечение. Если обратившийся к нам человек здоров, то мы ему об этом сообщаем. А не запугиваем несуществующими заболеваниями, не выписываем на всякий случай дорогостоящие медикаменты.

И конечно, мы занимаемся лечением бесплодия. На генетическое консультирование отправляем пациентов в другие лечебные учреждения. Но весь остальной набор диагностических услуг доступен в КДЦ № 4. У нас разработана специальная программа, которая реализуется совместно с отделением гинекологии. То есть осуществляется плановое лечение супружеской пары.

Мы выдерживаем стандартные сроки ожидания консультации специалиста. Кстати, они установлены в Москве одними из самых коротких в мире. Даже в развитых странах пациенты попадают к урологу через две недели.

Коллектив в отделении квалифицированный. Мы гордимся, что у нас работают специалисты такого уровня, как Станислав Рябчиков, долгое время заведовавший урологическим отделением госпиталя ФСБ.

Заместитель главного врача КДЦ № 4, к.м.н.
Аршак Григорян

Достижение урологического отделения – создание центра мужского здоровья. Его уникальность в том, что специалисты комплексно подходят к решению проблем мужского бесплодия. При необходимости решают возникшие проблемы вместе с эндокринологом. Лабораторная диагностика гормонального статуса и проводимая на высоком уровне диагностика проблем с эрекцией, прежде всего сосудистых заболеваний, позволяет видеть объективную картину и предлагать эффективное лечение.

Клинико-диагностическая лаборатория

И.о. заведующей клинико-диагностической лабораторией, к.м.н.
Светлана Антипова

Клинико-диагностическая лаборатория КДЦ № 4 – многопрофильное, оснащенное современной диагностической аппаратурой отделение. Она проводит большой объем исследований. Здесь проводятся клинические исследования, цитология, биохимические радиоиммунохимические исследования. Одна из специализаций лаборатории – проведение гормональных исследований. Блок радиоиммунного анализа – РИА, ИРМА-диагностика концентраций гормонов, опухолевых маркеров, ферментов, специфических белков и антител, половые стероиды, тероидная панель, диагностика диабета. Все это требует использования специфических методов, высокоточных, технологичных. Мы обслуживаем Западный округ столицы и часть Северо-Западного. Кроме того, наша лаборатория выполняет иммунохимические исследования: клинические анализы крови, мочи, клиническую биохимию и гемостаз. Еще одно из направлений нашей работы – цитологическое. То есть биопсия всех органов и тканей по направлению онкологов. Есть и отдел молекулярной диагностики, где поставлены на поток ПЦР-исследования. Они очень востребованны в настоящее время, когда нередко требуется диагностика инфекций, передающихся половым путем. Также в нашей лаборатории есть проточный цитометр, который помогает оценить иммунный статус пациента. Надо отметить, что все исследования проводятся бесплатно по направлению врачей нашего медицинского амбулаторного центра.

Благодаря Программе модернизации мы получили достаточно много новых приборов, в том числе биохимический анализатор, иммунохемилюминесцентный анализатор (он позволяет проводить исследования на TORCH-инфекции), систему для молекулярной диагностики, анализатор специфических белков, аллергическую панель на пищевые, пылевые аллергены.

Эффективное использование оборудования диктует нам необходимость централизации проведения исследований в головной поликлинике.

Лабораторию можно назвать уникальной. Она развивается, внедряя новые методики. На очереди – получение сертификата системы менеджмента качества ISO 9001. В этом случае лаборатория КДЦ получит статус экспертной.

Развитие и внедрение современных технологий в лабораторной диагностике показывают наибольшую эффективность и обеспечивают лечащих врачей высококачественными, информативными и достоверными лабораторными исследованиями, необходимыми для точной и своевременной диагностики, обоснованного выбора лечения и контроля его результативности.

Лучевая диагностика

Заведующая отделением лучевой диагностики, главный специалист по лучевой диагностике ГКУДЗ Западного административного округа Москвы
Ирина Максимова

В отделении лучевой диагностики КДЦ № 4 работают врачи с высшей и первой квалификационной категорией, и состоит оно из двух подразделений: рентгенодиагностики и маммологии.

Работает 64-срезовый мультиспиральный компьютерный томограф (в том числе с болюсным контрастированием). Это позволяет проводить исследования грудной и брюшной аорт, почечных артерий, выполнять ангиографию сосудов головы и шеи, челюстно-лицевой системы и зубов, сердца, коронарных сосудов, 3D-реконструкцию изображений. Недавно в нашем центре была проведена виртуальная бронхоскопия.

Магниторезонансная томография на высокопольном (1,5 тесла) аппарате Toshiba Excelart Vantage MPT позволяет проводить скрининг мелких ветвей сосудов. Очень нужные исследования гортани, внутреннего уха, средостения, голеностопных суставов, тазобедренных – все это наша работа. В ближайшее время надеемся, что приобретем дополнительное оборудование, которое позволит проводить МРТ суставов нижних конечностей, челюстно-лицевого отдела с функциональными пробами.

В нашем отделении, одном из немногих в Москве и Московской области, проводятся исследования наружного, среднего и внутреннего уха. КДЦ № 4 одним из первых медицинских учреждений с 1993 года проводит компьютерную томографию височных костей. Из детских сурдологических центров направляются дети, потерявшие слух по различным причинам, на обследование височных костей для проведения кохлеарной имплантации.

Врачи-онкологи маммологического отделения проводят полное обследование молочных желез.

Значительное количество исследований ведется с использованием контрастирования, хотя проводить их и сложно. Они оплачиваются СМК не в полном объеме. А только расходных материалов для проведения одного такого КТ требуется не меньше чем на 5 тысяч рублей. В эту стоимость входят контрастные вещества, колба, катетеры и разные проводники, не считая амортизации самого аппарата КТ.

Скоро в Москве откроется Центр по лучевой диагностике, изображения будут передаваться по выделенной линии, используя Интернет. В него будут привлечены лучшие специалисты столицы. Они будут не только анализировать снимки из всех поликлиник, но и обучать других коллег, консультировать врачей, если возникнут трудности с описанием снимка. Мы также будем сотрудничать с новым центром.

Новые принципы организации

Амбулаторно-поликлиническое объединение № 212 образовано на базе пяти поликлиник, расположенных в Солнцево, Ново-Переделкино и Внуково. Поликлиника № 212 определена как лечебное учреждение второго уровня, а поликлиники (филиалы) № 70, 194, 197 и 217 являются лечебными учреждениями первого уровня. Вместе это единое медицинское учреждение, выполняющее функции в рамках Программы модернизации здравоохранения города Москвы. Прикрепленное население составляет 212 620 человек

Главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 212 Департамента здравоохранения города Москвы»
Ольга Пиддэ

Ольга Васильевна, по программам модернизации и развития столичного здравоохранения израсходованы значительные средства на улучшение материально-технической базы московских лечебных учреждений. Как это отразилось на вашем амбулаторно-поликлиническом центре?

В рамках Программы модернизации здравоохранения Москвы в 2011–2013 годах мы получили хорошую современную аппаратуру, причем новым современным оборудованием укомплектован каждый филиал. В нашей базовой поликлинике есть компьютерный и магнитно-резонансный томографы, новые рентгенологические аппараты на два и три рабочих места, цифровой флюорографический аппарат, во всех филиалах установлено новое рентгенологическое оборудование, в филиале № 197 начал работу денситометр, получена современная экспертного класса ультразвуковая техника. Поставлено достаточное количество высококлассного оборудования для стоматологов, отоларингологов (ЛОР-установки), оборудованы офтальмологические кабинеты, на базе филиала № 194 открыто и функционирует отделение ГБО (гипербарической оксигенации), а в 2013 году расширен коечный фонд дневного стационара до 78 койко-мест.

Во всех филиалах нашего центра в рамках программы модернизации был проведен текущий ремонт, отремонтированы все кабинеты врачей, лаборатории, холлы, коридоры, организованны зоны комфортного пребывания с целью создания благоприятных условий в жаркое время года.

Большое внимание уделено пациентам с ограниченными возможностями: во всех наших филиалах смонтированы пандусы, оборудованы специальные туалеты, на входных группах и кнопках лифтов размещены специальные тактильные панели для слабовидящих пациентов, в филиале № 70 имеется электрический подъемник для инвалидов.

Отдельное внимание хочется обратить на внедренную в нашем амбулаторном центре систему ЕМИАС (Единая медицинская информационно-аналитическая система), благодаря которой стало гораздо легче и проще записаться на прием к врачам. С использованием современных технологий медицинская помощь стала гораздо доступнее для граждан всех категорий – владеющих Интернетом и далеких от него. Данная система позволяет записаться на прием как при обращении непосредственно в регистратуру поликлиники, так и через инфоматы, подключенные к информационной системе амбулаторного центра. Также можно воспользоваться телефонной связью или Интернетом через портал «Госуслуги», кроме того, имеется возможность записаться через единый городской call-центр. В настоящий момент внедряются удобные приложения для мобильных устройств для самозаписи на прием.

Система ЕМИАС позволила оборудовать каждое врачебное место АРМами (автоматизированное рабочее место), что позволяет каждому доктору на рабочем месте не только адресно направить пациента на обследования или консультации, но и обеспечить наглядность и прозрачность своего приема, а самое главное, позволяет планировать и осуществлять своевременный прием больных. Автоматизированное рабочее место оборудовано доступом в Интернет.

В 2013 году нашему учреждению представилась замечательная возможность использовать в работе мобильные медицинские комплексы, предоставленные Департаментом здравоохранения города Москвы, что позволило нашим сотрудникам оказывать медицинскую помощь нуждающимся жителям прилегающих районов ТиНАО: поселения Кленовское, Роговское, Щеповское, Вороновское, Воскресенское, Киевское, Птичное, Астафьево и т.д., дважды врачебно-сестринские бригады выезжали в Молжаниново Северного административного округа, а также в Рублево и Внуково Западного административного округа. Такая деятельность мобильных комплексов является наглядным примером приближения медицинской помощи к населению.

Мобильный медицинский комплекс – это передвижной амбулаторный центр, созданный на базе автомобилей «Мерседес-Бенц» и оснащенный необходимым современным оборудованием. Он предназначен для проведения мероприятий по диспансеризации, организации консультативных приемов врачами-специалистами, проведения углубленных медицинских осмотров и используется с целью увеличения доступности медицинской помощи за счет ее приближения к населению отдаленных районов города, обеспечивая комфортные условия для пациентов и медперсонала.

Комплексы оснащены системами жизнеобеспечения: автономным энергоснабжением, системами подачи чистой воды и климат-контроля, противопожарной сигнализацией. Комплексы могут работать в любых климатических условиях.

В составе лечебно-диагностического медицинского мобильного комплекса работает четыре кабинета: кабинет терапевта и функциональной диагностики, кабинет гинеколога (уролога, хирурга), кабинет офтальмолога и отоларинголога, лаборатория, в которой при помощи современнейшей аппаратуры можно делать весь спектр клинических и биохимических анализов. Кабинет терапевта оснащен ЭКГ-аппаратом, аппаратом для исследования функции внешнего дыхания, аппаратом ультразвуковой диагностики со съемными датчиками, позволяющими проводить диагностику брюшной полости, забрюшинного пространства, мочевого пузыря, предстательной и щитовидной желез, лимфатической системы и т.д. Рентгенологический мобильный медицинский комплекс позволяет проводить маммографию, флюорографию и рентгенографические обследования.

С возможностью и практической работой комплексов ознакомился мэр города Москвы С.С. Собянин во время своего посещения в июле 2013 года поселения Вороново в ТиНАО.

В августе 2013 года мобильные медицинские комплексы участвовали в выставке «Москвичам – здоровый образ жизни», проходившей на ВВЦ, работа медицинских комплексов была продемонстрирована на VII Международной выставке «Здоровый образ жизни – 2013», где получила высокую оценку жюри. Амбулаторный центр за эту работу был награжден дипломом выставки. В ноябре 2013 года работа комплексов была представлена председателю Правительства России Дмитрию Анатольевичу Медведеву и министру здравоохранения Российской Федерации Веронике Игоревне Скворцовой.

Продолжается реорганизация столичного здравоохранения. Как вы считаете, амбулаторное звено получило серьезные стимулы в последнее время работать более эффективно?

> Реорганизацию поликлиник в амбулаторные центры с трехуровневой системой считаю очень удачным проектом, так как это позволяет более эффективно оказывать медицинскую помощь населению, улучшить преемственность между поликлиникой и стационарами и тем самым приблизить специализированную и высокотехнологичную помощь к населению

Реорганизацию поликлиник в амбулаторные центры с трехуровневой системой считаю очень удачным проектом, так как это позволяет более эффективно оказывать медицинскую помощь населению, улучшить преемственность между поликлиникой и стационарами (третий уровень) и тем самым приблизить специализированную и высокотехнологичную помощь к населению.

Объединение поликлиник совместно с внедренной системой ЕМИАС позволяет оперативно решать вопросы и в случае болезни или отпуска специалиста перенаправлять потоки нуждающихся пациентов внутри одного АПЦ согласно утвержденной маршрутизации.

Определенно, серьезным стимулом для развития столичного здравоохранения является введение «подушевого финансирования», а законодательно утвержденное право пациента на выбор лечебного учреждения, безусловно, стимулирует здоровую конкуренцию между медицинскими учреждениями в «борьбе за пациента», что влечет за собой повышение качества оказываемых услуг и позволяет внедрять новые виды медицинской помощи.

Можно ли сказать, что система оплаты труда сегодня связана с результатами работы специалистов?

На сегодняшний день уровень заработной платы наших сотрудников поддерживается на достойном уровне. Средний заработок врачей и медсестер растет ежеквартально. Это достигается не только выплатами за счет средств субсидий из бюджета города Москвы, но и дополнительными выплатами по итогам работы за месяц, что позволяет стимулировать наших сотрудников к повышению качества оказания медицинской помощи. И, конечно, выплата премий! Вот и сейчас все сотрудники нашего амбулаторно-поликлинического центра получили премии к нашему профессиональному празднику – Дню медицинского работника.

Кроме обновленных стен и интерьеров, новой техники, появилось ли в «двести двенадцатой» принципиально новое отношение к повышению квалификации медиков?

Штат сотрудников АПЦ состоит из высококвалифицированного медицинского персонала. Администрация поликлиники строит свою работу в рамках современной концепции здравоохранения, предусматривающей рациональное использование кадрового потенциала и материальных средств, внедрение современных медицинских технологий. Большое внимание уделяется профессиональной подготовке врачей и средних медработников. В амбулаторном центре работает 1021 сотруд-

ник, из них 124 врача высшей и 28 врачей первой квалификационной категории, 110 медицинских сестер высшей и 57 медицинских сестер первой квалификационной категории, а также один доктор медицинских наук, профессор, восемь кандидатов медицинских наук и два заслуженных врача РФ. Хочется отметить, что в штате трудятся главные внештатные специалисты Департамента здравоохранения в ЗАО: терапевт, пульмонолог, гастроэнтеролог, гериатр, гематолог, офтальмолог, что говорит само за себя.

Но, чтобы оставаться хорошим специалистом, врач должен постоянно совершенствовать свои знания, идти в ногу со временем. Поэтому за последнее полугодие 69 специалистов прошли обучение на курсах повышения квалификации и первичной специализации.

Не в последнюю очередь качество медицинской помощи в будущем зависит от того, какие молодые специалисты придут работать в лечебные учреждения. Что бы вы пожелали будущим врачам, тем, кто делает первые шаги в профессии?

Я хотела бы отметить, что врач – это не только профессиональные знания, но также и терпение, доброта, милосердие. Профессионализм медика определяется не только хорошим уровнем базового образования и постоянным стремлением к самосовершенствованию в профессии, немаловажно и уметь общаться с людьми, расположить к себе пациента, подобрать нужные слова. И самое главное, молодые люди, идущие в нашу профессию, должны знать, что надо в каждом больном видеть прежде всего человека с его проблемами и заботами.

Молодым специалистам, выпускникам вузов, впервые переступившим порог медучреждения, желаю терпения, упорства, любви к своим пациентам и неиссякаемого желания в совершенствовании своего профессионального мастерства. И, конечно, они всегда могут рассчитывать на поддержку своих наставников, коллег и администрации, вместе с тем они не должны забывать о высочайшей ответственности за жизнь человека, которая ложится на их плечи вместе белым халатом.

Скажите, пожалуйста, каким образом контролируются качество и объем медицинской помощи в вашем учреждении?

Безусловно, контроль за качеством и объемом медицинской помощи, а также за состоянием материально-технической базы и соблюдением санитарно-эпидемиологических норм очень важен для поддержки качества оказания помощи на высоком уровне. Данный контроль многогранен. В каждом нашем филиале имеются ответственные люди, осуществляющие контроль различных аспектов медицинской деятельности на всех уровнях. Одновременно с непрерывным внутренним контролем руководство Департамента здравоохранения города Москвы и Дирекции Западного округа проводят регулярные проверки деятельности всех ЛПУ округа, а также постоянно работают экспертные комиссии страховых компаний и Московского городского фонда ОМС.

Большое внимание мы уделяем мнению пациентов. При АПЦ создан общественный совет, в состав которого вошли наши пациенты, представители общественных и ветеранских организаций, которые активно работают как с населением, так и с медицинскими работниками, отдельные вопросы разбираются на совместных встречах. Помимо этого, администрацией проводится ежедневный мониторинг общественного мнения пациентов во всех филиалах центра путем анкетирования с последующим разбором итогов анкетирования на совещаниях.

Таким образом, все вышеперечисленные мероприятия позволяют осуществлять непрерывный контроль качества медицинской помощи населению.

На ваш взгляд, можно ли сказать в медицине так же, как и в торговле: пациент всегда прав?

Главной целью деятельности лечебного учреждения является оказание качественной медицинской помощи прикрепленному населению. В связи с этим руководство поликлиники делает все возможное для постоянного повышения уровня и объема медицинских услуг, их доступности, а также создания комфортной среды пребывания пациентов в поликлинике.

Однако хочу добавить, медицина и торговля – это разные сферы деятельности, и утверждать, что пациент, как клиент, всегда прав, несколько некорректно, в данном случае нельзя путать эти понятия. Я всегда говорю, что все обследования и назначения имеют свои четкие показания и противопоказания, выполняются в строгом соответствии с рекомендациями и стандартами оказания амбулаторной помощи. Наши пациенты могут заблуждаться или быть малоинформированы в вопросах медицины, однако администрация всегда готова им помочь, разъясняя необходимость проводимого лечения, обследования. В каждом филиале амбулаторного центра организована работа дежурных администраторов из числа компетентных специалистов, которые в часы работы учреждения ответят на любые вопросы и оперативно решат все проблемы, с которыми столкнулся пациент.

Дополнительно хочу сообщить, что наши пациенты в любой момент могут ознакомиться с Перечнем, видами и сроками оказания бесплатной медицинской помощи согласно постановлению правительства Москвы от 24 декабря 2013 года № 892-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», которые находятся у администрации и в регистратуре каждого филиала.

Какие новые методы диагностики и лечения внедрены в практику в последнее время? Идет ли внедрение стационарозамещающих технологий?

Установленные компьютерный и магнитно-резонансный томографы, новые рентгенологические аппараты на два и три рабочих места, современное ультразвуковое оборудование позволили проводить различные обследования.

Открытое на базе филиала № 194 отделение гипербарической оксигенации пользуется большим спросом у пациентов, так как имеет большой спектр показаний. На базе 212 поликлиники и филиала 70 функционируют кабинеты эндоскопической диагностики, оснащенные современным оборудованием, позволяющим осуществлять качественное обследования пищевода, желудка и кишечника. В женской консультации открыт кабинет перинатальной диагностики.

Расширен перечень услуг в отделении функциональной диагностики такими методами обследования, как ЭЭГ, РЭГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, велоэргометрия, что позволяет более качественно обследовать пациентов, верифицировать диагнозы на догоспитальном этапе и, как следствие, назначать лечение как амбулаторно, так и в дневном стационаре, тем самым снижая количество госпитализаций и вызовов скорой неотложной помощи.

В четвертом квартале 2014 года планируется открытие дневного стационара на базе филиала № 217 для пациентов района Внуково, а также центра амбулаторной хирургии на базе филиала № 197.

С целью оказания экстренной медицинской помощи пациентам нашего амбулаторного центра при филиале № 194 функционирует отделение неотложной помощи, усиленное в 2014 году дополнительной бригадой, что позволило расширить территорию обслуживания и сократить время приезда бригады к нашим пациентам.

Расширяется ли номенклатура специальностей, по которым ведется прием в поликлинике?

Конечно, АПЦ укомплектован всеми необходимыми специалистами, даже таких редких специальностей, как ревматолог, нефролог, гериатр, гематолог, аллерголог и т.д.

Что показала диспансеризация прикрепленного населения вашего амбулаторного центра? Можно ли сказать, что многие заболевания были выявлены на ранних стадиях? На что нужно обратить пристальное внимание и где расставить акценты?

Действительно, диспансеризация населения, проводимая в нашем учреждении, позволяет не только выявлять различные заболевания на ранних стадиях, но и оперативно направлять пациентов на второй этап, этап дообследования, а если есть показания – на высокотехнологичные методы лечения.

> Раннее выявление отдельных заболеваний исключает неизбежную в ином случае инвалидизацию, а порой и смерть пациента. Своевременная диспансеризация, профилактические осмотры продлевают не только жизнь каждому человеку, но и его трудоспособный возраст, что очень важно не только для самого пациента и его семьи, но и для государства в целом

Основной акцент, конечно же, надо сделать на профилактике и формировании у населения принципов здорового образа жизни. С этой целью в нашем амбулаторном центре создано отделение профилактики, на базе филиала 197 функционирует центр здоровья. Сотрудниками центра здоровья в 2013 году осмотрено и обследовано 8192 человека, а за 5 месяцев 2014 года – 5800 человек.

Профилактика всегда дешевле, чем длительное, а иногда и мучительное обследование и лечение. Главное – раннее выявление отдельных заболеваний, это исключает неизбежную в ином случае инвалидизацию, а порой и смерть пациента. Своевременная диспансеризация, профилактические осмотры продлевают не только жизнь каждому человеку, но и его трудоспособный возраст, что очень важно не только для самого пациента и его семьи, но и для государства в целом.

С целью снижения факторов риска развития заболеваний во всех филиалах проводятся многочисленные «школы здоровья» для пациентов, страдающих различными заболеваниями: сахарным диабетом, гипертонической болезнью, остеопорозом, бронхиальной астмой и т.д., занятия, посвященные отказу от курения. Каждый врач амбулаторного центра пропагандирует здоровый образ жизни.

Надеемся в ближайшее время увидеть значительные результаты нашей работы в области профилактики и здорового образа жизни. Уже сейчас мы отмечаем положительную тенденцию в снижении количества курящих пациентов. И это нас очень радует.

Ольга Васильевна, вы с оптимизмом смотрите в будущее? Чего ждете от проводимых реформ? Что должно измениться в центре?

Конечно! Потому что без оптимизма в нашей профессии делать нечего.

Моя мечта – чтобы в наших филиалах не было очередей, пациенты получали качественную и своевременную медицинскую помощь самого высокого уровня, были всем довольны, счастливы и здоровы, а наш амбулаторный центр стал таким медицинским учреждением, каким был задуман: современным, технологичным, продвинутым по всем направлениям. Это главное, чего я жду от проведенных реформ. Идеала достичь трудно, но к этому нужно стремиться, и я думаю, что нашим сплоченным коллективом единомышленников и соратников мы этого достигнем.

Довериться специалисту

Родители маленьких пациентов в один голос утверждают, что за эти пять лет поликлинику стало не узнать

Главный врач ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 132 Департамента здравоохранения города Москвы»
Елена Кузнецова

Елена Ивановна, расскажите, чего удалось достичь за годы вашего руководства поликлиникой, как живет учреждение сегодня?

Для меня эти пять лет пролетели, как один день. Очень многое осуществлено, но планов еще больше. Поликлинике 25 лет, и многое нуждалось в обновлении. Проведена реорганизация, сделан ремонт, закуплена новая мебель, получено новое оборудование и осваиваются новые методы лечения и обследований.

Запущен проект оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям с ЛОР-патологией. Используется эндоскопическое оборудование: ригидные эндоскопы с различным углом зрения позволяют проводить диагностическую эндоскопию носоглотки, полости носа; существует возможность фотодокументирования эндоскопической картины для динамического наблюдения детей с различной ЛОР-патологией.

Данный метод обследования позволяет определять степень гипертрофии аденоидов, состояние лимфоглоточного аппарата носоглотки, выявлять различные патологические состояния полости носа.

Введена в эксплуатацию цифровая рентгеновская установка на два рабочих места, полученная по программе модернизации. Цифровая диагностика – это необходимый уровень медицины сегодняшнего дня. Вызвано это возрастающей ролью качества, быстроты, экономической эффективности, а также клинической эффективности диагностики и лечения.

Закуплен и введен в эксплуатацию анализатор крови Rida для аллергодиагностики in vitro. Данное обследование позволяет определить у пациента в крови специфические иммуноглобулины Е к различным аллергенам (бытовым, пищевым, респираторным, пыльцевым), что поможет врачу дифференцировать аллергию и оценить эффективность проводимого лечения.

Модернизированы соляная комната и галокамера с управляемым лечебным микроклиматом для реабилитации пациентов с заболеваниями органов дыхания и ЛОР-патологией. ГалоСПА – уникальная соляная комната для оздоровления и релаксации в условиях комфортного изысканного дизайна в сочетании с оздоравливающим микроклиматом соляных пещер. Многочисленными исследованиями доказано, что главный действующий фактор – сухой солевой аэрозоль хлорида натрия, который, глубоко проникая в дыхательные пути, оказывает саногенное, муколитическое, противовоспалительное, противоотечное, иммуномодулирующее действие. Главный лечебный фактор спелеовоздействия в галотерапии и спелеотерапии – сухой респирабельный аэрозоль природной каменной соли.

В поликлинике теперь есть ультразвуковой аппарат экспертного класса, стоматологические кресла с визиографом. В хирургическом отделении установлен лазерный аппарат для удаления папиллом.

Детям оказывается помощь по таким направлениям, как аллергология, хирургия, нефрология, гастроэнтерология, гинекология, урология-андрология, неврология, кардиология, сурдология, эндокринология, неонатология, ортопедия и другим. Скоро будут получены лицензии на дерматологию, психиатрию. Наши пациенты смогут проходить полную диспансеризацию.

Есть у нас и круглосуточное отделение неотложной помощи, которое обслуживает не только район Новопеределкино, но и Солнцево, Внуково, Писательский городок. И я знаю, что, когда бы ни случилась беда, на помощь придут наши внимательные квалифицированные врачи-педиатры. Это отделение одно из последних компьютеризируется, создается единый кол-центр, и, я уверена, это облегчит и улучшит работу, сократит время ожидания медицинской помощи.

Отдельно хочу упомянуть нашу офтальмологию. Скоро у нас откроется кабинет охраны зрения. В специализированном детском саду наши специалисты проводят курсы лечения на аппаратах таких заболеваний, как косоглазие, амблиопия, астигматизм, близорукость и др., а дети школьного возраста вынуждены обращаться за лечением в другие учреждения. Мы хотим, чтобы эти методы лечения были доступны и школьникам, у которых зрительная нагрузка очень большая. Планируем провести обучение офтальмолога и самим проводить такую манипуляцию, как пункция слезного канала, и не госпитализировать своих грудничков в стационары.

А как не вспомнить о травматологическом отделении? И врачи и медсестры не раз доказывали свой профессионализм.

Елена Ивановна, бытует мнение, что нынешнее поколение детей обладает гораздо меньшим потенциалом здоровья, нежели их родители. Что показывает диспансеризация в детской поликлинике № 132? Так ли это?

Результаты диспансеризации и наши специалисты это мнение не подтверждают. Первая группа здоровья – все тот же процент, как и в прошлые годы, то есть практически здоровых детей – 30%. Но сейчас, с появлением новых современных методов лечения, проще добиться ремиссии у детей с третьей группой здоровья, не оставить ребенка в «хрониках» на всю жизнь. Главное – совместная работа специалистов-медиков и родителей.

Диспансеризациям и профилактике заболеваний в поликлинике уделяется огромное внимание. Работают три бригады, которые проводят диспансеризации три раза в неделю. Отдельно для подростков, младших школьников и детских садов. В обязательном порядке – полное обследование ребенка, чтобы как можно раньше выявить возможную патологию и начать лечение на самых ранних стадиях заболевания. Таким образом, выполняются приказы Департамента здравоохранения г. Москвы, руководство которого сейчас уделяет особое внимание профилактическому направлению.

Но здесь возникает другая проблема. Врачи выявляют заболевание, дают рекомендации, а родители просто их не выполняют. Не у всех есть время и возможности. Один из простейших способов лечения нарушения осанки, ожирения, бронхолегочных заболеваний – это лечебная физкультура. Но родители предпочитают освободить свое чадо от уроков физкультуры, а в поликлинику нет времени ходить на ЛФК, боятся встречи с инфекцией, да и быстрого результата не видят. Потому и встал вопрос об ЛФК в школах, чтобы дети специально для этой процедуры не посещали поликлинику. Мы даже пытались сделать совместную программу с ближайшей школой, чтобы ЛФК проводилась вместо обычных уроков физкультуры, но пока, к большому сожалению, эта идея осталась неосуществленной. Надеюсь, что это рано или поздно все-таки реализуется.

И все же нельзя не признать, что экология ухудшается, особенно если речь идет о Москве. Есть ли какие-то заболевания, о которых можно сказать, что они характерны именно для детей, проживающих в столичном мегаполисе?

Да, к сожалению, стало гораздо больше детей, страдающих аллергическими заболеваниями. Чаще ставятся диагнозы «поллиноз» и «бронхиальная астма». У нас работают два великолепных аллерголога. В том числе окружной – Татьяна Аркадьевна Золотарева – и молодой, но очень грамотный Николай Николаевич Шиянов.

Современные дети очень много времени проводят за компьютерами и прочими гаджетами. Какие заболевания сопутствуют этой издержке прогресса?

Здесь, конечно, нарушение осанки, сколиозы и нарушения зрения, головные боли. Еще один бич – плоскостопие. Это следствие ношения некачественной обуви. Осанку и плоскостопие можно и нужно исправлять до 18 лет. У нас для этого есть все условия. Это отличное реабилитационное отделение: залы с тренажерами, бассейны, физиопроцедуры и, конечно, квалифицированные кадры.

Сейчас многие лечебные учреждения столицы расширяют свои возможности оказания лечебной помощи за счет открытия дневных стационаров. Как обстоит с этим дело у вас?

Да, это тоже относится к переменам. Сейчас разрешено свободно вводить новые виды помощи, и мы этим воспользовались. Есть дневной стационар на 21 койку, он включает такие направления, как педиатрическое, эндокринологическое, пульмонологическое.

Эндокринологический стационар тоже продиктован веяниями времени. Дети малоподвижны, неправильно питаются – в результате у каждого пятого подростка (по нашим наблюдениям) выявляется избыточная масса тела. Если таким детям вовремя не оказана помощь, возможно развитие ожирения.

Стационар поликлиники работает в две смены по три часа, здесь обеспечен полный объем обследований, лечение без госпитализации. Мы активно используем дневной стационар, чтобы избежать попадания детей в больницу. В результате ребенок и родители избегают стрессовой ситуации, возможного контакта с инфекцией и выздоровление наступает быстрее.

Но бывает, что необходимость в госпитализации все-таки есть. Реорганизация столичного здравоохранения предполагает более четкое взаимодействие амбулаторного звена со стационарным. Как добиваетесь на деле, чтобы каждый маленький пациент был постоянно под опекой участковых педиатров?

Сегодня такое взаимодействие налажено очень четко. Участковые врачи сами звонят и договариваются о госпитализации, назначают дату и время, дают направление родителям. Когда ребенка выписывают, то выписка приходит в поликлинику раньше

ребенка, по электронной почте (если, конечно, стационарный врач вышлет ее нам).

Если при обращении к нам пациенту нужна срочная помощь, госпитализация, обследование или консультации, то это тоже решает участковый врач в день обращения. Наши участковые врачи, врачи-специалисты очень хорошо знают профили, а зачастую и специалистов в отделениях стационаров, поэтому помощь идет адресная и своевременная.

Давайте коснемся кадровой составляющей лечебного процесса. ДГБ № 132 полностью укомплектована специалистами или все-таки ощущается нехватка? Привлекает ли молодых педиатров работа в районных поликлиниках?

В целом поликлиника укомплектована на 91% врачами-специалистами, участковыми педиатрами – на 82%. На каждом участке есть педиатр и медсестра. В данный момент мы обслуживаем 24 000 человек, и население растет. Помимо жителей Западного округа, мы по направлениям оказываем специализированную медпомощь жителям Троицкого и Новомосковского округа (ТиНАО). И, хотя у них есть своя поликлиника, все больше пациентов обращаются к нам, зная репутацию нашей поликлиники и наших докторов.

Пока мы справляемся с нагрузками, но есть необходимость в новых педиатрических участках, чтобы разгрузить участки существующие. Нужен подростковый врач. Вакансии есть, но только потому, что мы расширяем возможности.

Что касается молодых специалистов, то мы рады, когда к нам приходит молодежь. Стараемся заинтересовывать, даем возможность продвигаться в профессии. Многих мы сами отправляем на учебу, после которой они к нам возвращаются. Скоро ждем после ординатуры эндокринолога, которая когда-то пришла к нам медсестрой. Если кто-то хочет осваивать смежные специальности и совмещать, то всегда оказываем поддержку. Так, педиатр М. Скоробогатова стала врачом УЗ-диагностики, а педиатр Е. Носкова по нашему ходатайству поступила в ординатуру по оториноларингологии.

Недавно наш участковый врач-педиатр Ольга Гудкова стала лауреатом в номинации «Лучший педиатр 2013 года» по итогам московского фестиваля «Формула жизни». Мы гордимся этим, но я могу уверенно сказать, что любой наш специалист – профессионал высокого уровня.

Заработная плата также может стать отличным стимулом для приглашения на свободные вакансии и серьезно влиять на качество работы медиков. Как обстоят дела с этим немаловажным фактором?

Да, конечно, заработная плата – важный стимул. Если раньше молодой специалист приходил и мог рассчитывать на минимум, не имея категорий и выслуги, то сейчас заработок напрямую зависит от того, как ты работаешь. Есть целая система, помогающая оценить работу каждого специалиста, учитывающая многие факторы: как собран анамнез, как оформлен осмотр, обоснован ли диагноз и лечение, как соблюдены сроки... Мы стремимся к тому, чтобы работа наших врачей и младшего медперсонала достойно оценивалась. Чтобы им не приходилось отказываться от любимой работы ради хорошего заработка не по специальности.

Я вообще считаю, что в кадровом вопросе не деньги являются решающим фактором. Если человек пошел учиться на педиатра, значит, хочет лечить детей. Другое дело – жилье. Если бы молодым специалистам помогали с жильем, хотя бы служебным, то у них не было бы необходимости искать высокооплачиваемую работу в платных клиниках (где молодой врач не получит профессионального опыта, не узнает многих тайн врачевания), чтобы купить квартиру и обеспечить семью. Но это проблема федерального уровня и касается не только нашей поликлиники.

Что касается нас, то мы делаем, что можем. В поликлинике очень сильная профсоюзная организация, которая старается поддержать каждого сотрудника. И у нас очень сплоченный коллектив, что очень важно и для работы, и для душевного равновесия каждого сотрудника, молодежь мы любим и стараемся их научить нашему ремеслу и поддержать в трудной ситуации.

Как и во взрослых поликлиниках, на прием в детские можно теперь попасть, записавшись на консультацию к врачу через систему ЕМИАС. Как вы считаете, плюсов у новой системы все-таки больше или нет?

Плюсов однозначно больше. Конечно, система требует доработки, но уже сейчас она помогает нашим пациентам заранее записаться к врачу, экономить свое время. Почти решена проблема очередей. Конечно же, есть и накладки – к примеру, мамы, которые пытаются попасть к врачу без записи, потому что им нужно вот прямо сейчас. И ситуации разные бывают. Поэтому живая очередь будет всегда. Но даже по предварительной записи не всегда родители приходят вовремя. Это же дети. Ребенок не проснулся, закапризничал, еще что-то. В таком случае придется подождать, пока примут тех, кто пришел ко времени, или обратиться к дежурному врачу. Многие врачи тоже оценили работу в системе как помощь. Можно зайти в Интернет и самообразовываться, экономить время на выписке рецепта, самому записать пациента на консультацию к специалисту, посмотреть результаты обследований и многое другое.

Есть сложности с системой. Не всегда удобно сразу внести в компьютер сведения о приеме. Например, компьютер не может стоять там, где принимают анализы крови. А врач должен внести данные после каждого приема.

Но это рабочие моменты, тем более что система совершенствуется. И мы последовательно продвигаемся вперед. Будут и электронные карты, и пересылка снимков между медучреждениями. Переход займет много времени, но он неизбежен и необходим!

Как главный врач, вы не только отчитываетесь перед организаторами здравоохранения более высокого уровня, но и рассматриваете жалобы, которые поступают в поликлинику. Чем чаще всего недовольны родители маленьких москвичей?

Как ни странно, частые жалобы – результат плохой информированности. Но спрашивают почему-то не у нас, а обращаются сразу в вышестоящие инстанции. Считают, что если написать в министерство или департамент здравоохранения, то будет быстрее и надежнее. Вопросы касаются порядка записи к специалистам, необходимости делать прививки, правил обеспечения ребенка бесплатным питанием. Или не хотят отправлять ребенка в санаторий одного и считают, что это мы не хотим выписать направление и на маму тоже. А мы бы с радостью, но в санаториях сейчас просто не предусмотрены места для родителей. Чтобы ликвидировать вопросы, возникающие у родителей, проводим встречи с населением, выступаем на родительских собраниях в детсадах и школах, готовим информационные стенды, вывешиваем справочную информацию на сайте и многое другое. Всегда готовы помочь детям, родителям, бабушкам и дедушкам не только словом, но и делом.

На ваш взгляд, в чем заключается специфика лечения маленьких пациентов?

В первую очередь в том, что к нам обращается не сам пациент, а его родители. И дети часто сами не расскажут, что их беспокоит. А мамы (особенно бабушки) бывают слишком беспокойные. Видят то, чего и близко нет. Пытаются настаивать на обследованиях и лечении, которые не нужны. Бывает и наоборот, родители не видят, что ребенка нужно показать специалисту, не слушают рекомендации врачей. К сожалению, часто это бывает из-за нехватки у них времени.

Сложнее стало делать профилактические прививки. И это тоже веяние времени. Родители читают статьи в Интернете, смотрят телевизор и отказываются прививать своих детей, считая, что это опасно. Приходится переубеждать, объяснять, насколько важна эта процедура, чтобы предотвратить осложнения в будущем. Но процент необоснованных отказов большой – порядка 5%. Это очень много. Уже периодически появляются очаги кори, гепатита. Причем заражаются дети от взрослых.

Но главная наша специфика – сами дети. Если лечение проводится правильно, то очень быстро можно увидеть результат своей работы, и это огромная радость, это вдохновляет. Мы очень любим наших маленьких пациентов. Иначе бы просто не выбрали такую профессию.

Елена Ивановна, видно, что была проведена огромная работа. Вы упомянули, что многое еще предстоит. Поделитесь планами на будущее.

Планов действительно очень много. Будем открывать бассейн для здоровых детей, где они могут просто учиться плавать. Это не только закаливающие процедуры и формирование с детства здорового образа жизни, но и общение малыша со своими родственниками и сверстниками.

Конечно, нужно новое оборудование. Например, для оборудования дневного эндокринологического стационара. Не помешало бы обновить оборудование в рентгеновском кабинете. Мечтаю, чтобы у нас были компьютерный и магниторезонансный томографы, чтобы врачи могли быстро поставить диагноз на месте.

Мы хотим и должны расширять возможности, чтобы помощь нашим маленьким пациентам оказывалась по максимуму прямо в поликлинике. Чтобы у родителей, которые и так ограничены во времени, не было необходимости возить детей на обследования и лечение в другие учреждения.

В планах открытие травматологического дневного стационара. Для этого есть и площади, и специалисты, и возможности.

Наша основная цель – чтобы пребывание пациентов в поликлинике было комфортным на всех этапах, была современная регистратура, удобный гардероб.

Внешний вид поликлиники тоже нуждается в переменах. Уже есть проекты реконструкции. Осталось выбрать и осуществить. Первые шаги уже делаются. По нашей просьбе перед поликлиникой сделана прекрасная детская площадка, которую нам подарила Управа.

Детская поликлиника должна быть не серым типовым зданием, а сказочным домиком, куда дети будут идти с удовольствием, а уходить здоровыми, больше никогда не вспоминая о своих болезнях!

119633, г. Москва, ул. Новоорловская, д. 2, корп. 1 • Тел./факс: (495) 733-54-60
E-mail: info@dgp132.mosgorzdrav.ru • Сайт: www.dgp132-mos.ru

Модернизация должна быть продолжена

За последние годы многое сделано для переоснащения городских стоматологических поликлиник столицы

Главный врач ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук
Давид Тер-Абрамян

Давид Рубенович, с каждым годом все больше становится частных стоматологических кабинетов и клиник. Удается ли государственным поликлиникам выдержать жесткую конкуренцию с ними на рынке медицинских услуг?

Конкуренция действительно большая. С каждым годом количество частных клиник становится все больше. Мне, конечно, не очень нравится словосочетание «медицинские услуги», все-таки более уместно говорить о медицинской помощи. Многие москвичи предпочитают получать ее в государственных стоматологических клиниках. Главные их преимущества – более совершенная материально-техническая база, высокая квалификация персонала, разумная ценовая политика. Не менее важно, что мы являемся гарантами нашей работы. Если выполненная работа в каких-то редких случаях не удовлетворяет пациента, мы всегда идем ему навстречу. И, по большому счету, делаем все возможное, чтобы к каждому пациенту подойти индивидуально. Это тоже нам очень помогает в конкурентной борьбе.

В столице реализовывались программы модернизации и развития здравоохранения. Как они повлияли на качество и доступность медицинской помощи в городской стоматологической поликлинике № 23?

Очень важно, что Департамент здравоохранения г. Москвы в региональную программу модернизации включил и стоматологию. Благодаря этому мы серьезно улучшили свою материально-техническую базу, получив в 2013 году 12 итальянских стоматологических установок, радиовизиограф. Кроме того, наша поликлиника самостоятельно закупила еще несколько стоматологических установок, а также аппарат для лечения лазером. Хотелось бы, чтобы программа модернизации была продолжена. Сегодня в столице создана сильная материально-техническая база для амбулаторных учреждений, одна из лучших в нашей стране. И такую высокую марку надо держать постоянно, не забывая об обновлении дорогостоящего медицинского оборудования.

Как вы оцениваете работу стоматологических отделений в городских поликлиниках? Не пора ли их закрыть?

По моему мнению, этот вопрос должны решать все-таки организаторы московского здравоохранения. Нужно оценивать работу каждого лечебного отделения с точки зрения востребованности, оснащенности, наличия квалифицированных специалистов. Исходя из эффективности лечения, проводить реорганизацию. Моя позиция относительно стоматологических отделений, если такое решение все же примут: нужно учитывать, в дополнение к уже сказанному, и количество прикрепленного населения в соседних стоматологических поликлиниках. Иначе формальное, непродуманное увеличение числа обслуживаемых пациентов приведет как к снижению качества и доступности медицинской помощи, так и к образованию очередей в лечебных учреждениях.

На ваш взгляд, правильно ли это, что стоматологические поликлиники не участвуют в проведении диспансеризации взрослого населения?

Я считаю, что необходимости в этом нет. Важно, чтобы люди уделяли больше внимания профилактике и посещали стоматолога не менее двух раз в год. А для этого необходимо заниматься грамотным санитарным просвещением.

Расскажите о современных методах исследований и лечения, которые внедрены в последние годы в стоматологической поликлинике № 23.

В нашей поликлинике применяются практически все методы, которые разрешены в России. У нас своя зуботехническая лаборатория. Есть отделение платных услуг и ортопедическое отделение, которые занимают отдельно стоящее здание. В практике применяем современные технологии и материалы. Высокопрофессиональные специалисты нашей поликлиники готовы оказать пациентам комплекс терапевтической, хирургической, пародонтологической, ортопедической помощи. Мы заботимся о том, чтобы все процедуры были максимально комфортными для наших пациентов. Учреждение обладает всем необходимым, чтобы обеспечить эффективное решение любых стоматологических проблем.

В стоматологической поликлинике № 23 организовано отделение платных услуг. Почему вы решили разделить «платные» и «бесплатные» медицинские услуги?

Мы развиваем платные услуги, которые являются дополнительным источником финансирования поликлиники. Надо отметить, что по добровольному медицинскому страхованию мы пока не работаем. Прикрепленное к поликлинике население составляет 230 тысяч человек. Благодаря предварительной записи пациенты приходят в выбранное ими время, не создавая очередей. Если же пациент испытывает острую боль, то он получает помощь в день обращения. Специальное отделение платных услуг создано, чтобы не смешивать потоки платных и бесплатных пациентов. В него обращается в том числе не прикрепленное к поликлинике население, а также москвичи, не имеющие льгот на протезирование. Также платными услугами являются лечение с применением дорогостоящих пломбировочных материалов импортного производства, не входящих в программу ОМС, имплантация.

Почему стоматологическая поликлиника № 23 выбрала правовую форму автономного учреждения? В чем ее преимущество?

На самом деле мы пока не можем подвести какие-либо итоги, оценить, как нам работается в новой форме. Городская стоматологическая поликлиника № 23 стала автономным учреждением только в апреле этого года.

Хочу подчеркнуть, что наши пациенты не почувствовали на себе изменения формы собственности. Они как обращались к нам на лечение по полису ОМС, так и будут обращаться. Наша самостоятельность если и отразится на них, то только в лучшую сторону. Мы работаем для пациентов.

На ваш взгляд, нужно ли каждому человеку иметь личного врача-стоматолога, как, например, участкового терапевта?

Участковая система действует в нашей поликлинике с 80-х годов. Но сегодня принят новый закон «Об основах охраны здоровья граждан». Он предоставляет пациентам право выбора врача. И в нашей поликлинике это право реализуется. Конечно, врач не должен возражать взять под свою опеку еще одного пациента. А лечиться действительно лучше у одного специалиста. От этого напрямую зависит результат лечения.

Что вы посоветуете молодым людям, которые решили выбрать профессию стоматолога?

Начну с того, что я лично стоматолог в третьем поколении. Не могу даже представить свою жизнь без белого халата…

Прежде всего, надо любить выбранную профессию. Тем более что она возвращает здоровье людям и считается самой гуманной на Земле. Конечно, не могу представить стоматолога неквалифицированным специалистом. По крайней мере в нашей поликлинике таких нет. Мы гордимся своим коллективом.

121059, г. Москва, ул. Большая Дорогомиловская, д.1
Тел.: (499) 243-31-20
E-mail: 23sp@mail.ru
Сайт: http://23sp.ru

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама

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

ufi Approved Event · Expo Rating · ТПП РФ

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+

Пространство нового века

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

Восточный округ столицы – один из самых больших по территории в Москве, он отличается высокой концентрацией медицинских учреждений: стационаров, поликлиник. Недавно все детские и взрослые неспециализированные лечебные учреждения вошли в амбулаторно-поликлинические центры – подразделения, которые объединяют от трех до шести поликлиник. Государственным казенным учреждением «Дирекция по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Восточного административного округа Москвы» (ГКУ ДЗ ВАО) эти центры спланированы по территориальному принципу, чтобы создать условия транспортной доступности для пациентов, чтобы центры были компактны.

Объединение проходило в рабочем режиме, то есть лечебные учреждения не прекращали прием населения. Такая политика уже дала свои плоды. Если раньше в поликлинике не было так называемых узких специалистов: невролога, эндокринолога, кардиолога, то пациент оставался без помощи доктора данного профиля, сегодня же в рамках объединения они есть.

За последние годы медицинские учреждения хорошо оснастились благодаря реализации программы модернизации. Сегодня в округе все поликлиники имеют современное рентгенологическое, ультразвуковое оборудование, во всех амбулаторных центрах имеются компьютерные томографы. Если вспомнить ситуацию года три назад, то очередь на этот вид исследований составляла несколько месяцев, а сегодня в амбулаторной сети она не более 20 дней.

Что касается специалистов, работающих на КТ и МРТ, то их подготовка шла параллельно с приобретением и монтажом оборудования.

Мы старались сделать ставку на молодых специалистов, привлекая рентгенологов, врачей по ультразвуковой диагностике, и отправляли их на курсы повышения квалификации, на переподготовку. Чтобы не создавать трудности, мы просили докторов стационаров вести прием в амбулаторной сети и рассказывать, показывать на рабочем месте те нюансы, которые потребуются в процессе исследований. Контролировали всю отчетность, вели индивидуальную работу с каждым главным врачом, поскольку не все понимали необходимость данной работы. Мы жестко потребовали ежедневной работы в двухсменном режиме, а сегодня в амбулаторной сети даже выходим и на трехсменный.

Если говорить о стационарах, то во многих многопрофильных больницах округа эта служба работает хорошо. На сегодняшний день все крупные стационары оснащены ангиографическими установками, МРТ, во всех из них организован первичный прием и в двух стационарах: в ГКБ № 36 и ГКБ № 15 – теперь есть сосудистые центры. Во всех этих отделениях помощь оказывается круглосуточно и имеется возможность для выполнения всех манипуляций в полном объеме. Это и круглосуточная томография, и МРТ, и ангиография, при необходимости – со стентированием.

В сосудистых центрах пациенту с острым инфарктом миокарда, ишемическим или геморрагическим инсультом оказывается медицинская помощь в полном объеме благодаря мультидисциплинарному подходу. Он включает и диагностику, и наличие опытных неврологов, нейрохирургов, которые могут в любой момент выполнить требуемое вмешательство. Один пример: в больнице № 15 аортокоронарное шунтирование по экстренным показаниям оказывают в любое время суток.

Реформа столичного здравоохранения позволила сделать прорыв не только в лечебном процессе и оснащении медоборудованием, но и в информатизации. Сегодня жители округа могут, не тратя времени в очередях, записываться на прием к врачу через Интернет, колл-центр. Есть и другие приятные сервисы: оповещаем пациента за сутки по SMS о необходимости прийти на прием.

Недавно была опробована новая услуга: специалисты амбулаторно-поликлинического центра № 191 по системе видеосвязи через Skype провели консультации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта и нехронических неинфекционных заболеваний, а также по формированию приверженности к здоровому образу жизни. Новый вид услуги – «Видеосвязь через Skype» – дело важное и перспективное. Мы его будем развивать.

Такие видеолекции позволят всем жителям округа, включая маломобильных граждан, задать любой вопрос на волнующие темы. Сеансы будут проводить врачи-специалисты: кардиологи, эндокринологи, хирурги, врачи-терапевты центра здоровья и другие специалисты. Также в выделенные часы будет проводиться видеосвязь с главным врачом, заместителем главного врача по медицинской части, заместителем главного врача по КЭР АПЦ № 191, в ходе которой будут обсуждаться вопросы организации оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению. В ближайшее время этот опыт будет распространяться и на другие амбулаторно-поликлинические центры округа.

Предварительные итоги нововведений, проводимых Дирекцией по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Восточного административного округа г. Москвы, позволяют с оптимизмом смотреть в будущее. А итоги эти таковы: начиная с 2007 года общая численность постоянного населения ВАО увеличилась на 89 864 человека. Средняя продолжительность жизни жителей округа составляет 71,2 года: мужчин – 66,8, женщин – 75,3. Показатель смертности населения за последние годы имеет стойкую тенденцию к снижению (расчет на 1000 человек, данные Мосгорстата). И наоборот, показатель рождаемости населения (на 1000 человек) неуклонно растет.

Перинатальный центр ГКБ № 70: настоящее и будущее

Более трех лет назад на базе городской клинической больницы № 70 открылся многофункциональный Перинатальный центр, где создан полный цикл оказания помощи будущим мамам и новорожденным, включающий в себя родильный дом (специализация – преждевременные роды и сердечно-сосудистые заболевания), гинекологический и педиатрический стационары с тремя отделениями реанимации и интенсивной терапии новорожденных, отделениями выхаживания недоношенных детей и их реабилитации, а также амбулаторным консультативно-реабилитационным отделением и женской консультацией

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

Наша больница была открыта в 1958 году и на сегодняшний день является одной из современных крупных в городе (около 1000 коек). Достаточно сказать, что недавно мы получили лицензию на применение высоких технологий и теперь можем оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. Помимо того, что уже есть (хирургия, неврология, гинекология, кардиология), мы развиваем сосудистую медицину, эндокринную хирургию, отделение нейрореабилитации. И, конечно же, перинатальное направление, которое можно назвать магистральным.

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. Это квалифицированная и специализированная помощь при рождении и выхаживании с последующим лечением и, наконец, системные реабилитационные мероприятия на всех этапах, начиная с отделения реанимации. Также хочу добавить, что центр является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета и кафедры госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Анна Вячеславовна, расскажите, насколько «уживаются» на одной территории больница для взрослых и Перинатальный центр?

Не уживаются, а отлично существуют вместе. Центр входит в состав большой больницы, благодаря чему имеет много преимуществ. К услугам Перинатального центра все больничные специалисты.

Исторически роддом был в составе больницы с начала ее существования. Он открылся в 1968 году. В 1993 году его пришлось закрыть на капремонт, который длился долгих 6 лет. А потом еще и в 2012 году. И только к 2013 году мы получили современное здание с комфортными двухместными палатами (с душевыми и туалетами) для совместного пребывания матери и младенца. Уже много лет акушерский стационар занимается оказанием помощи беременным и роженицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, невынашиванием беременности и патологией системы гемостаза.

Детский корпус тоже закрывался на реконструкцию, и именно его мы торжественно открыли 1 марта 2011 года в присутствии Мэра Москвы.

Ввод в эксплуатацию педиатрического стационара является одним из первых примеров модернизации системы здравоохранения столицы. Корпус оснащен современным медицинским оборудованием, позволяющим оказывать помощь детям с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, проводить им восстановительную терапию в соответствии с международными требованиями, а также осуществлять реабилитационные мероприятия.

В 2012 году к центру присоединилось консультативно-реабилитационное отделение. Здесь имеются вся необходимая аппаратура и замечательные специалисты для дальнейшей реабилитации.

В чем отличие вашего центра от других подобных?

Кроме того, что недоношенный или больной ребенок проходит у нас полную реабилитацию после рождения, он остается под наблюдением и после выписки. В Москве такой опыт мало у кого имеется. Нам есть, чем гордиться. Строятся новые дома материнства и детства, но мы стали первыми и подаем пример другим. И в этом нам очень помогла Программа модернизации здравоохранения, которая проводилась Министерством здравоохранения, правительством Москвы и Департаментом здравоохранения города. Наш Перинатальный центр, отделения реанимации и интенсивной терапии, отделения реабилитации получили высококлассное экспертное оборудование не только для спасения жизни и здоровья детей, но и для их восстановления.

Не могу не рассказать о наших мероприятиях, направленных на просвещение и обучение родителей. Например, мы уже не первый год отмечаем День недоношенных детей. Это всемирный день, но не многие об этом знают. Его инициатором стала президент фонда «Живительная капля», профессор, заслуженный врач России Лидия Ивановна Ильенко, являющаяся также консультантом реабилитационного отделения центра. Это своеобразный день открытых дверей, который проходит на территории детского корпуса. В этот день родители приходят с детьми, могут задать любые вопросы педиатрам, которые присутствуют в полном составе. Да и родители наших пациентов с удовольствием делятся опытом друг с другом, рассказывают о том, чего удалось добиться.

Одним из преимуществ центра является его огромная зеленая территория, где просто можно погулять с детишками. Если у наших пациентов есть возможность, то они обязательно гуляют.

Также мы отмечаем День защиты детей. Недавно родившие мамочки получили поздравления и подарки от фонда «Живительная капля». В том числе и брошюры по правильному грудному вскармливанию и его необходимости. Было видно, как им приятно такое внимание. А для нас это уже стало традицией.

Пожалуйста, расскажите поподробнее о структуре центра.

На данный момент Перинатальный центр расположен в пяти зданиях. Это акушерский стационар на 160 коек, в состав которого входят:

- отделение патологии малых сроков беременности на 35 коек;
- отделение патологии больших сроков беременности на 40 коек;
- послеродовое отделение на 60 коек с возможностью совместного пребывания с ребенком по желанию родильницы;
- отделение для больных с осложненным течением послеродового периода на 25 коек с возможностью совместного пребывания с ребенком;
- родильно-операционное отделение на 10 родильных залов и 4 операционных;
- отделение анестезиологии, реанимации для взрослых на 3 койки;
- отделение новорожденных на 85 коек, из них 12 коек для недоношенных детей;
- отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных на 6 коек.

За год в роддоме проходит около 4000 родов.

Педиатрический стационар рассчитан на оказание помощи 80 пациентам и имеет следующие отделения:

- реанимации новорожденных на 6 коек;
- интенсивной терапии новорожденных на 12 коек;
- патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания) на 40 коек с необходимыми условиями для дневного пребывания матерей;
- реабилитации на 20 детей в 20 палатах совместного пребывания матери и ребенка.

В гинекологическом стационаре на 60 коек, который открылся в 1997 году, оказывается консервативная и оперативная помощь при основных заболеваниях репродуктивной системы и при патологии на ранних этапах гестационного процесса.

Наша женская консультация обслуживает 15 участков и обеспечивает акушерско-гинекологической помощью около 90 тысяч женщин. Имеет в своем составе учебно-методическое подразделение, проводящее учебные программы по подготовке к родам беременных женщин и членов их семей.

Консультативно-реабилитационное отделение, которое открылось 1 марта 2012 года, проводит катамнестическое наблюдение за детьми, родившимися и проходившими лечение в акушерском и педиатрическом стационарах Перинатального центра, оказывает лечебно-консультативную помощь, осуществляет комплекс развивающих, реабилитационных и восстановительных мероприятий для детей в возрасте до 3 лет. В 2013 году в консультативно-реабилитационном отделении прошли восстановительное лечение более 1800 детей. Также в Перинатальном центре есть организационно-методический отдел, который обеспечивает координацию работы всех его подразделений.

Сколько специалистов обеспечивают работу центра?

В Перинатальном центре работают более 150 врачей, почти 360 акушерок и медицинских сестер, более 200 человек младшего медицинского персонала. Могу с гордостью сказать, что у нас работают лучшие специалисты, многие из которых не ушли даже на время долгого ремонта. В том числе заведующие отделениями И.В. Девочкина и И.В. Петухова.

В этом заслуга моего заместителя, организатора и руководителя Перинатального центра Вадима Лопухина. Он возглавляет акушерско-гинекологическую и педиатрическую службы больницы с 1989 года и день за днем всеми возможными и невозможными способами добивался создания комплексной системы оказания медицинской помощи женщинам и недоношенным малышам и детям, перенесшим критические состояния в неонатальном периоде. Вадим Олегович поставил работу и создал систему такого уровня, что к нам стремятся попасть со всей Москвы еще во время беременности.

Руководитель Перинатального центра – заместитель главного врача по акушерско-гинекологической и педиатрической помощи
Вадим Лопухин

Вадим Олегович, расскажите, пожалуйста, как создавался Перинатальный центр.

Я начал думать о его создании сразу, как возглавил акушерскую службу больницы. А первое официальное решение на уровне администрации города было принято еще в начале девяностых. Но события в стране не позволили осуществить задуманное. Поэтому создание Перинатального центра практически завершилось только в прошлом году. И то сделано еще далеко не все.

Как выстроена система работы центра?

Наблюдение за детьми начинается еще в утробе матери, если она прикреплена к нашей женской консультации, чтобы на самых ранних этапах (а в идеале до беременности) предусмотреть возможные патологические процессы и попытаться что-то предотвратить. В идеале так и должно быть. Как правило, чаще всего к рождению недоношенных маловесных детей приводят инфекции у мамы (как леченные, так и нет), аномалии плаценты и кровотока в ней. Многие проблемы можно решить заранее. Тем более что у нас прекрасное гинекологическое отделение.

При возникновении патологических процессов пациенток направляют в отделения патологии малых или больших сроков беременности родильного дома, туда же поступают женщины с угрозой преждевременных родов.

Если ребенок рождается недоношенным, то сначала он попадает в отделение реанимации родильного дома, затем (в случае необходимости) в педиатрический стационар. Это могут быть отделения реанимации или интенсивной терапии, потом его переводят в отделение выхаживания новорожденных и, наконец, вместе с мамой в отделение реабилитации, где ребенок и мама готовятся к выписке домой. После выписки дети до трех лет наблюдаются в консультативно-реабилитационном амбулаторном отделении, расположенном в отдельно стоящем здании. Это и есть полный цикл от родов до полноценной реабилитации.

Много ли сейчас рождается недоношенных детей? Стало ли их больше, чем раньше?

К сожалению, в последние годы недоношенных детей и детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, становится больше. По нашей статистике, за 2013 год только в отделениях реанимации и интенсивной терапии оказана помощь почти 600 новорожденным, 70% из которых родились раньше срока, а 10% из них имели вес при рождении менее 1 кг.

Стало ли больше выхаживаться недоношенных детей после того, как наша страна перешла на ВОЗовские критерии живорождения? Насколько эффективно выхаживание недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (500 граммов и ниже)?

Да, у нас были случаи выхаживания детей с массой тела 500 граммов. Оборудование и квалификация специалистов это позволяют. Но мы видим нашей основной задачей не только снижение смертности (это само собой), а правильную реабилитацию и снижение инвалидности в дальнейшем. У нас

есть огромное желание спасать детей в том смысле, чтобы они вырастали здоровыми людьми.

Хотелось бы поговорить поподробнее о каждом этапе.

На первом этапе выхаживания ребенку проводят вентиляцию легких, вводят необходимые препараты для поддержания жизни, выявляют возможные патологические процессы. Терапия и коррекция проводятся по лабораторно-клиническим показателям. Как только ребенок может дышать сам, он идет на последующие этапы выхаживания.

Наша основная задача – создать ребенку антистрессовые условия. Малышу должно быть максимально комфортно. Это свето- и шумоизоляция: новорожденный должен спать как можно больше, чтобы его энергия, которой и так пока немного, полностью шла на выздоровление. Это грудное вскармливание, которому мы уделяем большое внимание. Стараемся как можно раньше прикладывать к материнской груди или хотя бы обеспечивать грудным молоком. То есть реабилитация должна начинаться с реанимации. И еще мы активно используем метод «кенгуру».

А что это за метод?

Все просто. Ребенок кладется на грудь матери и по возможности находится там как можно дольше. Такая связь матери и ребенка на самых ранних этапах очень важна. Это повышает защитные барьерные функции организма ребенка и способствует его скорейшему восстановлению и развитию.

Действительно просто. Насколько распространен такой подход?

Пока этим пользуются всего несколько центров. В последние годы главный неонатолог Москвы И.Г. Солдатова прилагает много усилий, чтобы изменить систему оказания неонатальной помощи, включая обучение специалистов в других странах Европы. Можно сказать, что она – двигатель новых веяний.

Нам повезло. У нас работает много хороших неонатологов, которые буквально творят чудеса. А возглавляет отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных педиатрического стационара специалист высокого класса, влюбленный в свою работу, – Сергей Зеленкин.

Что еще способствует успеху, кроме высокой квалификации персонала и новых методов?

В настоящее время мы располагаем хорошим современным оборудованием. Как показывают зарубежные командировки наших неонатологов, такое оборудование есть не во всех центрах нашего профиля. У нас есть своя лаборатория, обеспечивающая быстрое получение клинических анализов. Мы стараемся минимизировать медикаментозную нагрузку, действуя по принципу «Главное – не назначить препарат, а вовремя его отменить». Хотя в мировой практике используются такие препараты, которые и нам бы не помешали, но в России их пока нет.

Проводится ли в вашем центре хирургическая коррекция пороков развития, если они обнаружены?

Хирургия не относится к нашей специализации, но Департамент здравоохранения пошел нам навстречу, и, чтобы не приходилось перевозить ребенка, который и так ослаблен, в другие клиники, мы получили разрешение проводить определенные операции, не требующие специальной операционной, у нас. Для этого вызывается хирургическая бригада, а наши специалисты обеспечивают наркоз, могут ассистировать, а потом выхаживают ребенка. Уже проведено несколько операций на сердце у новорожденных с недостаточной массой тела при рождении по экстренным показаниям.

В идеале нужна своя операционная и оборудование. Например, для проведения офтальмологических операций у недоношенных детей нужны дорогостоящие высокотехнологичные лазеры. Мы надеемся, что у нас это будет.

Принимаете ли вы недоношенных детей, родившихся в других роддомах Москвы? И есть ли в этом необходимость?

В любом родильном доме есть протоколы оказания помощи недоношенным детям в первые часы и необходимое оборудование. И любой неонатолог-реаниматолог знает, что нужно делать. Поэтому новорожденного выхаживают и стабилизируют по месту рождения. А уже потом переводят в педиатрический стационар для дальнейшей коррекции патологических изменений, возникших из-за недоношенности. В том числе и к нам, потому что у нас больше возможностей. К тому же родильный дом не предназначен для длительного нахождения больного ребенка и последующих этапов его выхаживания и реабилитации.

Тогда вернемся к вашему Перинатальному центру и поговорим о дальнейших этапах реабилитации.

После лечения в отделениях реанимации и интенсивной терапии ребенок переводится в отделение выхаживания (отделение патологии новорожденных и недоношенных детей), где дети могут находиться уже вместе с матерями в дневное время. Здесь мы стараемся научить мам правильно обращаться с недоношенными и не совсем здоровыми детьми. Чем больше любви – нашей и материнской, – тем лучше будет результат в плане развития. Работать нужно с любым ребенком, даже когда он родился доношенным. А наши дети требуют повышенного внимания. Не секрет, что многие из детей, рожденных с недостаточной массой тела, имеют проблемы со здоровьем в той или иной степени. И чем меньше масса тела при рождении, тем больше проблем. Но наша практика показывает, что при правильном лечении, уходе и соответствующем обучении мам уже к 3–5 годам многие из наших детей мало чем отличаются от сверстников.

Поэтому наша реабилитация не в последнюю очередь направлена на обучение родителей, которые должны активно заниматься со своими детьми, в чем мы им непосредственно помогаем. Для этого и существует следующий этап, куда попадает недоношенный ребенок, – самостоятельное отделение реабилитации. Мамы или папы, круглосуточно находясь со своими детьми в одно-

местных палатах, обучаются массажу, гимнастике и развивающим играм, а позже к ним подключаются психолог и логопед, который подскажет, как правильно развивать речь ребенка. Помогает на первом этапе и оборудование нашего реабилитационного стационара. У нас есть возможности для развития моторики, речи, восприятия, осязания, слуха… Например, две уникальные сенсорные комнаты. Здесь детки с 4–5 месяцев учатся распознавать предметы через прикосновения. Для этого комнаты оборудованы массой приспособлений с различными поверхностями (гладкими, шершавыми), которые малыш может трогать и сжимать. А «звездное небо» уже с этого возраста учит ассоциативному мышлению. Физиотерапия и водные процедуры способствуют укреплению адаптационных возможностей организма.

Есть и зал лечебной физкультуры для деток постарше.

Насколько сложно попасть в стационарное реабилитационное отделение и кого вы принимаете в первую очередь?

Желающих попасть к нам много. Конечно, в первую очередь принимаются дети из близлежащих районов Москвы (Новогиреево, Перово), а дети, родившиеся в нашем центре (вне зависимости от места проживания) в приоритетном порядке и по желанию родителей могут оставаться в нашем Перинатальном центре под амбулаторным наблюдением до трех лет и по необходимости госпитализироваться в стационар. Принимаем мы и отказных деток из домов ребенка.

Статус учреждения третьего уровня оказания медицинской помощи позволяет нам принимать пациентов со всей Москвы по направлению районного педиатра.

Вот мы и подошли к следующему этапу. Консультативно-реабилитационное отделение.

Это отделение расположено в отдельном, недавно отремонтированном современном здании. Здесь мы наблюдаем детишек до трех лет. Амбулаторный прием ведут специалисты самого высокого уровня, в числе которых академик РАН, основоположник детской реабилитации в России Е.Т. Лильин и профессор Л.И. Ильенко – заведующая кафедрой госпитальной педиатрии № 2 педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, президент фонда «Живительная капля».

Здесь в амбулаторном режиме проводятся занятия по лечебной физкультуре, работают массажисты, дети получают физиотерапевтические процедуры, с ними занимаются психолог и логопед, консультируют педиатр, кардиолог, хирург, ортопед, невролог, офтальмолог, специалисты по ультразвуковой и функциональной диагностике и, опять же, ведется обучающая работа с родителями. Им даются задания, чтобы процесс восстановления шел постоянно. А в планах – открытие водолечебницы с мини-бассейном и гидромассажными ваннами, комнаты, оборудованной соляными лампами, кабинетов парафино- и грязелечения, ингалятория.

Налажена ли взаимосвязь центра с поликлиническим звеном после выписки матери и ребенка? Нужно ли детям, рожденным и проходящим реабилитацию в вашем центре, оформляться в поликлинике по месту жительства?

Да, конечно. Мы не заменяем поликлинику, мы ей помогаем. Именно районный педиатр принимает решение о направлении ребенка в наше КРО. Даже если ребенок родился у нас.

Сколько детей обслуживает это отделение?

За 2013 год через консультативно-реабилитационное отделение в общей сложности прошло более 1800 детей. Это примерно вдвое больше, чем в 2012 году. И есть предпосылки (в связи с расширившимися возможностями), что в этом году детей будет принято еще больше. Одновременно под постоянным наблюдением сегодня находится около 300 детей.

Также мы планируем перейти на двухсменный режим (сейчас отделение работает с 8 до 16 часов) и принимать пациентов до 8 вечера. А еще мечтаем открыть дневной стационар.

Тогда давайте поговорим о планах. Что еще не сделано и планируется осуществить?

Планируем повысить возрастную планку и наблюдать детей до пяти-семи лет. Хотя уже и сейчас мы не отказываем в консультациях, если к нам приходят с детьми старше трех лет. Для этого нужно и новое оборудование, которого у нас пока нет.

Мы очень нуждаемся в своей выездной реанимационной бригаде скорой помощи с машиной.

Ведь, даже чтобы перевезти недоношенного младенца из корпуса в корпус, приходится вызывать реанимобиль. Да и забирать детей из других учреждений было бы удобнее. Тем более, если бы за нашим Перинатальным центром были закреплены определенные родильные дома, мы смогли бы создать вместе с ними единую программу по оказанию помощи детям с рождения, гарантирующую преемственность в оказании помощи. А ведь единый подход обязательно даст улучшение результатов.

Несомненно, в городе нужен банк материнского молока. Нужно сохранять и пропагандировать грудное вскармливание. И мы этим занимаемся.

Что вы можете посоветовать коллегам, которые только в начале пути создания подобного центра?

Прежде всего, учиться. Посещать конференции и конгрессы, читать отечественную и зарубежную научную и практическую литературу, участвовать в мероприятиях Ассоциации неонатологов Москвы и России. Не ждать, пока кто-то поможет или заставит, не бояться начинать делать то, в чем вы уверены и к чему есть стремление, и при этом не ждать скорых результатов. Ведь не нужно больших затрат, чтобы применять тот же метод «кенгуру», чтобы решить вопрос с грудным вскармливанием, уменьшить медикаментозную нагрузку на плод и новорожденного.

Мы тоже движемся вперед, учимся у коллег из других центров и пытаемся реализовывать то, чего у нас еще нет.

Не теряя золотого часа

Столичное здравоохранение вступило в федеральную сосудистую программу отнюдь не первым. Но, как часто это и бывает в Первопрестольной, московским медикам удалось добиться впечатляющих результатов. Два года назад Департаментом здравоохранения города Москвы под руководством Г.Н. Голухова была начата большая работа по созданию целой сети: центрального, региональных и первичных сосудистых центров. Именно тогда в городской клинической больнице № 36 проанализировали все этапы оказания экстренной помощи больным при остром инфаркте миокарда и нарушении мозгового кровообращения

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

Действительно, одной из первых в федеральную сосудистую программу вступила наша больница. Мы являемся центром оказания экстренной медицинской помощи. Соответственно, задействованы по нескольким сложным направлениям в масштабах всей столицы. Конечно, больница развивала и оказание экстренной помощи больным с острым инфарктом миокарда и нарушением мозгового кровообращения.

Когда перед нами поставили задачу выйти на новый уровень оказания помощи таким больным, мы осознали, что нельзя достичь целей, не изменив кардинально подходы к проблеме. Проще всего было переоснастить новым оборудованием неврологическое и кардиологическое отделения, нейрореанимацию и кардиореанимацию, а затем со спокойной совестью назвать их «сосудистым центром» и продолжить работу дальше в обновленных отделениях. ГКБ № 36 пошла другим путем: был выделен отдельный корпус под новый Сосудистый центр, а не формально объединены действующие отделения и подразделения. Переданный корпус имеет подземные переходы, которые соединяют его с операционными блоками, диагностическими и вспомогательными службами.

Следующий этап – просчитать алгоритм движения больного при поступлении в больницу. Нам нужно было уйти от рутинной работы по принципу «лишь бы оказать хоть какую-то помощь». А по нынешним меркам высокоспециализированная и даже высокотехнологичная помощь должна оказываться в первые сутки. Для этого требовалось разделить, разграничить потоки пациентов еще на стадии приемного покоя. В результате «скорая» целенаправленно стала доставлять больного в специализированный приемный покой. Взаимодействие с бригадой, которой передан этот вызов, начинается с момента осмотра больного. Для этого специалисты по IT-технологиям установили специальные терминалы в нашей диспетчерской, куда сразу передается вся информация из машин скорой помощи. Благодаря этому в приемном покое больного встречает мультидисциплинарная бригада врачей. Если его доставляют с инсультом, то координирует всю работу невролог, при инфаркте – кардиолог. Сразу после смотровой больного без всякого промедления при подозрении на инсульт отправляют на компьютерную томографию, инфаркт – на ЭКГ и ЭХО – ЭКГ.

Дальше его ожидают необходимые лабораторные исследования. Все кабинеты расположены недалеко друг от друга. Это важно. Когда выясняется, что поступивший с острым инфарктом миокарда нуждается в проведении срочного вмешательства на сосудах, его сразу перевозят в рентген-операционную. От поступления по экстренным показаниям в центр и до начала эндоваскулярного вмешательства проходит всего 40 минут. Чтобы центр работал в таком жестком режиме, надо было начинать с изменений в подходах врачей к диагностике и лечению, не забывая о вопросах психологии. В конце концов мы добились, что больного направляют на операционный стол непосредственно из смотровой, а не забирают, как раньше, из отделений или реанимационных палат.

Сегодня Региональный сосудистый центр располагает тремя мультиспиральными компьютерными томографами (самый мощный – 164-срезовый), различным эндоскопическим, рентгенэндоваскулярным оборудованием, имеет ангиограф, ультразвуковые аппараты экспертного класса, способные выявлять заболевания сердца, интракраниальных и периферийных сосудов. Для нейрохирургических операций приобретено современное оборудование: система для нейронавигации, нейрохирургическая эндоскопическая стойка и микроскоп. Они позволяют проводить операции, в том числе малоинвазивные, на внутричерепных сосудах.

Проделана огромная работа по применению тромболизиса в первые часы после инфаркта и инсульта. Если больной не имеет противопоказаний к использованию этого метода при инфаркте, то его начинают «капать» сразу в машине скорой. Как известно, при инсульте тромболизис может проводиться только после выполнения компьютерной томографии. И этот метод зачастую бывает более эффективным, чем отложенные на час-полтора эндоваскулярные вмешательства. Выражение хирургов «дверь – баллон» (временной промежуток от доставки скорой в приемное отделение больного до установки стента в поврежденный сосуд) в городской клинической больнице № 36 является образцовым.

Радует, что удалось вывести столичную медицину на такой уровень оказания помощи. Это лучше всего понимаешь за границей. Недавно по программе обмена мы посещали лучшие европейские, израильские клиники. Если не смотреть на бейджики с иностранными именами, то может показаться, что находишься в одном из столичных центров. Ведь там используется аналогичное оборудование, квалификация врачей не выше, чем у российских. А познакомившись с работой иностранных клиник, в будущее российского здравоохранения смотришь с оптимизмом.

Руководитель Регионального сосудистого центра, кандидат медицинских наук
Дмитрий Семенцов

Региональный сосудистый центр рассчитан на 189 стационарных коек. В состав центра входят реанимационные отделения для больных с инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее – ОНМК), кардиологические отделения, неврологическое отделение для больных с ОНМК, отделение сосудистой хирургии, нейрохирургическое отделение для больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга, отделение реабилитации и восстановительного лечения, операционный блок. Для приема больных с сосудистой патологией в РСЦ имеется свое приемное отделение.

Под Региональный сосудистый центр выделено отдельно стоящее семиэтажное здание, в котором условия размещения пациентов соответствуют самому высокому уровню. Например, на каждого больного с инсультом приходится не менее 10 квадратных метров, во всех отделениях центра создано безбарьерное пространство для людей с ограниченными возможностями. А это совсем другое качество пребывания больных в стационаре и возможности для внедрения новых методов лечения.

Пришлось приложить немало усилий, чтобы добиться высокой эффективности в работе Сосудистого центра, слаженности взаимодействия медицинского персонала, соблюдения принципа работы единой команды. Важнейшей задачей являлась подготовка специалистов, которые освоили бы новое оборудование. Мы очень благодарны академику Давиду Иоселиани. Он убедил своего заведующего, доктора медицинских наук Дмитрия Громова перейти работать к нам в Сосудистый центр. Слова искренней благодарности надо сказать и Георгию Натановичу Голухову. Именно с его участием больницу в свое время включили в сосудистую программу, а с началом ее реализации мы получили лицензии на оказание новых видов ВМП.

Взаимодействие структурных подразделений центра выстраивается благодаря вертикали управления. То есть все отделения подчиняются руководителю центра. Тем самым достигается оптимальное взаимодействие структурных подразделений центра, реализуется принцип работы мультидисциплинарной бригады. Скажем честно, достичь понимания между кардиологами, реаниматологами, эндоваскулярными хирургами не всегда просто. У каждого специалиста может быть свое мнение. Одни настаивают на том, что надо оперировать, другие считают, что время уже упущено, а выбранный алгоритм лечения не принесет положительного результата. Спорные вопросы всегда были и будут. Поступил больной с транзиторной ишемической атакой. Раньше его редко оперировали и выписывали из стационара с рекомендациями пройти курс реабилитации. Однако проходило совсем немного времени, и пациент вновь госпитализировался в неврологическое отделение, но уже с инсультом. А причина очевидна: стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий. В Сосудистом центре такому больному обязательно предложат эндоваскулярную операцию, а не выпишут домой. То есть даже профилактика и та стала другой, малоинвазивной. Когда же больной перенес обширный инсульт и оперировать его лучше после улучшения общего состояния, он получает приглашение на оперативное вмешательство через 2–3 месяца. Его лечат, что называется, этап за этапом.

Когда центр только начинал работать, на лечение сюда направляли гораздо меньше больных. Достаточно сказать, что за 5 месяцев 2013 года было пролечено 1300 пациентов, а за 5 месяцев 2014 года – 2500. Как видите, количественный показатель значительно вырос. Если говорить о составе пациентов, то больше стало поступивших с полиморбидными заболеваниями. А сопутствующие заболевания всегда отягощают течение основного. Кроме того, увеличилось количество больных пожилого и старческого возраста. При этом возраст у этих групп больных в прогностическом плане стоит, к сожалению, на первом плане. Хотя инфаркт миокарда в 80 и 50 лет лечится почти одинаково, но в первом случае требуется гораздо больше усилий со стороны медиков и самого пациента, чтобы вернуться к прежнему качеству жизни.

Сегодня уже очевидно, что Региональный сосудистый центр внес свой вклад в снижение смертности москвичей от инсультов и инфарктов. Причем не только старших возрастных групп, но и достаточно молодых. Произошло и приближение специализированной помощи непосредственно к населению, она стала более доступна. В Сосудистом центре все лечение идет в соответствии с федеральной программой: начиная от работы приемного отделения и заканчивая отделением реабилитации. Все это позволяет провести полный цикл диагностики и высококвалифицированного лечения в минимально короткие сроки, серьезно снизить летальность больных с острым инфарктом миокарда, имеющим при поступлении подъем сегмента ST. До открытия Сосудистого центра смертность по этому заболеванию в больнице достигала 15–16%, теперь – не более 9%.

Хорошие результаты достигнуты и при лечении инсультов. Основной фактор, который повлиял на снижение смертности, – быстрая диагностика, своевременное проведение тромболитической терапии, ранняя реабилитация пациентов. Каждому пациенту разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая продолжается затем в неврологическом отделении.

Нельзя не сказать и о повышении квалификации медицинских работников. Она идет постоянно. Давно налажено сотрудничество с Институтом повышения квалификации ФМБА России и Институтом инсульта. Специалисты Регионального сосудистого центра принимают участие во всех тематических съездах, которые проводятся в Москве и в других крупных городах России по своему профилю. И поиск более эффективных методов лечения продолжается. ГКБ № 36 – настоящая площадка для творческих исследований.

Секрет успеха

Уберечь детей от заболеваний – это наша главная задача. Развитие любого государства зависит от состояния здоровья будущего поколения

Главный врач ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 143 Департамента здравоохранения города Москвы»
Татьяна Казыкина

Руководитель Центра здоровья ГБУЗ «ДГП № 143 ДЗМ», врач высшей квалификационной категории
Светлана Онищенко

Одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и обеспечения качества и доступности медицинской помощи.

Значительный потенциал дальнейшего повышения качества медицинской помощи обеспечивается принимаемыми мерами по профилактике развития факторов риска хронических неинфекционных заболеваний за счет приверженности населения к здоровому образу жизни, раннему выявлению факторов риска, а также ранней диагностике и лечению самих заболеваний.

Формирование здорового образа жизни у детей, подростков, молодежи и студентов, проведение профилактических мероприятий в настоящее время имеет особое значение, что обусловлено очень большой распространенностью среди них такого поведенческого фактора риска, как курение, а также высокой частотой выявления нерационального питания, избыточной массы тела и ожирения, низкой физической активности. Отдельного внимания заслуживает наркомания.

Центр здоровья

Коллектив детской городской поликлиники № 143 придерживается того мнения, что любая деятельность подчинена цели, а наша цель – здоровые детки и счастливые родители!

Именно воплощая эту идею в жизнь, с марта 2011 года на базе поликлиники функционирует центр здоровья, в котором трудится высококвалифицированный персонал с чуткой душой и открытым сердцем, готовый прийти на помощь родителям и маленьким пациентам.

Центр здоровья выполняет следующие задачи:

- проведение скрининговых обследований детского населения с учетом имеющегося оборудования, позволяющего доступными методами при минимальных временных затратах выявить патологию и факторы риска развития неинфекционных заболеваний;
- пропаганда здорового образа жизни;
- формирование ответственного отношения к своему здоровью;
- создание у посетителей центра здоровья мотивации к отказу от вредных привычек;
- оказание помощи в отказе от курения.

На базе центра здоровья расположены 2 врачебных кабинета, 3 кабинета инструментального исследования, рабочее место лаборанта для определения холестерина и глюкозы, зал лечебной физкультуры, зал с мультимедийной установкой для проведения занятий в школах здоровья. Укомплектованность врачами, средним и младшим медицинским персоналом составляет 100%.

Центр здоровья оснащен оборудованием в соответствии с Приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 июня 2009 года № 302н. В настоящее время центр здоровья располагает:

- аппаратно-программным комплексом для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма с комплектом оборудования для измерения параметров физического развития;
- системой скрининга сердца компьютеризированной (экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей);
- аппаратом для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы (спирометр компьютеризированный);
- биоимпедансметром для анализа внутренних сред организма (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани);
- экспресс-анализатором для определения общего холестерина и глюкозы в крови (с принадлежностями);
- анализатором окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина;
- пульсоксиметром в составе аппарата для комплексной оценки функции дыхательной системы;
- газоанализатором SmokeCheck для определения окиси углерода;
- комплектом оборудования для зала лечебной физкультуры и оборудованием для наглядной пропаганды здорового образа жизни;
- стоматологической установкой.

Для удобства пациентов центр здоровья работает в часы приема поликлиники. Записаться на исследование можно у своего педиатра, через средства телефонной связи, а также через единую информационную систему.

За период деятельности центра обследовано более 20 тысяч пациентов. И если в начале открытия центра (2011 год) из числа обследованных детей факторы риска выявлялись у 70%, то за три года деятельности и активной пропаганды здорового образа жизни процент снизился до 49. Такие показатели достигнуты благодаря кропотливой работе медиков и активному взаимодействию с родителями (*Табл. 1*).

Учитывая перечень имеющихся специалистов нашего центра, при комплексном обследовании все посетители осматриваются педиатром. При наличии таких факторов, как стрессы, курение, наклонность к повышенному весу, осуществляется осмотр медицинским психологом. Для оздоровления маленьких пациентов активно используются зал ЛФК, бальнеотерапия.

Специалист	Всего	Здоровых	С факторами риска
Педиатр	3579 (100%)	2096	1483 (41%)
Врач ЛФК	1914 (53,6%)	902	1012 (52%)
Мед. психолог	437 (12,2%)	91 (20,8%)	346 (79,2%)

Таблица 1. Осмотрено врачами центра здоровья на 1 июня 2014 года

Медицинским психологом каждому посетителю для профилактики предлагаются методы снятия стресса в амбулаторных условиях. Лицам, страдающим табакозависимостью, предлагается лечение в условиях психотерапевтического центра.

По итогам комплексного обследования признано здоровыми 58,5% детей. Имелись факторы риска у 41% граждан. Всем посетителям центра здоровья были назначены индивидуальные планы оздоровительных мероприятий. Пациентам с факторами риска рекомендовано наблюдение в ЛПУ по месту жительства. Интерес представляет и картина выявленных факторов риска в первом полугодии 2014 года (*Табл. 2*).

На 1 посетителя, имеющего факторы риска, приходится в среднем по 1 фактору. Среди факторов риска на 1-м месте – стресс, на 2-м месте – предожирение, на 3-м месте – нерациональное питание, на 4-м месте – повышение АД.

Комплексное обследование граждан проводится 1 раз в год в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2010 года № 597н «Об организации деятельности ЦЗ по формированию здорового образа жизни у граждан РФ» и включает в себя измерение роста и веса, тестирование на аппаратно-программном комплексе, скрининг сердца компьютеризированный, экспресс-анализ общего холестерина и глюкозы в крови, комплексную оценку функций внешнего дыхания, осмотр врача-педиатра, осмотр стоматолога. При необходимости врачом-педиатром назначаются и проводятся дополнительные исследования и консультации узких специалистов для выявления факторов риска (*Табл. 3*).

Фактор риска	Абс. кол-во	% от количества обследованных с факторами риска
Курение	0	
Наследственность	112	18,5
Предожирение	311	21,0
Гиподинамия	175	11,8
Стресс	347	23,4
Повышение АД	263	17,7
Нерациональное питание	275	7,6
Итого	1483	

Таблица 2. Выявленные факторы риска за 5 месяцев 2014 года

Наименование	Количество проведенных обследований, всего	Число отклонений от нормы, всего	Процент отклонений
АПК	3579	129	3,6
Кардиовизор	3579	839	23,4
Спирометр	3579	0	
Биоимпедансметрия	3579	679	18,9
Холестерин + глюкоза	3579	0	
Смокелайзер	3579	0	
Пульсоксиметр	3579	0	

Таблица 3. Число отклонений от нормы в кабинетах тестирования (за 5 месяцев 2014 года)

Из таблицы видно, что наибольший процент отклонений от нормы встречается при исследовании на кардиовизоре: у каждого второго посетителя выявлялись изменения, чаще всего в виде нарушения ритма сердца, метаболических нарушений, гипоксии миокарда за счет пассивного курения.

Большой популярностью пользуется биоимпедансметрия, с помощью которой выявляются изменения состава тела, признаки повышенного веса, что позволяет педиатру убеждать пациента и его родителей соблюдать правила здорового питания и настраивать его на снижение веса.

За период деятельности центра основам здорового образа жизни обучено около 20 тысяч посетителей. Для наглядной агитации используются трансляции видеороликов о вреде курения, употребления алкоголя, несбалансированного питания, абортов; о профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы. Кроме того, каждый посетитель получает информацию из буклетов, информационных листков, уголков здоровья, лекционного материала.

В 2014 году проведены три выездные акции в общеобразовательных школах (по вопросам медико-гигиенического обучения населения) для информации о центре здоровья и приглашения пациентов на обследование.

Проведен социологический опрос населения на тему «Уровень просвещенности в вопросах индивидуальной гигиены полости рта». В опросе участвовало 94 человек. Согласно опросу, 70% населения владеет информацией о правилах ухода за зубами, а 30% владеет информацией, но не выполняет основные правила ухода за зубами.

Подводя итоги, можно сказать, что подобные инициативы по усилению организации работы поликлиник в профилактической направленности позволят значительно улучшить состояние здоровья подрастающего поколения и принесут ощутимую пользу обществу. Иными словами, это богоугодное дело спасения жизни и здоровья – нравственного и физического!

109156, г. Москва, ул. Авиаконструктора Миля, д. 5, корп. 1
Тел.: (495) 704-58-72
E-mail: info@dgp143.mosgorzdrav.ru, сайт: ДГП 143.рф
Центр здоровья:
109145, г. Москва, Хвалынский бульвар, д. 10
Тел./факс: (495) 705-61-35
E-mail: info@dgp142.mosgorzdrav.ru

Стационарозамещающие технологии

Новые возможности хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического объединения ГБУЗ «ГП № 36 ДЗМ»

Главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 36 Департамента здравоохранения города Москвы»
Сергей Киреев

Проведение плановых операций на сосудах нижних конечностей в амбулаторных условиях актуально для практической хирургии. Значительное снижение затрат на лечение, отсутствие риска внутрибольничной инфекции, послеоперационное наблюдение пациента оперировавшим врачом, сокращение сроков послеоперационной реабилитации привлекают внимание к возможностям применения флебоэктомических операций в условиях поликлиники.

Зарубежный и отечественный опыт показывает, что в рамках однодневной хирургии (day surgery) может быть проведено до 40–50% плановых оперативных вмешательств, включая ангиологию, ортопедию, онкологию, герниологию, проктологию и гинекологию.

В последнее время вводится понятие «офисная хирургия», когда по окончании операции пациент самостоятельно покидает медицинское учреждение и переводится на амбулаторный режим.

В связи с этим представляет интерес ряд вопросов, касающихся организации хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, определения показаний и противопоказаний к флебоэктомическим операциям, оптимизации техники оперирования, а также тактики послеоперационного ведения и реабилитации больных.

Хирургическая служба

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 5 мая 2012 года № 414 «О реорганизации государственных бюджетных учреждений здравоохранения города Москвы: «Городская поликлиника № 36 ДЗМ», «Городская поликлиника № 185 ДЗМ», «Городская поликлиника № 225 ДЗМ» в октябре 2012 года объединены в ГБУЗ «Городская поликлиника № 36 ДЗМ».

В результате реорганизации произошло слияние 3 поликлиник, хирургическое отделение объединило в себе кабинеты хирургов взрослого отделения ГП № 36, филиала № 1 (бывшая поликлиника № 185) и филиала № 2 (бывшая поликлиника № 225).

Объединение позволило сформировать хирургическую службу путем подбора наиболее квалифицированных сотрудников, реализовать более четкую маршрутизацию пациентов, проводить качественный отбор пациентов для хирургического лечения.

Основная операционная деятельность дневного стационара хирургического отделения осуществляется на базе филиала № 1.

С 2014 года в дневном стационаре хирургического отделения филиала № 1 развернуто 15 коек, функционирующих в две смены.

Работу дневного стационара обеспечивают 4 врача-хирурга дневного стационара: заведующий хирургическим отделением В.В. Инжеватов, врач – сосудистый хирург В.М. Алексанян, врач-хирург Д.Ф. Ермаков и врач-хирург Е.В. Раскатова.

Анестезиологическое пособие оказывают 2 анестезиолога-реаниматолога: Г.И. Резяпкин и А.Н. Оськин.

Весь персонал высококвалифицированный, два врача имеют высшую категорию, четыре – кандидаты медицинских наук.

Два врача прошли специализацию по флебологии, сертифицированы по сосудистой хирургии. У одного врача имеется специализация по артроскопии и сертификаты специалиста по травматологии и ортопедии. Один доктор сертифицирован по колопроктологии.

Организована анестезиологическая служба, оснащенная современным оборудованием, позволяющая проводить весь спектр амбулаторных оперативных вмешательств.

Одним из приоритетных направлений работы дневного стационара хирургического профиля филиала № 1 ГБУЗ «ГП № 36 ДЗМ» является оперативное лечение варикозной болезни вен нижних конечностей, что обусловлено высокой распространенностью данной патологии среди взрослого населения.

Используемая международная классификация CEAP выделяет 6 клинических классов варикозной болезни:

- Нулевой класс (С0): симптомов болезни не наблюдается при пальпации и осмотре.
- Первый класс (С1): варикоз или ретикулярные вены, а также внутрикожный варикоз или телеангиэктазии.
- Второй класс (С2): вены, имеющие варикозное расширение.
- Третий класс (С3): отек.
- Четвертый класс (С4): венозная экзема, пигментация, липодерматосклероз, а также другие кожные заболевания, которые происходят в результате заболевания вен.
- Пятый класс (С5): долговременная язва и другие кожные заболевания, указанные выше.

- Шестой класс (С6): активная язва и другие кожные заболевания, указанные выше.

За период с августа 2013 года по май 2014 года в хирургическом дневном стационаре филиала № 1 ГБУЗ «ГП № 36 ДЗМ» было выполнено 893 операции 645 пациентам с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Среди них женщин 86,5%, мужчин – 13,5%. Средний возраст пациентов составил 51,5 года (от 18 до 85 лет).

Распределение оперированных пациентов по выраженности клинических проявлений CEAP: С2 – 12,2%; С3 – 49,9%; С4 – 19,4%; С5 – 9,4% и С6 – 9,9%.

Из сопутствующей патологии 145 человек (24,9%) страдали ИБС, 6 человек (0,9%) перенесли инфаркт миокарда, 284 человек (44%) страдали артериальной гипертонией, сахарный диабет встречался у 113 больных (17,5%), бронхиальная астма – у 21 больного (3,2%) и 17 человек (2,7%) в анамнезе перенесли острое нарушение мозгового кровообращения.

Пациенты принадлежали к I, II и III классу по шкале оценки физического состояния ASA. Возможность хирургического лечения пациентов III класса по ASA, т.е. с тяжелым, но компенсированным заболеванием (диабет, ИБС и т.д.), решался в каждом случае индивидуально, с учетом кардиального статуса, вида анестезиологического пособия, характера и продолжительности оперативного вмешательства.

Основным видом обезболивания явилась спинальная анестезия.

Анестезиологическое пособие проводилось с использованием пониженных доз 0,5% бупивакаина («Маркаин спинал хэви»), введение осуществлялось «карандашными» иглами G25 и G27. При одностороннем поражении осуществлялась монолатеральная спинальная анестезия.

Кроме того, при патологии малой подкожной вены использовалась местная анестезия.

У 397 пациентов проводилась операция на одной конечности, у 248 пациентов – на двух конечностях.

Длительность подавляющего числа оперативных вмешательств составила менее 2 часов.

109 пациентам операция по лечению варикозной болезни вен нижних конечностей проводилась в рамках подготовки к предстоящему хирургическому лечению в стационаре. Из них 37 пациентам (34%) предстояла ортопедическая операция, 32 пациентам (29%) – операция на органах пищеварения, 21 больному (19%) – гинекологическая операция и 19 (17%) планировалось провести в стационаре прочие операции.

У 109 человек в анамнезе имел место венозный тромбоз. У 75 пациентов (15,6%) – в поверхностной системе, у 34 (7 %) – в глубокой системе. Из этих 34 пациентов у 12 в анамнезе отмечена тромбоэмболия, у 15 был тромбоз вен бедра, у 19 – тромбоз подколенной вены или вен голени.

Распределение оперативных вмешательств по объему и средней продолжительности представлено в таблице.

Операция завершалась наложением компрессионных чулок не менее 2-го класса компрессии. Время послеоперационного наблюдения составляло не менее 4 часов. По восстановлении функции тазовых органов со стабильными гемодинамическими показателями пациенты активизировались и транспортировались по месту жительства. Далее пациенты ежедневно наблюдались в амбулаторном режиме.

На случай возникновения экстренных осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде, с учетом транспортной доступности, между ГБУЗ «ГП № 36 ДЗМ» и Федеральным научно-клиническим центром специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства согласо-

Объем операции	Количество операций	Среднее время операции
Большая подкожная вена	341	37 мин.
Малая подкожная вена	32	22 мин.
Большая подкожная вена и малая подкожная вена на одной конечности	24	48 мин.
Большая подкожная вена с обеих сторон	198	74 мин.
Малая подкожная вена с обеих сторон	18	39 мин.
Большая подкожная вена и малая подкожная вена с обеих сторон	12	95 мин.
Малая подкожная вена и большая подкожная вена – 3 кроссэктомии	20	80 мин.

вана возможность неотложной госпитализации данных пациентов.

В целях контроля состояния пациента в течение первых суток после оперативного лечения проводится дистанционный мониторинг жизненно важных функций (пульс, ЧДД, АД и ЭКГ в одном отведении). Данная методика разработана совместно с Институтом информационных технологий Высшей школы экономики.

Наличие высокопроизводительных ультразвуковых сканеров позволяет всем пациентам проводить ультразвуковое исследование вен нижних конечностей, как в день операции, так и в динамике.

Результаты проведенных оперативных вмешательств свидетельствуют о хорошей переносимости как анестезии, так и выполненных операций. Осложнений оперативного лечения, способствующих экстренной госпитализации, не было. Манифестированных тромбозов вен нижних конечностей в послеоперационном периоде не отмечалось.

В двух случаях наблюдались осложнения:

- один случай постпункционной головной боли;
- один случай нагноившейся гематомы верхней трети бедра.

В обоих случаях исход благоприятный.

Таким образом, результаты деятельности хирургического отделения ГБУЗ «ГП № 36 ДЗМ» показали, что подавляющее большинство пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей могут быть эффективно и безопасно прооперированы в условиях дневного стационара. Определяющими факторами являются высокая квалификация персонала и рациональный отбор пациентов. Спинальная анестезия для хирургии варикозной болезни вен нижних конечностей в амбулаторных условиях – метод выбора и хорошо переносится больными. Ранняя активизация больных и использование компрессионного трикотажа после операции способствуют профилактике тромбозов вен нижних конечностей. Дистанционный мониторинг состояния пациента в первые сутки после операции – еще один фактор надежности хирургических вмешательств в амбулаторных условиях.

Делая выводы

Для благополучного результата хирургического лечения пациентов с варикозной болезнью вен нижних конечностей в дневном стационаре обязательно соблюдение следующих условий:

1. высокое качество хирургического пособия, наличие специализированного в области сердечно-сосудистой хирургии врачебного персонала, владеющего технологиями УЗ-диагностики сосудов,

обладающего навыками предотвращения интраоперационных осложнений;
2. высокое качество анестезиологического пособия (наличие квалифицированного врача анестезиолога-реаниматолога, владеющего техникой спинальной анестезии с использованием современных анестетиков);
3. рациональный отбор пациентов для лечения;
4. ранняя активизация пациента после стабилизации гемодинамики, нормализации функции тазовых органов и нижних конечностей, использование компрессионного трикотажа с первого дня для обеспечения ранней активизации пациента и перевода его на амбулаторный режим;
5. наличие многопрофильного стационара, находящегося в транспортной доступности от дневного стационара не более 30 минут, с четко сформулированным алгоритмом ургентной госпитализации пациентов как из дневного стационара, так и из дома;
6. дистанционный мониторинг состояния пациента и наличие устойчивой мобильной связи.

Данные условия явились естественным продолжением реорганизационных мероприятий амбулаторно-поликлинических учреждений, дооснащения и проведения модернизации имеющегося парка медицинского оборудования.

109652, г. Москва,
ул. Новомарьинская, д. 2
Тел.: (499) 722-26-34
E-mail: info@gp36.mosgorzdrav.ru
Сайт: http://www.mosgorzdrav.ru/gp36

Пресс-клуб «Сандоз» – дискуссионная площадка для экспертов здравоохранения

В Москве 10 июня 2014 года компания «Сандоз» провела очередной образовательный семинар «Сандоз Пресс-клуб». Инициатива представляет собой дискуссионную площадку, где медиаспециалисты могут встретиться с экспертами сферы здравоохранения, получить актуальную и достоверную информацию и обменяться мнениями по значимым вопросам.

«Компания «Сандоз» является одним из мировых лидеров в производстве дженериков и биоаналогов. Такая позиция накладывает на нас ответственность быть примером для других компаний в сфере решения существующих проблем в фармацевтике и развития системы здравоохранения. «Сандоз Пресс-клуб» – это эффективная площадка, на которой мы собираем представителей медицинской общественности, средств массовой информации и в формате диалога обсуждаем важные вопросы здравоохранения и медицины», – подчеркнул Ю.А. Головатчик, директор по корпоративным связям «Сандоз» в России.

Прошедший семинар был посвящен вопросам правильного дозирования лекарственных препаратов, что играет важную роль в обеспечении эффективности лечения. Проблема подбора необходимого количества лекарственных средств актуальна для большинства терапевтических областей, она затрагивает как пациентов, так и врачей. Профессор С.К. Зырянов, д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, отметил в своем выступлении важность подбора правильной дозы для получения эффекта препарата на примере нескольких заболеваний: хронической почечной недостаточности, артериальной гипертензии, бронхиальной астмы, эректильной дисфункции и других.

А.В. Зилов, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ПГМУ им. Сеченова, эндокринолог с большим опытом рассказал более подробно о причинах возникновения, факторах риска и видах терапии при эректильной дисфункции (ЭД) – одном из самых

распространенных мужских заболеваний, показав, как он использует фактор правильного дозирования в своей клинической практике.

Залогом успешной терапии является своевременная диагностика заболевания. Однако основной трудностью, с которой сталкиваются специалисты, является комплайентность пациентов. Индивидуальный подход способствует достижению оптимальных результатов и может увеличить мотивацию пациента к соблюдению режима дозирования. Важно, чтобы врач учитывал различные факторы при подборе дозировки препарата, руководствовался первичными сведениями, полученными от пациента, и корректировал схему лечения при необходимости.

«Сегодня на фармрынке появляются инновационные препараты, которые помогают реализовать индивидуальный подход к каждому пациенту. Благодаря уникальным технологиям производства лекарственных средств становится возможным подбирать необходимое количество действующего вещества в каждом случае. Например, в препарате Торнетис® используется удобная система подбора дозы (от 25 до 100 мг). Одним нажатием пальца эта таблетка делится на четыре части, не крошится и не ломается. При этом равное количество действующего вещества во всех долях гарантировано», – комментирует А.В. Зилов, к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ПГМУ им. Сеченова.

В ходе мероприятия среди участников пресс-клуба состоялась оживленная дискуссия: журналисты задавали многочисленные вопросы, эксперты делились мнениями и приводили примеры из клинической практики.

О компании «Сандоз»

Компания «Сандоз», дженериковое подразделение группы компаний «Новартис», является лидером в стремительно развивающейся отрасли воспроизведенных лекарственных средств. Компания «Сандоз» разрабатывает, производит и продает лекарственные средства, а также фармацевтические и биотехнологические активные субстанции действующих веществ. Почти половина портфеля препаратов «Сандоз» состоит из различных категорий лекарственных средств, сложных для разработки и производства. В 2003 году компания «Сандоз» начала специализироваться исключительно на дженериковых препаратах и в дополнение к уверенному росту сделала ряд приобретений, в том числе «Лек» (Словения), «Сабекс» (Канада), «Гексал» (Германия), «Эон Лабс» (США), «Эбеве Фарма» (Австрия), «Ориэл Терапевтикс» (США) и «Фуджера Фармасьютикалс» (США).

Детский доктор

В рамках празднования Всероссийского дня медицинского работника профессор Л.М. Рошаль и академик РАН А.Н. Коновалов отметили лучших детских врачей особыми знаками отличия – шапочками «детского доктора»

Так мэтры отечественной медицины лично поддержали социальнозначимую инициативу, предложенную НП «ОРМиЗ» в рамках проекта «Рожденный раньше срока». Оба мероприятия по вручению шапочек «детского доктора» стали важными этапами в процессе объединения специалистов разного профиля, задействованных в оказании медицинской помощи недоношенным детям.

17 июня 2014 года в НИИ НДХиТ прошло торжественное мероприятие, в рамках которого директор института, детский хирург и профессор Л.М. Рошаль лично вручил 100 шапочек «детского доктора». Награду получили врачи и медицинские сестры института, добившиеся особого профессионального признания в работе с детьми, рожденными раньше срока.

Леонид Михайлович Рошаль особенно подчеркнул социальную значимость проводимой инициативы. «Выхаживание маловесных детей, наверное, самый сложный раздел в педиатрии. И поэтому, с одной стороны, мне особенно отрадно замечать, что в последнее время эта сфера взята под особый контроль государства. С другой стороны, если речь идет о жизни, тем более жизни ребенка, одного улучшения материально-технической базы недостаточно. Нужна командная работа, где каждый сознает личную ответственность за результат общих усилий. За прошедший год эта яркая шапочка стала символом некой клановости, принадлежности к особому обществу тех, кто борется за жизнь и здоровье наших самых юных пациентов – новорожденных», – отметил «детский доктор мира».

Его коллега А.Н. Коновалов, академик РАН и директор Научно-исследовательского института нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, выбрал 32 лучших специалиста из отделений детской нейрохирургии и реанимации для вручения комплектов шапочек в качестве особого знака отличия.

Почетная обязанность определить лучших в перинатальной медицине для вручения последней партии лимитированного тиража в этом году принадлежит академику РАН, президенту Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины Н.Н. Володину. Торжественное награждение состоится в рамках проведения IX Ежегодного конгресса РАСПМ, который пройдет в Москве 22–23 сентября 2014 года. Таким образом, шапочки «детского доктора» первого образца наконец найдут своих владельцев среди лучших неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров и врачей других специальностей, участвующих в конгрессе.

Напутственные слова участникам конференции прислал и автор дизайна шапочки Вячеслав Михайлович Зайцев: «С этой шапочкой я передаю вам часть своей души вместе с пожеланием успеха в вашей благородной миссии противостояния злу, несчастьям и болезням ради спасения светлой детской жизни».

«Шапочка детского доктора» появилась благодаря инициативе Общества по развитию медицины и здравоохранения (НП «ОРМиЗ») и поддержке признанных авторитетов в области медицины: академика РАН Н.Н. Володина, академика РАН Л.А. Бокерия, профессора Л.М. Рошаля, академика РАН А.Н. Коновалова, академика РАН В.Н. Серова, академика РАН А.А. Баранова, члена-корреспондента РАМН Л.С. Намазовой-Барановой. Дизайн шапочки разработал народный художник Российской Федерации, академик, действительный член Российской академии художеств Вячеслав Михайлович Зайцев.

Выпуск второй партии шапочек приурочен к Международному дню недоношенных детей – 17 ноября 2014 года.

Родильный дом № 1

Роддом с надежной репутацией!

Родильный дом № 1 города Москвы открыт 11 марта 1988 года, расположен в Северо-Западном административном округе, в живописном месте с чистым воздухом, на опушке Алешкинского леса и имеет большую лесопарковую территорию.

В год принимает более 7500 тысяч рожениц.

Перинатальная смертность на 30% ниже городских (г. Москва) показателей.

Оказывает полный объем стационарной акушерско-гинекологической помощи.

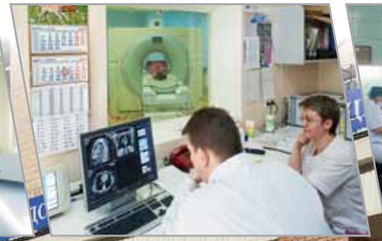
Учреждение оснащено современной диагностической и реанимационной аппаратурой, что позволяет оказывать высококачественную медицинскую помощь матери и новорожденному.

Практикуются роды в присутствии мужа, широко применяется эпидуральная анестезия, как во время оперативного пособия, так и при родах через естественные родовые пути.

125480, г. Москва, ул. Вилиса Лациса, д. 4
Тел.: (495) 495-35-01 • E-mail: info@1rd.ru • Сайт: www.1rd.ru

ГБУЗ «Городская клиническая больница №70 Департамента здравоохранения г. Москвы»

Современное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, применяющее передовые технологии диагностики и лечения



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

Статью о деятельности Перинатального центра читайте на странице 100.