Высокотехнологичное производство инсулинов в России

Фармацевтический завод «Ново Нордиск» начнет производство современных инсулинов в России в 2015 году.

> 3 млрд. рублей
ОБЪЕМ ИНВЕСТИЦИЙ

150
РАБОЧИХ МЕСТ

2015 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 было принято решение дать старт строительству высокотехнологичного завода по производству современных препаратов инсулина в технопарке «Грабцево» Калужской области. 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. Все производственные процессы соответствуют стандартам надлежащей производственной практики GMP. 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 41 500 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®

V.ESH-2014-09-115-2676-42

Медицина: целевые проекты № 20, 2015

WWW.SOVSTRAT.RU

№ 20 • 2015

МЕДИЦИНА
целевые проекты

Издательский дом СОВРЕМЕННЫЕ СТРАТЕГИИ

Вероника Скворцова:
И КАЧЕСТВЕННО, И ДОСТУПНО
стр. 6

Михаил Давыдов:
ЛЕЧЕНИЕ ДОРОГОЕ, НО ЭФФЕКТИВНОЕ
стр. 26

Ростислав Даниленко:
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ РЕГИОНА
стр. 42

Александр Витько:
ИТОГИ РАБОТЫ В 2014 И ЗАДАЧИ НА 2015 ГОД
стр. 67

НА ПОВЕСТКЕ ДНЯ – ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

4 600493 330120

ACIBADEM

HOSPITALS GROUP

- Здравоохранительная Группа Аджибадем – лидер в области услуг здравоохранения Турции, предлагает высококачественные диагностику и лечение в самых безопасных и наиболее комфортабельных для пациентов условиях, с использованием лучших и новейших медицинских технологий. Это полный комплекс услуг в 18 клиниках широкого профиля и 13 амбулаторных поликлиниках.

- Аджибадем предоставляет услуги мирового класса по всем терапевтическим и хирургическим дисциплинам, включая кардиологию, нейрохирургию, онкологию, ортопедию, пластическую хирургию, ЭКО и трансплантацию органов.

- Международный центр для иностранных пациентов Аджибадем, созданный как «универсальный» сервисный центр, предлагает здравоохранительные услуги с момента Вашего запроса до Вашего возвращения на родину. Этот центр является начальным пунктом связи для получения медицинской информации, ориентации и регистрации.

- Международный центр для иностранных пациентов Аджибадем ориентирован на оказание помощи Вам и Вашей семье до, в процессе и после Вашего пребывания. Наша цель – предоставить Вам комфортную и спокойную атмосферу.

Больше информации здесь:
WWW.ACIBADEM.COM.RU

+90 216 544 46 64

АДЖИБАДЕМ –
ПРЕВОСХОДСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ...

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА

И качественно, и доступно 6

Министр здравоохранения Российской Федерации
Вероника Скворцова

Пациент должен знать, кто и за что платит 11

Реализация пилотного проекта по информированию населения о стоимости медицинских услуг

АВИАЦИОННО-КОСМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Дорога за пределы земной гравитации 12

Руководитель ФМБА России
Владимир Уйба

Главная составляющая безопасности полетов 14

Заместитель директора Департамента госполитики в области гражданской авиации Министерства транспорта Российской Федерации
Андрей Шнырев

Летный состав под особым контролем врачей 15

Главный врач ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации»
Наталья Забродина

РОССИЙСКИЕ ЖЕЛЕЗНЫЕ ДОРОГИ

Подведены итоги работы системы здравоохранения ОАО «РЖД» в 2014 году, и определены основные направления развития на 2015 год 18

ЯДЕРНАЯ МЕДИЦИНА

Разработка и внедрение новых видов радиофармацевтических препаратов 19

Генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Александр Самойлов

Заведующая Отделом радиационных технологий медицинского назначения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Галина Кодина

Инженер лаборатории технологии и методов контроля радиофармпрепаратов ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
Антон Ларенков

Новая разработка для производства медицинских радионуклидов 23

Старший научный сотрудник отдела научного прогнозирования ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ»
Ирина Савватимова

Заведующий лабораторией короткоживущих ядер ФГБУ «ПИЯФ им. Б.П. Константинова» НИЦ Курчатовский институт
Владимир Пантелеев

Более 20 лет работаем в области применения атомной энергии 25

ЗАО «РИТВЕРЦ»

ОНКОЛОГИЯ

Лечение дорогое, но эффективное 26

Главный внештатный специалист – онколог Министерства здравоохранения РФ, директор РОНЦ им. Н.И. Блохина
Михаил Давыдов

Редакционный совет: Президент Союза ассоциаций и предприятий медицинской промышленности РФ Ю.Т. Калинин, президент Ассоциации медицинских физиков России, директор ИМФИ В.А. Костылев, 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. Директор по развитию Л.С. Дарховский. 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 Т.А. Проценко. Корреспонденты А.Л. Петров, С.В. Капитонов, З.И. Кратова, С.В. Давыдова

Онкологическая помощь в Калужской области 28

Главный врач ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер»
Игорь Николаев

Областной клинический онкологический диспансер г. Великого Новгорода 31

Главный врач ГОБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер»
Александр Петров

Организация современной онкологической службы 32

Главный врач БУ ХМАО – Югры «Нижневартовский онкологический диспансер»
Алексей Загинайко

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Что следует знать о пересадке костного мозга 34

Врач Клиники Аджибадем Адана, детский гематолог-онколог, профессор, доктор
Бюлент Антмен

СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сахарный диабет: локальное решение глобальной проблемы 36

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

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции 40

Главный врач ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД»
Людмила Волова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СУБЪЕКТОВ РФ – ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛАСТЬ

Качество жизни как показатель здоровья региона 42

Заместитель председателя правительства Ярославской области
Ростислав Даниленко

Ярославское здравоохранение 44

Директор Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области
Михаил Осипов

ОМС глазами страховщиков 48

Директор ТФОМС Ярославской области
Эдуард Погосов

Доступные технологии 50

Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница»
Олег Белокопытов

Инновации в онкологии 53

Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая онкологическая больница»
Николай Ахапкин

Семейно-ориентированное родовспоможение 56

Директор ГБУЗ Ярославской области «Областной перинатальный центр»
Татьяна Волкова

Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областной перинатальный центр»
Дмитрий Гурьев

Фото: ИТАР-ТАСС, Reuters / «Глаз столицы», EAST NEWS, Fotobank, FOXmagazine (г. Саранск), А.С. Палванов, А.В. Кабикова. Корректор О.В. Медведская. Зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия ПИ № ФС77-52865. Тираж 10 000 экз. Подписано в печать 30.04.2015 года. Отпечатано в типографии ООО «Вива-Стар», 107023, г. Москва, ул. Электрозаводская, дом 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.

Настоящее и будущее 60

Главный врач ГАУЗ Ярославской области «Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьева»
Александр Дегтярев

Профессиональный подход к каждому пациенту 62

Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница»
Татьяна Нечаева

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СУБЪЕКТОВ РФ – ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ

Итоги работы в 2014 и задачи на 2015 год 67

Министр здравоохранения Хабаровского края
Александр Витько

Инновационное развитие – залог успеха 72

Главный врач КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края
Виталий Коваленко

Перспективные направления развития технологий перинатальной помощи в Дальневосточном федеральном округе 75

Главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр» министерства здравоохранения Хабаровского края
Валерий Ступак

КГБУЗ КДЦ «Вивея» 79

Главный врач КГБУЗ КДЦ «Вивея»
Наталья Болоняева

Качество и экономическая эффективность 80

Главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края
Кирилл Пошатаев

Вместе против общей беды: опыт, стратегия, сотрудничество 82

Главный врач КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края
Анна Кузнецова

Приоритетные задачи – доступность и качество 84

Главный врач КГБУЗ «ТКДЦ» министерства здравоохранения Хабаровского края
Ольга Панкова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СУБЪЕКТОВ РФ – УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Здравоохранение Удмуртской Республики 88

Министр здравоохранения Удмуртской Республики
Алексей Чуршин

Обеспечивая высокое качество жизни 91

Главный врач БУЗ УР «Республиканская офтальмологическая клиническая больница министерства здравоохранения Удмуртской Республики»
Галина Кузнецова

ОБРАЗОВАНИЕ

Взаимопроникновение восточной и западной медицинских систем – стратегия медицины будущего 93

СОБЫТИЯ

Актуальные подходы к питанию детей раннего возраста 94

Всероссийская конференция Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ)

Уважаемые коллеги и друзья!

Мы рады пригласить Вас на III Международный Форум русскоговорящих врачей
«НОВАЯ ВОЛНА В МЕДИЦИНЕ»,
который будет проходить в Риге и Юрмале (Латвия) с 6 по 8 августа 2015 года.

Латвия уже третий год собирает ведущих специалистов, молодых ученых, организаторов здравоохранения. Форум дает возможность обмена опытом между коллегами из различных стран, позволяет неформально, дружески пообщаться на русском языке на профессиональные темы и не только!

В Форуме 2014 года приняли участие более 300 специалистов из 14 стран – России, Беларуси, Прибалтики, Германии, Юго-Восточной Европы, Азии, США и других.

Члены научного комитета Форума единогласно отметили высокий научный уровень работ участников в номинации «Надежда и будущее медицины» и решили продолжить конкурс молодых ученых до 35 лет, поощрить их грантами.

В 2015 году Форум «Новая волна в медицине» пройдет в формате четырех конгрессов:

- **«Единый мир, единое здоровье»;**
- **«Возможности инвазивной радиологии и кардиологии – сегодня и завтра»;**
- **«Реабилитация и курортология»;**
- **«Этика и философия медицины 21 века».**

Параллельно, в Музее истории медицины им. П. Страдыня будет проходить
КОНФЕРЕНЦИЯ «НОВАЯ ВОЛНА В ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ».

Каждый из конгрессов призван объединить специалистов различных направлений: организаторов здравоохранения, кардиологов, ангиохирургов, онкологов и радиологов, акушер-гинекологов, педиатров и других, в том числе, и не медицинского профиля – биологов, микробиологов и т.д.

Новинка Форума – «Единый мир, единое здоровье», конгресс объединяющий ветеринарных врачей и врачей общей практики. Сотрудничество стран и специалистов различного профиля и направлений деятельности даст возможность усовершенствовать организацию работы врачебных сообществ, укрепит их сотрудничество и позволит согласовывать вопросы, связанные с влиянием социальных, экологических и экономических детерминант на здоровье людей.

Приглашаем Вас принять самое активное участие в работе Форума!

На сайте www.medvolna.com Вы найдете всю необходимую информацию о Форуме, контактах, визах и гостиницах.

До встречи в Латвии!

От имени оргкомитета Форума
президент Латвийского общества врачей
П. Апинис

www.medvolna.com

SALUS AEGROTI SUPREMA LEX

НОВАЯ ВОЛНА В МЕДИЦИНЕ
NEW WAVE IN MEDICINE

2015

ЛАТВИЯ, РИГА, ЮРМАЛА
6 – 8 АВГУСТА 2015 ГОДА

И качественно, и доступно

Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году и задачах на 2015 год

Министр здравоохранения Российской Федерации
Вероника Скворцова

2014 год стал еще одним шагом в направлении улучшения здоровья россиян, увеличения продолжительности их жизни, совершенствования российского здравоохранения.

Основные ориентиры, в соответствии с которыми мы двигались, были заданы Указами Президента РФ В.В. Путина, а также стратегическими документами Правительства Российской Федерации.

Прошедший год стал важным для построения в России нескольких принципиальных составляющих эффективной системы здравоохранения.

Профилактика

Прежде всего, мы укрепили профилактическое направление российской медицины. Напомню, что два года назад была возрождена широкомасштабная программа диспансеризации, представляющая собой программу направленных диагностических скринингов, которые к текущему моменту уже прошла почти половина населения страны – более 75 млн человек.

Программа диспансеризации проводится в соответствии со специально разработанными регламентами, с учетом потребности разных возрастных групп населения. Она включает все необходимые лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов и является основой для проведения индивидуализированной профилактики заболеваний по стратегии высокого риска и раннего выявления наиболее опасных заболеваний.

В 2014 году диспансеризацию прошли 40,1 млн человек, в том числе 22,4 млн взрослых и 17,7 млн детей.

Значительно (на 40–69%) повысилась, по сравнению с 2013 годом, активная выявляемость онкологических заболеваний.

При этом важно отметить, что ранняя активная выявляемость (на 1–2-й стадиях рака) также значительно выросла и достигла 72% от всех случаев. Только при раках репродуктивной сферы у женщин это позволило сохранить 15 тысяч жизней.

Высокий охват диспансеризацией населения был обеспечен в том числе за счет активного использования выездных форм работы. В 2014 году в субъектах РФ использовали более 2900 передвижных медицинских комплексов – центров здоровья, врачебных амбулаторий и ФАПов, флюорографов, маммографов и лабораторий. С использованием передвижных медицинских комплексов диспансеризацию прошли более 583 тысяч человек.

В целях сохранения и укрепления здоровья граждан, формирования здорового образа жизни, раннего выявления факторов риска и их индивидуальной коррекции в 2014 году работали уже 760 центров здоровья (их число увеличилось за 2 года в 2,4 раза). В них обратились более 4,7 млн человек, что на 600 тысяч человек больше, чем в 2013 году. Все обратившиеся получили индивидуальные планы по оздоровлению и коррекции факторов риска.

Решительная антитабачная политика нашей страны высоко оценена международным сообществом: в октябре 2014 году в Москве состоялась Шестая сессия Конференции сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака – одно из самых значительных глобальных мероприятий в сфере здравоохранения, собравшая представителей высокого уровня из более чем 170 государств. Россия была единогласно избрана председательствующей в Конвенции на очередной двухлетний срок.

Положительные изменения наблюдаются и в плане отказа от алкогольной зависимости. За период с 2008 по 2014 год отмечено снижение более чем на 27% среднедушевого потребления алкогольной продукции в пересчете на абсолютный алкоголь с 16,2 до 11,5 л.

За этот же период вдвое увеличилось число россиян, регулярно занимающихся спортом, которое в 2014 году превысило 29,3 млн человек.

Первичное звено на особом контроле

Все профилактические мероприятия проводятся на базовом уровне здравоохранения – в первичном звене. Одной из важнейших задач, поставленных перед собой министерством в 2014 году, стало совершенствование первичной медико-санитарной помощи и повышение ее доступности.

В 2014 году существенно укрепилась инфраструктура первичного звена здравоохранения, в том числе в сельской местности и на удаленных территориях. За год открыты 171 ФАП, 157 фельдшерских пунктов, 508 офисов врачей общей практики и 148 врачебных сельских амбулаторий.

Общее число медицинских подразделений, оказывающих первичную медицинскую помощь сельскому населению, увеличилось, по сравнению с 2011 годом, на 3270 (или 7,3%). При этом почти вдвое наросла доля врачебных подразделений – с 12,4% в 2011 году до 23,5% в 2014 году, что, безусловно, отражает повышение квалификации медицинской помощи.

Существенно окрепла и сеть сельских и поселковых больниц. По сравнению с 2011 годом, их число увеличилось более чем на треть, превысив 3 тысячи. Это стало возможным благодаря увеличению на 7,6 тысячи числа врачей, работающих в региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

Только в рамках программы «Земский доктор» в 2014 году привлечено для работы в сельских населенных пунктах и рабочих поселках 3,3 тысячи молодых специалистов. В результате обеспеченность сельского населения врачами с 2011 года возросла на 17,5%.

В целом в стране за 2014 год число амбулаторно-поликлинических посещений превысило 1 млрд. При этом впервые доля посещений с профилактической целью превысила треть от общего числа посещений.

При этом общая картина свидетельствует о том, что уровень первичной медицинской помощи становится более профессиональным, а сама помощь – более доступной, что подтверждают и результаты опроса населения. По данным ВЦИОМ, удовлетворенность повысилась за 2014 год с 35 до 44%.

Тем не менее до настоящего времени в первичном звене у нас сохраняется много проблем – это и недостаток медицинских работников, и неэффективное распределение функциональных обязанностей врача, медицинской сестры, и другие организационные недоработки, а порой бездушное и грубое отношение к людям.

Одной из ключевых мер по совершенствованию работы первичного звена в 2014 году явился пересмотр профессиональных ролей участкового врача и медицинской сестры, направленный на дополнительное вовлечение среднего медицинского персонала в процесс профилактического и диспансерного наблюдения за прикрепленным населением, активный патронаж, а также в проведение медицинской реабилитации и оказание паллиативной медицинской помощи.

В 10 пилотных регионах отработаны эффективные модели организации работы первичного звена с созданием медико-социальных патронажных групп, внедрением сестринских обходов и приемов населения с хроническими заболеваниями, что высвобождает врача для работы, требующей действительно врачебной квалификации.

В прошедшем году мы завершили фотохронометражные исследования работы врачей и медицинских сестер первичного звена в 17 регионах страны, которые не проводились с 1981 года. В исследовании принимали участие участковые педиатры, терапевты, врачи общей практики, а также специалисты первичного звена: неврологи, оториноларингологи, офтальмологи, акушеры-гинекологи и медицинские сестры.

По результатам министерством был полностью пересмотрен и существенно сокращен документооборот врача. Устранение сложившихся многолетних неэффективных трудозатрат, связанных с излишним документооборотом, позволило высвободить до 25% рабочего времени врача и за счет этого увеличить нормативы времени приема пациента.

При этом следует подчеркнуть, что устанавливаемые средние нормативы на осмотр одного пациента адресованы только организаторам здравоохранения для планирования амбулаторного приема, но не должны ограничивать работу врачей. Практикующий врач должен принимать пациента столько, сколько необходимо, с учетом состояния его здоровья.

2015 год продолжит все начатые преобразования.

В этом году мы впервые проведем независимый рейтинг амбулаторно-поликлинических организаций, основанный не только на показателях доступности и качества медицинской помощи, но и оценке доброжелательности и чуткости медицинских работников.

Новый этап охраны материнства и детства

Важнейшим приоритетом деятельности российского здравоохранения остается развитие службы охраны материнства и детства. В 2014 году в 3 раза, по сравнению с 2011 годом, был расширен бесплатный пренатальный скрининг на пороки развития плода, который охватил уже более 77% беременных женщин.

Неонатальный скрининг на пять наследственных заболеваний был проведен более 95% новорожденным. Все выявленные 1257 детей с врожденными наследственными заболеваниями взяты на диспансерный учет и получают необходимое лечение.

При аудиологическом скрининге были выявлены 1090 детей, требующих кохлеарной имплантации. Все они были успешно прооперированы.

Хотелось бы напомнить, что еще несколько лет назад в нашей стране проводились лишь единичные подобные операции, а сейчас мы вышли на устойчивое 3-е место в мире по числу кохлеарных имплантаций после США и Германии.

В прошедшем году Минздравом России впервые в реабилитацию пациентов после кохлеарной имплантации была включена услуга по замене речевого процессора, закрепленная соответствующим стандартом.

Особым достижением отечественного здравоохранения явилось освоение всех самых современных методов выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. В созданных 23 перинатальных центрах глубоко недоношенные дети не только выживают, но и получают возможность нормального развития. Инвалидность среди новорожденных не увеличивается.

Нам удалось решить и еще одну сложную задачу – обеспечить здоровое материнство женщинам из групп риска, в том числе живущим с ВИЧ. Сегодня в России практически полностью остановлена вертикальная передача ВИЧ: более 96% детей, матери которых инфицированы, рождаются здоровыми.

Успешно вынашивают беременность женщины, страдающие тяжелым сахарным диабетом, а также перенесшие трансплантацию органов.

Проведенная комплексная работа позволила России достичь в 2014 году 4-й и 5-й Целей развития тысячелетия ООН – снизить показатели детской и материнской смертности на 1000 родившихся живыми в 3 и 4,5 раза соответственно по сравнению с 1990 годом.

Смертность детей на дому за один 2014 год снизилась на 43%, а среди детей до года – на 29%.

Младенческая смертность достигла наиболее низких значений за всю историю нашей страны, составив 7,5 на 1000 родившихся живыми на конец 2014 года, а по результатам января-февраля 2015 года, – уже 6,3, что на 23% ниже показателя 2013 года.

С прошлого года, по поручению Президента РФ, осуществляется строительство дополнительных 32 перинатальных центров в 30 субъектах РФ. Эта работа должна быть завершена в 2016 году. Но уже в текущем году, досрочно, будут открыты перинатальные центры в Нижегородской и Белгородской областях.

Трехуровневая система повысила эффективность

Выстраивание трехуровневой системы здравоохранения позволило уже сегодня не только городским, но и сельским жителям получать медицинскую помощь в специализированных межрайонных и региональных центрах.

Благодаря внедрению правильной маршрутизации скорой помощи, число больных с острой сосудистой патологией, госпитализированных в учреждения 2–3-го уровней (сосудистые отделения и центры), увеличилось только за последние два года почти в 2 раза (на 92%). Прямым результатом этого явилось снижение смертности от болезней системы кровообращения за тот же период на 11,3%.

Важнейшим направлением нашей работы является расширение возможности получения бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи каждым гражданином страны.

Включение в 2014 году 459 методов ВМП в систему ОМС обеспечило повышение доступности ВМП для всего населения страны. Число пролеченных больных за один год увеличилось на 41% – с 505,5 до 715,6 тысячи человек. При этом почти 80% больных, получивших ВМП в рамках базовой программы ОМС, были пролечены в региональных учреждениях. Это стало возможным благодаря увеличению числа медицинских организаций, оказывающих бесплатно для населения высокотехнологичную помощь, – в 2,6 раза с 2011 года (с 252 до 675), в том числе в 3,4 раза – региональных (461).

Значимо сократилось среднее время ожидания ВМП: если в 2009 году оно составляло и для взрослых, и для детей 93 дня, в 2012 году – 41 и 35 дней соответственно, то в 2014 году оно составило 21 день для взрослых и 14 дней для детей.

Особо следует отметить, что расширились возможности для применения высоких хирургических технологий у людей старше

трудоспособного возраста (их доля увеличилась до 49%).

Среди получивших ВМП повысилась и доля пациентов, проживающих в сельской местности, которая впервые составила 26%, то есть вышла на уровень представленности сельских жителей в структуре населения страны. Это показывает, что впервые ВМП стала действительно равнодоступной.

В 2014 году ВМП начала оказываться и в экстренной форме. Так, проведено более 61 тысячи экстренных стентирований сосудов, что, безусловно, внесло свой вклад в снижение сосудистой смертности.

ВМП оплачивается системой ОМС

С 2015 года все виды ВМП обеспечиваются по полному тарифу за счет средств ОМС.

Для реализации указанного механизма в 2014 году разработаны 94 клинико-статистические группы для оплаты ВМП, в том числе 64 группы – для оплаты методов, не включенных в базовую программу ОМС. Определена стоимость по полному тарифу для каждой группы, что утверждено Программой государственных гарантий на 2015–2017 годы.

По расчетам, в 2015 году мы сможем как минимум сохранить объемы ВМП на достигнутом уровне. Однако это возможно при условии удержания цен на импланты, лекарственные препараты и запасные части к медицинской технике, что входит в число важнейших антикризисных мер.

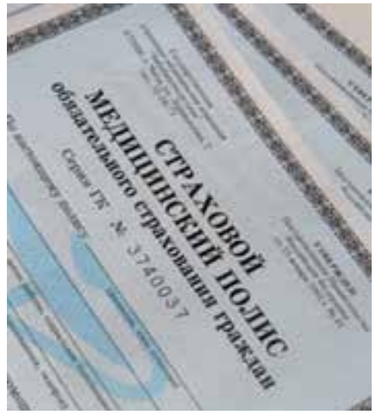
Несмотря на напряженные экономические условия, расходы на здравоохранение в 2015 году увеличились на 216,4 млрд рублей по сравнению с прошлым годом, или на 8,4%. При этом бюджет фонда ОМС вырос на 24%, или более чем на 295 млрд рублей, превысив 55% от общего объема средств на здравоохранение.

Подушевой финансовый норматив Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в 2015 году увеличился на 12,7% до 11,6 тысячи рублей.

В 2014 году мы вернулись к единой тарифной политике на территории страны. Во всех регионах начали внедряться наиболее эффективные методы оплаты медицинской помощи.

Внедрение клинико-статистических групп привело к значительному снижению межрегиональной дифференциации тарифов – с более чем 50% в 2011 году до менее 20% в 2014 году, а также к сокращению длительности пребывания пациентов в стационаре на 10% и повышению эффективности управления структурой госпитализаций.

По Поручению Президента РФ в 2014 году был реализован пилотный проект по инфор-



мированию застрахованных лиц об оказанных медицинских услугах и их стоимости. Начавшийся в пяти регионах, за 3 месяца пилотный проект охватил 64 региона. Это позволило обеспечить пациентов объективной информацией о затратах государства на оказанную медицинскую помощь и тем самым повлиять на осознание личной ответственности за сохранение своего здоровья.

Пилотный проект способствовал также улучшению учетной дисциплины и качества планирования в медицинских организациях, предупреждению коррупционных проявлений и обеспечению защиты интересов пациентов.

С 1 января 2015 года информирование застрахованных лиц осуществляется уже во всех субъектах Российской Федерации.

В 2014 году внесены изменения в законодательство об охране здоровья граждан и ОМС, предусматривающие заключение трехсторонних соглашений по реализации территориальных программ государственных гарантий между Минздравом России, ФФОМС и высшими органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, что направлено на повышение ответственности всех сторон за обеспечение доступности и качества медицинской помощи населению.

Заключение трехсторонних соглашений в перспективе должно предупреждать принятие регионами заведомо дефицитных и дисбалансированных территориальных программ государственных гарантий – в нарушение утвержденного Постановлением Правительства подушевого финансового норматива и нормативов оказания медицинской помощи.

Эффективные технологии и оптимизация коечного фонда

За 2014 год существенно расширилось применение ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий диагностики и лечения. Число мест в дневных стационарах увеличилось на 19 тысяч, или 8%, а число пролеченных в них больных – на 800 тысяч (или 11,4%). Объем амбулаторной хирургии возрос за один год почти на 23%.

Важно отметить, что это не привело к снижению оперативной активности и в круглосуточных стационарах. Напротив, она увеличилась более чем на 60 тысяч человек, и, как мы уже видели, в ней значительно увеличилась доля высоких технологий. Однако это было достигнуто на меньшем количестве коек при повышении эффективности их работы!

Одновременно более чем в два раза возросло число коек для оказания паллиативной медицинской помощи. Как результат, число умерших на дому в 2014 году снизилось на 11,2% по сравнению с 2011 годом.

Повышение эффективности работы инфраструктуры здравоохранения привело к экономии более 4 млрд рублей, которые были направлены на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и другие нужды.

Все структурные преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе и за счет сокращения неэффективных затрат.

Общие объемы медицинской помощи населению не сокращаются, а доля наиболее эффективных современных медицинских технологий в них значительно увеличивается. Важно, чтобы шаги по инфраструктурной оптимизации отрасли были тщательно продуманными и профессиональными, разъясненными и населению, и медицинскому сообществу.

Одним из ресурсосберегающих направлений развития отрасли является государственно-частное взаимодействие. По данным ФФОМС, к началу 2015 года количество частных организаций, работающих в системе ОМС, увеличилось в 2,6 раза, по сравнению с 2011 годом, и достигло 1948 (23,4% от всех организаций).

Сегодня нет законодательных или нормативных ограничений для участия частных лицензированных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Это серьезная поддержка государству. Мы приветствуем развитие частных гемодиализных и ПЭТ-центров, офисов врачей общей практики, клинико-диагностических подразделений, работающих по тарифам ОМС, которые стали уже не просто достаточными, но экономически привлекательными.

Профессиональные стандарты

Важнейшее условие эффективной работы отрасли – это обеспечение квалифицированными медицинскими кадрами.

По состоянию на 1 января 2015 года в медицинских организациях субъектов Российской Федерации работало 526,4 тысячи врачей и почти 1 млн 221,7 тысячи медицинских работников со средним профессиональным образованием.

В 2014 году Минздравом разработаны базовые профессиональные стандарты по 8 основным направлениям подготовки врачей, на основе которых с 2016 года будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов.

Для достижения практико-ориентированности проведены корректировки более 190 типовых образовательных программ по всем медицинским дисциплинам. Разработано 94 федеральных государственных образовательных стандарта для обучения в ординатуре и основные образовательные программы для них. В подведомственных учреждениях создано более 70 симуляционных тренинговых центров. За год по программам повышения квалификации подготовлено около 200 тысяч врачей.

Минздравом России, совместно с Советом ректоров медицинских вузов и профессиональным сообществом, начата реализация Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

В 12 регионах страны стартовал пилотный проект по дистанционному образованию участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики с использованием системы зачетных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций Минздрава, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций и более 500 медицинских специалистов.

В рамках реализации Послания Президента Российской Федерации, с 1 сентября 2015 года система непрерывного профессионального образования специалистов будет дополнена внедрением «образовательного сертификата», позволяющего каждому врачу выстраивать индивидуальную образовательную траекторию и самостоятельно определять медицинские образовательные или научные учреждения для бесплатного прохождения образовательных программ, стажировок и тренингов. Финансирование будет осуществляться из специально сформированного в системе ОМС резерва за счет перераспределения 50% средств, полученных страховыми медицинскими организациями по результатам контрольных мероприятий.

Для унификации смыслового наполнения медицинской помощи за 2013–2014 годы главными внештатными специалистами Минздрава России, совместно с профильными медицинскими сообществами, было разработано более 1050 клинических рекомендаций (или протоколов) по основным направлениям медицины, а за 2015 год мы планируем довести их число до 1300. Именно клинические рекомендации являются профессиональными матрицами для обновления образовательных программ и критериев аккредитации специалистов к профильной медицинской деятельности.

Благодаря широкому внедрению целевой подготовки (более 50% всех бюджетных мест) и повышения ее эффективности свыше 85% за последние годы в отрасли начал выправляться кадровый дисбаланс.

Требует внимания

В целом по Российской Федерации за 2014 год среднемесячная заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих иное высшее образование, увеличилась на 9,4% и достигла 46,2 тысячи рублей (или 141,8% к средней зарплате), а среднего медицинского (фармацевтического) персонала – на 9,2% до 26,3 тысячи рублей (или 80,7% к средней зарплате). Не вызывает особых опасений задача удержать достигнутые значения и в 2015 году.

Вместе с тем проведенные Минздравом России и Росздравнадзором проверки по жалобам граждан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходными уровнем квалификации, стажем и должностью существенным образом различаются. В некоторых случаях – до 9 раз. И это несмотря на высокую степень стандартизации в отрасли. Причиной данного дисбаланса является низкая доля фиксированной части дохода (оклада) в структуре зарплаты, которая составляет от 15 до 30%, при необоснованно высокой доле стимулирующих выплат – более 50%, распределение которых часто субъективно.

На основе положительного опыта пилотных регионов, совместно с Министерством труда и социальной защиты, представителями Федерации независимых профсоюзов и Центрального комитета профсоюза работников здравоохранения, мы разработали рекомендации субъектам Российской Федерации по внедрению новых подходов к формированию заработной платы с увеличением доли оклада до 55–60%.

В настоящее время во всех субъектах Российской Федерации проводится работа по изменению структуры заработной платы медицинских работников. Уже сейчас можно констатировать, что межрегиональная дифференциация в уровнях средней зарплаты у врачей уменьшилась с 3,2 до 1,4 раза, а среднего медицинского персонала – с 2,5 до 1,7 раза. Однако еще в 56 регионах доля оклада в структуре заработной платы врачей и медицинских сестер остается ниже 30%.

Лекарственное обеспечение

Прошедший год был знаменателен и в части совершенствования лекарственного обеспечения населения.

Пересмотрен Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Для этого был утвержден Порядок формирования Перечня, предусматривающий прозрачную процедуру включения (или исключения) лекарственного препарата на основе оценок его эффективности, доказательности этих оценок и фармако-экономического анализа. Впервые решения принимались на заседаниях Комиссии, которые, в целях открытости, транслировались в сети Интернет на официальном сайте Минздрава России.

Важно отметить, что, в соответствии с утвержденным Порядком, пересмотр Перечня теперь осуществляется на основании заявлений самих производителей, что делает всю процедуру более динамичной и отвечающей требованиям современности.

Перечень ЖНВЛП на 2015 год расширен до 608 международных непатентованных наименований, что составляет более 20 тысяч торговых наименований, цены на которые регулируются государством.

В 2014 году был принят подготовленный Министерством здравоохранения Федеральный закон № 429-ФЗ «О внесении изменений в Закон «Об обращении лекарственных средств», которым предусмотрены системные изменения в части оптимизации процедуры регистрации лекарственных средств и регулирования цен на лекарственные препараты.

Вступление в силу в 2015 году этих масштабных поправок создает необходимые условия для качественного лекарственного обеспечения населения страны и ускоренного введения в оборот современных лекарственных препаратов, особенно отечественного производства.

Прошедший год остро поставил еще одну проблему – проблему доступности обезболивания для тех, кто в нем нуждается. Эта проблема существовала многие годы, так как правовая база по наркотическим обезболивающим не менялась с 1998 года.

В настоящее время доступность наркотических анальгетиков для граждан существенно возросла:

- расширены до 3-месячных допустимые нормы запасов наркотических анальгетиков для аптек на селе и в труднодоступных районах;
- разрешена выписка рецептов на наркотические анальгетики единолично терапевтом без привлечения онколога;

- продлен срок действия выданного рецепта с 5 до 15 дней;
- увеличены нормы выдачи пациенту наркотических анальгетиков.

Кроме того, министерством подготовлен проект приказа, которым предусматривается упрощенный отпуск лекарств для тех, кто получает их повторно, а также возможность получения лекарств для пациентов не только законными представителями, но и другими родственниками и социальными работниками.

Информатизация

Важнейшим направлением нашей совместной работы является информатизация здравоохранения.

По данным на 1 января 2015 года, в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тысяч медицинских организаций Российской Федерации (более 30%), где фиксируются медицинские записи по 15,8 млн пациентов. Это позволяет медицинским организациям вести учет размещенных, отклоненных, отмененных и реализованных вызовов, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогнозирование количества посещений и выстраивать расписания врачей.

В рамках развития федеральной системы «Интегрированная электронная медицинская карта» реализованы функциональные возможности передачи и централизованной обработки результатов лабораторных и других диагностических исследований, фиксации и хранения протоколов, а также двустороннего автоматического наполнения Нозологических регистров.

К федеральному сервису «Федеральная электронная регистратура» за прошедший год подключено более 2 тысяч медицинских организаций, передающих в систему расписания работы 51 тысячи врачей, ежегодно обслуживающих 31 млн заявок на прием к врачу и вызовов врача на дом.

Получила развитие и Федеральная электронная медицинская библиотека, которая была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки (более 500 тысяч библиографических записей). Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам (более 3 тысяч цифровых полнотекстовых документов).

Совместно с Фондом социального страхования, Астраханской и Белгородской областями Минздрав России начал реализацию пилотного проекта по переводу в электронный вид листка нетрудоспособности. С Москвой и Тюменской областью проработан пилотный проект по реализации электронных рецептов на лекарства.

В течение года, совместно с 22 регионами, осуществлялись мероприятия по оснащению станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

В интересах организации бесперебойной, своевременной и современной медицинской помощи на дорогах России, Минздравом, Минтрансом и Некоммерческим партнерством ГЛОНАСС реализовано и отработано в пилотных регионах (Костромской и Пензенской областях) автоматизированное взаимодействие Системы диспетчеризации санитарного автотранспорта и Системы единого вызова 112.

Инновационное развитие

Эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, системы быстрейшего внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение. И должна отметить, что в этом направлении удалось добиться определенных результатов.

В 2014 году министерством был разработан принятый в настоящее время Федеральный закон по организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации новых методов диагностики и лечения. В соответствии с ним, впервые в нашей стране внедряются принципы трансляционной медицины – «мостика» между наукой и практикой, создаются механизмы обновления клинических рекомендаций, а следовательно, тиражирования инновационных технологий.

За год суммарный импакт-фактор научных медицинских публикаций увеличился на треть, что свидетельствует о растущей востребованности полученных результатов как внутри страны, так и за рубежом. При этом в подведомственных Минздраву России учреждениях более чем вдвое увеличилось число научных сотрудников, имеющих высокий индекс Хирша (более 10).

Нельзя не отметить существенного омоложения состава научных сотрудников: доля сотрудников в возрасте до 39 лет возросла на 7%.

2015 год должен придать серьезный стимул инновационному развитию медицины. По Поручению Президента Российской Федерации воссоздаются вертикально интегрированные профильные медицинские системы во главе с национальными научно-практическими медицинскими центрами, предназначенными для осуществления научно-методического и экспертного руководства профильными подразделениями здравоохранения страны.

В Государственную думу внесен долгожданный законопроект «О биомедицинских клеточных продуктах», который готовился и обсуждался 5 лет и должен обеспечить безопасное для пациентов применение новых высокоэффективных лечебных технологий.

Медицинское сопровождение Олимпийских и Паралимпийских зимних игр

Говоря о прошедшем 2014 годе, нельзя не сказать о двух выдающихся событиях, его ознаменовавших. В 2014 году состоялись XXII Олимпийские зимние игры и XI Паралимпийские зимние игры в Сочи. Международный Олимпийский комитет и Паралимпийский комитет высоко оценили организацию оказания медицинской помощи участникам и гостям зимних Игр по каждому ее сегменту, особо выделив организацию оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Созданная преемственная поэтапная система оказания медицинской помощи позволила обеспечить время доезда бригады скорой помощи в 3,5 минуты с момента ее вызова, время эвакуации пациента – 15–17 минут. Пациенты с тяжелой травмой были прооперированы с применением всех необходимых высоких технологий в течение 2,5 часов с момента травмирования. Медицинская помощь была оказана более 12 тысячам участников и гостей Игр, в том числе 1073 спортсменам из разных стран.

Здравоохранение Крыма и Севастополя

Особое историческое событие – возвращение Крыма и Севастополя в состав России. Оно потребовало огромной работы по улучшению здравоохранения этих двух регионов, находящихся в очень сложном состоянии.

В течение десятилетий врачи и медсестры самоотверженно работали на оборудовании 70-х годов, а пациенты вынуждены были платить деньги за все самое необходимое.

За рекордные сроки были обеспечены основные российские гарантии по бесплатному оказанию медицинской помощи, созданы условия для запуска территориальной системы ОМС, сформировано подразделение Росздравнадзора, налажено лекарственное обеспечение населения и обеспечение медицинскими изделиями, увеличена заработная плата медицинских работников до среднероссийского уровня, начаты программы модернизации здравоохранения. В текущем году все работы по интегрированию здравоохранения Крыма и Севастополя в российскую систему активно продолжаются.

Утверждена федеральная целевая программа «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2020 года», в рамках которой предусмотрено строительство ФАПов и сельских врачебных амбулаторий, а также новых высокотехнологичных клиник (с подготовкой высококвалифицированных кадров для работы в них).

Система должна работать для каждого человека

В 2014 году министерством уделялось особое внимание развитию принципов и механизмов Открытого Правительства, информированию общественности о своей деятельности, развитию гражданского общества и формированию общественного контроля в сфере охраны здоровья. Активно заработал Общественный совет при Минздраве России.

Наше взаимодействие с общественными профессиональными организациями, с организациями по защите прав пациентов и благотворительными фондами позволило не только установить обратную связь, но и обеспечить общественный мониторинг деятельности министерства.

«Горячая линия» министерства позволила своевременно отреагировать на сигналы, оказать медицинскую помощь или разъяснить порядок ее получения более чем 16,5 тысячам обратившихся.

Главный результат всех наших действий – сохранение жизни и здоровья россиян

Несмотря на сложившиеся в 2014 году объективные сложности, проведенная всеми нами работа позволила добиться ощутимых результатов. Ожидаемая продолжительность жизни в 2014 году выросла до 71 года, достигнув своего исторического максимума и у мужчин (65,4 года), и у женщин (76,5 года).

Благодаря увеличению рождаемости и снижению смертности у детей и лиц трудоспособного возраста, Россия вышла на положительный естественный прирост населения в 33,7 тысячи человек.

Для дальнейшего улучшения здоровья россиян, наращивания темпов снижения смертности и продления человеческих жизней необходимо комплексно решать организационные, технологические, кадровые задачи.

Пациент должен знать, кто и за что платит

Реализация пилотного проекта по информированию населения о стоимости медицинских услуг

Заместитель председателя Федерального фонда ОМС Юрий Нечепоренко сообщил, что подготовку пилотного проекта проводило Министерство здравоохранения Российской Федерации в течение второй половины 2014 года совместно с субъектами РФ. В июле прошлого года было получено поручение Президента РФ Владимира Путина о проработке механизмов внедрения с 1 января 2015 года в системе ОМС формы индивидуального информирования застрахованных лиц о перечне оказываемых им услуг и их стоимости. С 1 сентября 2014 года пилотный проект начал реализовываться в семи субъектах РФ с вовлечением 320 медицинских организаций. В октябре подключилось еще 11 субъектов РФ, а на 1 декабря 2014 года их число составило 46 и почти 2000 медицинских организаций. Так что к 1 января 2015 года информированность населения стала доступной во всех субъектах РФ.

Эта система позволит сформировать у населения объективное представление о затратах государства на оказываемую медицинскую помощь. Также предполагается, что это позволит предупредить коррупционные явления в медицине – каждый будет знать, сколько государство платит за его лечение, а медицинские организации будут более дисциплинированны в качестве и достоверности предоставляемых ими услуг. Все эти возможности позволят в большей степени стимулировать население для сохранения собственного здоровья, регулярного прохождения профилактических осмотров. Любой гражданин имеет право знать, сколько государство платит за ту медпомощь, которую он получает бесплатно.

Министр здравоохранения Республики Татарстан Адель Вафин отметил, что сейчас в проект вовлечены 105 государственных медучреждений республики. Основной вопрос, который задавали жители во время обсуждения проекта, – для чего все это нужно, какой эффект ожидается? Дело в том, что в Татарстане последние 6 лет особое внимание уделяется высокотехнологичной медпомощи – это использование дорогостоящих имплантов, медицинских изделий, расходных материалов. При этом, чтобы избежать коррупции, пациентам выдаются памятки, в которых указывается, что этот вид помощи оказывается за счет бюджетов РФ и самой республики. Так, стентирование коронарного сосуда стоит от 112 тысяч рублей, установка клапана сердца – 200 тысяч рублей, а пересадка почки – более 800 тысяч рублей. И все эти затраты несет государство, а граждане часто воспринимают это как должное, при этом такой вид помощи ежегодно получают 18 000 жителей республики, что обходится более чем в 2 млрд рублей.

Заместитель директора департамента здравоохранения Брянской области Максим Панов добавил, что проект в их области был рассмотрен как еще одна задача развития электронной медицинской карты пациента, когда существует одна система введения медицинских данных, одна система всех учетов посещений и, соответственно, оплата всех услуг. Были согласованы все вопросы по защите персональных данных пациентов и по развитию их «личных кабинетов». Это позволит избавиться от затрат на выдачу многочисленных справок, которых за месяц в регионе выдается не менее 200 тысяч, а одна «бумажка» стоит от 0,5 до 1 рубля. Теперь пациент будет регистрироваться на региональном портале, а в «личном кабинете» будет содержаться вся информация по его обращениям и стоимости оказанных амбулаторных и стационарных услуг. Те граждане, которые по ряду причин не смогут пользоваться электронной информацией, будут получать ее прежним способом на бумажных носителях. Примечательно, что «личными кабинетами» сейчас пользуются в основном люди старше 50 лет, которые являются основными посетителями медучреждений.

Директор Территориального фонда ОМС Краснодарского края Людмила Морозова не без гордости заметила, что Краснодар стал одним из первых субъектов РФ, в котором был определенный опыт по информированию граждан – уже с 2008 года в круглосуточных стационарах в выписках пациентов указывалась стоимость их лечения. Все справки, а это около 3 млн, в последнее время выдаются автоматизированным способом. Сейчас в проекте участвуют уже 1457 структурных подразделений. А за высокотехнологичной медпомощью в крае ежегодно обращаются 24 тысячи пациентов.

Все эксперты сошлись в одном: каждый гражданин должен бережно относиться к собственному здоровью и быть внимательным к тому перечню услуг, которые ему оказываются. В частности, к сдаче анализов, которые практически все на территории РФ делаются бесплатно.

Дорога за пределы земной гравитации

ФМБА России развивает космическую медицину, используя результаты исследований и в практическом здравоохранении

Руководитель ФМБА России
Владимир Уйба

В настоящее время в мире сложилась обстановка, не позволяющая России не только сдавать свои позиции, но и стоять на месте, особенно в стратегически важных вопросах. Руководство нашей страны определило четкие направления развития российской науки, в том числе и в области космических исследований.

Федеральное медико-биологическое агентство в течение 68 лет функционирует как отдельная отрасль специализированного здравоохранения, основанная на комплексном подходе к медико-санитарному обеспечению лиц из числа специальных контингентов, работающих в условиях постоянного повышенного риска, в том числе при подготовке и выполнении космических полетов.

С первых дней существования отечественной космической программы 3-е главное управление Министерства здравоохранения СССР (в настоящее время – ФМБА России) координировало проведение прикладных исследований, направленных на изучение влияния вредных факторов космического полета на здоровье космонавтов, создание принципиально новых методов защиты человека в условиях ближних и дальних полетов, вырабатывало меры, направленные на предотвращение возникновения заболеваний как во время полета, так и в отдаленном периоде. Так, в 1985–1990 годах в медико-биологических исследованиях только в качестве головного исполнителя работ по заказу 3-го главного управления Министерства здравоохранения участвовала 21 научная организация. Этот период характеризовался безусловным мировым лидерством отечественной космонавтики.

В настоящий момент ФМБА России осуществляет оказание всех видов медицинской помощи, организацию медико-социальной экспертизы, а также выполняет функции по контролю и надзору в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия работников 77 организаций ракетно-космической отрасли и населения 9 отдельных территорий, в том числе космодрома «Байконур». В медицинских организациях, находящихся в ведении ФМБА России, проводятся углубленные обследования космонавтов, им оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь при сложных заболеваниях, возникающих при воздействии малоизученных вредных факторов. Медики ФМБА России наблюдают за здоровьем космонавтов на протяжении всей их дальнейшей жизни.

Для практической реализации комплексного подхода к медико-санитарному обеспечению лиц из числа специальных контингентов в системе ФМБА России есть все необходимые учреждения – медицинские, надзорные, научные, образовательные. А для внедрения достижений космической медицины в практику здравоохранения в январе 2013 года был создан НИИ Космической медицины ФГБУ ФНКЦ ФМБА России (НИИ КМ).

Расширение интересов мирового сообщества в вопросах исследования космоса, в том числе дальнего, требует новых ресурсов, как технических, так и человеческих. По нашему мнению, в первую очередь необходима еще более серьезная медицинская подготовка личного состава экипажей пилотируемых кораблей. В современных космических исследованиях все больше требуется участие специалистов гражданских профессий: инженеров, ученых. Они приходят в космос уже в зрелом возрасте, без специальной подготовки к работе в экстремальных условиях. И наша задача – привести их организм в состояние готовности к полету, к работе в открытом космосе и на планетах с низким уровнем гравитации, к приземлению в любых условиях. Уровень их здоровья должен быть таким, чтобы они могли применить свои профессиональные знания во всех ситуациях, как штатных, так и экстремальных.

Также мы должны обеспечить контроль состояния здоровья космонавтов во время полетов при помощи современной бортовой диагностической аппаратуры и создать условия своевременного получения неотложной медицинской помощи, как в полете, так и непосредственно после приземления. При этом важной задачей является создание системы мониторинга здоровья космонавтов на протяжении всей жизни. Всем этим сейчас и занимаются наши специалисты в НИИ КМ и в других учреждениях, входящих в систему ФМБА России, среди которых есть ряд организаций, являющихся мировыми лидерами в отдельных направлениях исследований в области космической медицины и биологии.

Приоритетными направлениями научных исследований по созданию системы медико-санитарного обеспечения при подготовке и выполнении межпланетных космических полетов в настоящий момент являются: изучение физиологии живых систем на молекулярно-клеточном, органном и организменном уровнях в условиях действия реальных и моделируемых факторов межпланетных полетов (длительная невесомость, гипогравитация, гипомагнитная среда, космическая радиация и другие); разработка стандартов среды обитания новых космических аппаратов и напланетных баз, новых методов и средств контроля безопасности среды обитания (регистрация и оценка уровня ионизирующих и неионизирующих излучений, химических веществ и биологических агентов); исследование особенностей течения патологических процессов в условиях длительного действия факторов межпланетных полетов; разработка специальных средств диагностики и лечения заболеваний и реабилитации космонавтов во время межпланетного полета, включая разработку информационных и роботизированных систем оказания медицинской помощи.

Особенно актуальными являются исследования в области медико-санитарного и медико-биологического обеспечения длительных космических полетов и освоения дальнего космоса, что позволит выявить реакцию организма человека на экстремальные факторы и разработать методики тренировки и компенсации.

Уже разработаны или находятся на стадии разработки технологии отбора космонавтов, обладающих повышенной радиорезистентностью, технологии микрофабрикации и создания микрофлюидных диагностических медицинских систем, экспресс-методы и технические средства биологического контроля поверхностей и среды обитания, специальные лекарственные препараты, медицинские изделия и медицинские укладки в формах, адекватных условиям космического полета.

Прорабатывается и вопрос о создании банка персональных биологических материалов и клеточных продуктов для космонавтов (биологическая страховка), которые в перспективе могут быть использованы при создании клеточных препаратов для ускорения функционального восстановления и расширения индивидуальных адаптационных резервов космонавтов.

В НИИ КМ совместно с коллегами из смежных научных учреждений проводится эксперимент по отработке модели физиологических эффектов пребывания человека на поверхности небесных тел с пониженным уровнем гравитации. Проведение детальных комплексных исследований на этапе подготовки к принципиально новым условиям полетов, а также к условиям длительного нахождения на поверхности Луны позволит существенно снизить риски возникновения заболеваний, как острых, так и хронических, обусловленных воздействием на космонавта опасных и на сегодняшний день малоизученных факторов, так называемых «факторов враждебного космоса».

Что же касается непосредственно медико-санитарного сопровождения отряда космонавтов, то в предстартовом и послеполетном периоде оно включает целый ряд мероприятий. Наши медики тщательно следят за санитарно-эпидемиологической обстановкой в отряде и среди работников космодрома.

Когда осуществляется пуск космического корабля, мы приводим в состояние готовности все свои лечебные учреждения по трассе выведения: это Сибирь и Дальний Восток. Специалисты готовы по приказу в любой момент вылететь в точку, где определена их зона ответственности. На Байконуре развертываются медицинские формирования так, чтобы при необходимости оказать медицинскую помощь. Такой же уровень готовности мы обеспечиваем в момент приземления спускаемого аппарата.

Очень важно непосредственно на месте оценить состояние здоровья членов экипажа, риски, решить вопрос о необходимости госпитализации. Посадка может быть удаленной от ожидаемой точки, что отдаляет момент оказания квалифицированной помощи, в некоторых случаях жизненно необходимой. Для решения этих задач в 2013 году в ФМБА России был сконструирован и изготовлен мобильный телемедицинский терминал, применяемый для диагностики состояния здоровья и дистанционного оказания квалифицированной медицинской помощи космонавтам непосредственно на месте посадки. Этот компактный прибор позволяет на месте приземления провести измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, насыщение крови кислородом и снять кардиограмму. После чего все данные отправляются в Центр управления полетом, в НИИ КМ и ведущие клиники ФМБА России, где лучшие специалисты в режиме онлайн проводят диагностику состояния здоровья экипажа, в случае обнаружения патологии оценивают степень тяжести и необходимость госпитализации, дают рекомендации и прямые указания медику, находящемуся непосредственно рядом с приземлившимися космонавтами. Все это снижает риск неблагоприятных последствий даже в случае чрезвычайной ситуации и позволяет на первичном этапе при необходимости обеспечить оказание квалифицированной медицинской помощи.

Новые горизонты

Расширение программ освоения космоса ставит перед ФМБА России новые задачи. Строится космодром «Восточный». Это будет самый современный в мире космодром XXI века. Соответственно, мы должны успеть подготовиться к новым условиям работы: построить медико-санитарную часть, создать санитарную службу, открыть филиал НИИ космической медицины, чтобы адекватно помогать космонавтам при подготовке к полету и оперативно встречать их по возвращению.

При пуске космического корабля с космодрома «Восточный» нештатная посадка может быть в зоне Японского и Охотского моря, Тихого океана. Все службы, задействованные в поиске спускаемого аппарата, должны быть подготовлены к четкому взаимодействию. Поэтому в августе 2014 года в Приморском крае проведены первые инструкторско-методические занятия с личным составом соединений, воинских частей ВС РФ и персоналом взаимодействующих организаций, привлекаемых к поисково-спасательному обеспечению полета Международной космической станции и ТПК «Союз ТМА» с проведением практических наземных и морских тренировок.

ФМБА России в настоящий момент готово к решению такой ответственной задачи, как освоение дальнего космоса и Луны, к созданию инновационной системы медико-биологического сопровождения пилотируемых космических полетов, в том числе и дальних. При этом мы в первую очередь заинтересованы в исследованиях, носящих выраженный прикладной характер.

В системе ФМБА России есть все возможности для того, чтобы не только обеспечить космонавтов самыми современными медицинскими достижениями, но и интегрировать результаты космических исследований в практическое здравоохранение. Примером этого является исследование структуры белка теплового шока человека, полученного в условиях земной гравитации и космического полета, результаты которого продвинут нас в разработке новых средств терапии онкологических заболеваний. Кроме этого, есть еще немало новейших исследований и разработок, которые позволяют нам считать российскую космическую медицину передовой и перспективной.

Главная составляющая безопасности полетов

Анализ авиационных катастроф показывает прямую связь состояния здоровья пилотов и безопасности полетов. 70–80% происшествий и катастроф на авиационном транспорте связано с человеческим фактором, то есть с недостаточной надежностью авиационного персонала

Заместитель директора Департамента госполитики в области гражданской авиации Министерства транспорта Российской Федерации
Андрей Шнырев

Увеличение заболеваемости с увеличением стажа летной работы не случайно. Исследования, проведенные в НИИ медицины труда РАМН, показали, что летный труд содержит этиопатогенетические факторы развития заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем, а также психогенных заболеваний других органов и систем. Это подтверждено большей распространенностью этих заболеваний у лиц летного состава по сравнению с лицами наземных профессий. Например, сердечно-сосудистые заболевания встречаются в 4 раза чаще, органов пищеварения – в 5,5 раза, остеохондроз позвоночника – в 3,5 раза.

От уровня здоровья зависит устойчивость организма к переутомлению, гипоксии, воздушной и декомпрессионной болезням, пространственная ориентировка, поведение экипажа в аварийной обстановке. Кроме того, общие неспецифические заболевания приводят к снижению или полной утрате работоспособности.

Современный пилот обязан обладать не только высокой профессиональной подготовкой, но и хорошим здоровьем, а также умением сохранять работоспособность в стрессогенных ситуациях.

Сегодня принятая в России система сохранения здоровья авиационного персонала включает нормирование рабочего времени, медицинское освидетельствование (предполетный медицинский осмотр, динамическое наблюдение врача авиакомпании, ежегодное медицинское освидетельствование во врачебно-летных экспертных комиссиях), профилактическое лечение и реабилитацию.

За период летной работы состояние здоровья пилотов значительно ухудшается, и к 45–55 годам у многих из них перестает соответствовать принятым в России стандартам, и в первую очередь по сердечно-сосудистой системе, что приводит к их преждевременному отстранению от профессиональной деятельности. А это наиболее квалифицированная и перспективная часть летного состава.

Врачебно-летная экспертиза (ВЛЭ) занимает особое место в системе медицинского обеспечения полетов. Медицинское освидетельствование авиационных специалистов является частью общегосударственной системы обеспечения безопасности полетов и решает следующие задачи:

- определение годности по состоянию здоровья к летной работе, управлению воздушным движением, обучению в учебных заведениях гражданской авиации;
- выявление ранних форм заболеваний, факторов риска и функциональных отклонений в состоянии здоровья с целью назначения оздоровительных мероприятий.

Высокий профессионализм врачей-экспертов и их совместная работа в составе ВЛЭК обеспечивают высокое качество ВЛЭ. Средний возраст пилотов, освобожденных от летной работы по состоянию здоровья в последние 10 лет, колеблется от 50 до 55 лет, хотя еще в 1993 году он составлял 43,2 года. Сохранение на летной работе лиц летного состава старшей возрастной группы имеет большой экономический эффект и, несомненно, способствует обеспечению безопасности полетов в медицинском отношении.

В последние 10 лет ежегодно признаются негодными к летной работе от 1,5 до 2,0% лиц, прошедших освидетельствование во ВЛЭК (в предыдущие годы – 2,2–2,8%). Снижение числа негодных к летной работе по состоянию здоровья обусловлено, с одной стороны, социальными факторами: повышением ответственности летного состава за свое здоровье, развитием системы оздоровительных и ребалитационных мероприятий, а с другой стороны, повышением качества ВЛЭ, что позволило сохранить на летной работе многие сотни лиц летного состава и избежать при этом ухудшения качества экспертизы (нарастания летальности и числа острых заболеваний).

Национальным дополнением к ВЛЭ в нашей стране является стационарное обследование в ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации» (ЦКБ ГА) с последующим освидетельствованием в Центральной врачебно-летной экспертной комиссии, которое проводится по медицинским показаниям в сложных экспертных случаях и по достижении 55 лет, 60 лет, затем ежегодно. Осуществление стационарной ВЛЭ целесообразно и позволяет сохранить на работе наиболее опытные кадры.

Одной из важнейших особенностей современного этапа медицинского обеспечения полетов является переход стратегии ВЛЭ от преимущественного выявления и мониторинга уже возникших заболеваний к приоритетному улучшению состояние здоровья пилотов.

Суть этой стратегии заключается в сохранении здоровья здорового человека. Стержнем данной концепции являются здоровый пилот и здоровый образ жизни в период трудовой деятельности. С этих позиций обеспечение здоровья авиационных специалистов заключается в упреждающей профилактике, а диспансерное наблюдение включает не только болезнь, но и в первую очередь уровень здоровья и прогноз его динамики в зависимости от труда. Главной целью стали не только выявление и лечение болезней, но и восстановление функциональных резервов организма, обеспечение условий для противодействия экстремальным факторам летного труда путем применения преимущественно немедикаментозных методов.

В ЦКБ ГА – головном медицинском учреждении отрасли – разработана и применяется научно обоснованная программа «Профессиональное долголетие летного состава», которая использует высокоэффективные, немедикаментозные методы, повышающие общую неспецифическую резистентность организма и позволяющие противостоять разрушающему воздействию вредных факторов летного труда.

Высокое качество существующей в России национальной системы сохранения здоровья лиц летного состава и обеспечение на этой основе безопасности полетов и профессионального долголетия доказывает сравнительный анализ показателей ВЛЭ в нашей стране и других странах.

Например, летное долголетие в России на 7–8 лет больше, чем в США и Норвегии. Кроме того, безопасность полетов и летное долголетие не только экономический критерий, но и осуществление многовековой мечты человека – стремления к полетам. Наша отечественная система медицинского обеспечения полетов в гражданской авиации эту мечту пилотов помогает реализовать.

Центральная клиническая больница гражданской авиации

История ЦКБ гражданской авиации началась в 1938 году с открытия Центральной поликлиники-больницы ГВФ. Больница развивалась как головное медицинское учреждение авиационной отрасли и накопила уникальный опыт научных исследований, профилактики и лечения заболеваний у летного состава, проведения врачебно-летной экспертизы, в том числе в самых сложных случаях.

Центральная клиническая больница гражданской авиации – одно из лечебных учреждений, врачебный коллектив которого стремится сохранить лидерство в медицине экстремальных состояний. И это удается благодаря позиции главного врача Натальи Забродиной, определяющей направления развития, которые соответствуют запросам сохранения здоровья авиационного персонала, повышения их профессиональной работоспособности и долголетия.

Больница оказывает квалифицированную медицинскую помощь, в том числе и специализированную, высокотехнологичную, работникам воздушного транспорта, научным работникам и курсантам высших учебных заведений гражданской авиации.

Летный состав под особым контролем врачей

Главный врач ФБУ «Центральная клиническая больница гражданской авиации», профессор
Наталья Забродина

Наталья Борисовна, в российском воздушном транспорте существовало много проблем, а теперь прибавилась еще одна – старение летного состава. Насколько можно оценить состояние здоровья пилотов в перспективе?

Мы давно занимаемся медицинским освидетельствованием летного, диспетчерского состава, бортпроводников, курсантов и абитуриентов. Результаты освидетельствования и динамического наблюдения показывают, что у летного состава нередко регистрируется преждевременное старение, и прежде всего – сердечно-сосудистой системы. Это связано с неблагоприятными факторами летного труда. Проблема летного долголетия должна решаться и решается в специализированной больнице, такой как наша.

В ЦКБ ГА внедрена программа «Долголетие», показавшая на практике свою высокую эффективность. Программа включает немедикаментозные методы увеличения функциональных резервов организма (гипоксическая терапия – адаптация к гипоксии, аудиовизуальная стимуляция – управление биоэлектрической активностью головного мозга, активационная терапия – управление приспособительными реакциями организма, диета, физические нагрузки на повышение выносливости, разгрузочно-диетическая терапия, нормализация микрофлоры кишечника и др.) и нормализации работы внутренних органов.

В больнице функционирует единственное в стране такого рода отделение – экспертизы и восстановительного лечения летного состава, где проходят обследование и лечение прежде всего пилоты старше 55 лет. Поступая к нам на стационарное обследование, они затем проходят лечение, реабилитационные процедуры. В течение 14 дней наши авиаторы не только поправляют здоровье, но и получают заключение Центральной врачебно-летной экспертной комиссии о годности к дальнейшей работе.

Весь мир был потрясен недавней катастрофой, когда пилот-камикадзе Андреас Любитц направил самолет в склон горы и свел счеты с жизнью, прихватив с собой еще 149 человек. Можно ли избежать подобных трагедий?

Важнейшим этапом будущей безопасности полетов является серьезный профессионально-психологический отбор кандидатов на обучение летным специальностям. В период обучения будущие пилоты находятся под постоянным наблюдением психологов и опытных преподавателей летных училищ, что позволяет уже на этом этапе выявить лиц с психическими отклонениями от нормы. Затем в процессе всего периода летной работы на каждой врачебно-летной экспертной комиссии состояние здоровья летного состава оценивается квалифицированными неврологами, психологами. Пилот проходит целый ряд тестов, по результатам которых объективно выявляют особенности его личности – психического здоровья, характера, интересов, устойчивость к стрессу и др. Кроме того, обязательно в медицинском освидетельствовании участвуют и психиатры, особенно в сложных и спорных случаях, когда речь идет о допусках к полетам лиц с нестандартными результатами психологических тестов или по рекомендации врачей-экспертов ВЛЭК. Кстати, все врачи-эксперты, врачи авиакомпаний, медицинские работники медицинских пунктов аэровокзалов проходят подготовку по авиационной психологии, что помогает распознать лиц летного состава с психическими отклонениями во время предполетного медосмотра, в процессе наблюдения в межкомиссионный период и во время медицинского освидетельствования во ВЛЭК.

Что касается разбившегося самолета, то все меры, чтобы подобного в России не произошло, приняты еще со времен организации гражданской авиации.

Сегодня разрешение работать в России получили иностранные пилоты. В России они проходят такое же медицинское освидетельствование, как и российские пилоты. Обследования показывают, что со здоровьем у них хуже, чем у российских коллег. Некоторые не допущены к работе в отечественных авиакомпаниях.

Какие заболевания являются сегодня абсолютными противопоказаниями к летной работе? И нужно ли, на ваш взгляд, включить в этот список дополнительно какие-то недуги?

Абсолютными противопоказаниями считается достаточно большой список заболеваний. Их можно объединить тем, что эти болезни могут привести к отказу работоспособности в полете. Сюда относятся любые заболевания, которые могут вызвать острые состояния. Например, ишемическая болезнь сердца, выраженный атеросклероз сосудов головного мозга, эпилепсия. Не допускается к полетам человек, если он страдает мочекаменной болезнью. Ведь никто не может гарантировать, что во время рейса у него не случится почечная колика. Для предотвращения подобных инцидентов используется целый спектр исследований. Все крайне информативные и объективные. После чего на врачебно-летной экспертной комиссии идет обсуждение, решение принимается коллегиально: разрешается допуск к управлению воздушным судном или нет. В основе его лежат требования национальных стандартов и рекомендации Международной организации гражданской авиации (ИКАО). Поэтому система медицинского освидетельствования работает достаточно серьезно, это очень жесткий контроль состояния здоровья летного состава. Наши авиакомпании обращались с просьбой уменьшить список противопоказаний. Причина – «кадровый голод», в основном командиров воздушных судов, который из года в год становится все более ощутимым. Но мы сторонники индивидуального подхода во врачебно-летной экспертизе на основе объективного и всестороннего обследования с использованием современных диагностических методов и функциональных нагрузочных тестов.

Дело в том, что еще на стадии поступления в авиационное учебное заведение к здоровью абитуриентов предъявляются самые жесткие требования. Обычно только 70% из них допускаются до экзаменов по состоянию здоровья. А к концу обучения отсеивается еще 30% от ранее прошедших все проверки. Поэтому пилоты, которые выходят из училищ, достаточно здоровые молодые люди. И такой строгий подход оправдан. Слишком серьезные перегрузки и стрессы испытывают во время работы авиаторы. Чтобы выдержать эти нагрузки, необходимо иметь отличное физическое и психическое здоровье.

Нельзя не признать, Наталья Борисовна, что у вашего коллектива очень ответственная работа и ей должны соответствовать и условия, а они меняются к лучшему. Отсюда шаг за шагом совершенствуются диагностика и лечение заболеваний. Можно ли сказать, что медицинская помощь в большинстве отделений сегодня оказывается в соответствии с принятыми российскими клиническими протоколами и на европейском уровне?

В развитие больницы вкладываются деньги благодаря нашему учредителю – Росавиации. Руководство агентства понимает важность современной диагностической и лечебной базы, соответствие ее европейским стандартам. Это опять же прописано и в рекомендациях ИКАО. Начнем с того, что у нас есть КТ, МРТ, ультразвуковые аппараты экспертного класса. Мы располагаем оборудованием для ангиографии с внутрисосудистым ультразвуковым исследованием, которое позволяет внутри сосуда определить, опасна атеросклеротическая бляшка или нет. Это передовые диагностические и лечебные методики. Хирургическая база операционных и применяемые технологии не уступают лучшим мировым аналогам. В эндокринологическом отделении больным с сахарным диабетом устанавливаются инсулиновые помпы, операции идут под мониторированием уровня глюкозы в крови. Это позволяет избежать достаточно большого количества осложнений.

На службе у наших хирургов есть и робот-хирург «Да Винчи».

Сейчас мировая наука развивается настолько быстро, что он превращается из четырехпортового ассистента в однопортового. Его «щупальце» доставляет «руки робота» к поврежденным тканям. И дальше вмешательство идет внутри пациента, то есть больного оперируют через один маленький разрез. Пока это только научная разработка, но предполагается, что очень скоро новый «Да Винчи» станет в операционной равноправным членом бригады хирургов.

Мы применяем робот в урологии, гинекологии, хирургии – там, где нужны длительные операции и лучше избегать большого разреза. Лапароскопически, естественно, оперируют во всех отделениях ЦКБ ГА. Аппендэктомию, даже банальную, мы делаем только лапароскопически. А также и большинство операций в гинекологии: удаление матки, непроходимость маточных труб, и примеры можно продолжить.

В стране идет оптимизация коечного фонда. Не коснулся ли этот процесс Центральной клинической больницы гражданской авиации как федерального бюджетного учреждения?

Мы, конечно, оптимизируем коечный фонд, и то, что происходит в России, экстраполируется на нас. Закрыли нерентабельные отделения и открыли несколько новых. В больнице появился дневной стационар, потом – офтальмологическое и травматологическое отделения. Готовимся к открытию отделения сердечно-сосудистой хирургии. В планах – развернуть центр профпатологии, чтобы наш авиационный персонал получал помощь непосредственно в своей отраслевой больнице.

Сейчас много говорится о том, что стационары должны работать еще более эффективно. Не меняются ли в связи с этим специфика и направления работы отделений ЦКБ?

Медицина движется в сторону стационарозамещающих технологий. Пройдет лет пять, и поликлиническая работа будет более востребована, чем любой стационар. Сегодня оснащение поликлинического звена направлено на то, чтобы как можно быстрее поставить диагноз, быстрее вылечить пациента. Сейчас болеть никому не выгодно. Соответственно врачи должны научиться лечить быстро и качественно. Никто не хочет лежать на койке в больнице. Это касается не только работающих людей, но и пенсионеров, которые тоже ведут достаточно активный образ жизни. Неслучайно у нас средний койко-день по больнице – 7,4.

ЦКБ является клинической базой 15 кафедр ведущих медицинских вузов Москвы, в том числе кафедры авиационной и космической медицины, которая аккредитована во Всемирной организации здравоохранения и ИКАО. Не сомневаюсь, что здесь ведется достаточно много интересных научных работ.

Действительно, в больнице еще достаточно сильная научная база. Специалисты работают над кандидатскими и докторскими диссертациями. Недавно у нас состоялось совместное заседание кафедры авиационной и космической медицины, клинической фармакологии и терапии и кафедры эндокринологии. Обозначены три научные программы с участием больницы. Так, программа «Здоровье авиационного персонала», в частности, рассматривает возможность применения бета-блокаторов в продлении летного долголетия. Еще одна программа посвящена здоровому образу жизни пациентов с метаболическим синдромом. Этим как раз страдает наш авиационный персонал, который зачастую много кушает, заедая стрессы. И третья программа посвящена применению непрямых антикоагулянтов. Цель – первичная и вторичная профилактика заболеваний, приводящих к отстранению авиационного персонала от работы, достижение летного долголетия.

Наталья Борисовна, а как дело обстоит с заработной платой медиков? Включена ли больница в «дорожную карту» по ее повышению?

Да, в 2014 году мы выполнили «дорожную карту». 2015 год начался не совсем так, как рассчитывали. Но это снижение коснулось не только нас. Будем надеяться, что ситуация постепенно выровняется.

Что нужно отметить – в 2015 году больница вошла в перечень клиник, оказывающих высокотехнологичную помощь. Мы сможем работать по квотам в урологии, гинекологии, оториноларингологии, сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, эндокринологии, хирургии, травматологии-ортопедии, офтальмологии.

Мы получили также квоту на оказание бесплатной медицинской помощи в системе ОМС Московской области.

В Москве с каждым днем врачам становится все сложнее устроиться на работу, учитывая, что правительство столицы проводит реорганизацию лечебной сети. Испытывает ли ЦКБ недостаток в кадрах?

К нам, по известным обстоятельствам, приходят очень хорошие специалисты. К сожалению, не можем взять их в штат, так как придется уменьшать остальным заработную плату. За последние три года никто из персонала больницы не сокращен. Коллектив работает сплоченный, не хочется разрушать эту целостную систему. Мне кажется, что если сократить хотя бы одного сотрудника, то нарушиться может все, что мы создавали эти годы. А в этом наша философия и идеология. Считаю, что больница у нас уникальная, и я ее очень люблю.

ЦКБ всегда гордилась квалификацией своих специалистов. Как обстоят дела с усовершенствованием врачей, участием в международных и всероссийских конференциях?

На европейские и всемирные конференции врачи ездят за свой счет. Мы стремимся возместить им затраты. К нам приезжают на обучение турецкие врачи. Проводились две школы Европейской ассоциации урологов. В больнице побывал известный специалист в этой области – Дженс Росвайлер. Это означает, что к нам приезжают учиться и из стран Евросоюза. Александр Усачев – главный врач-оториноларинголог Центральной врачебно-летной экспертной комиссии – является членом Совета Европейского общества аэрокосмической медицины (ESAM). Хочу сказать, что мы хорошо интегрированы в Европейское авиамедицинское сообщество, наши врачи регулярно принимают участие в работе конгрессов, проводимых ESAM.

Немного о перспективах на этот год…

Мне бы очень хотелось, чтобы мы начали реконструкцию здания больницы. Для этого освобожден один корпус, осуществлен переезд в новый. Также планируем построить гибридную операционную для сердечно-сосудистой хирургии. Оснастить ее компьютерным томографом, который делал бы ангиографию в трехмерной реконструкции. Хорошо бы пополнить нашу базу новым роботом-хирургом, который бы оперировал из одного порта. Если он уже будет выпускаться.

Большими возможностями должна располагать диагностическая база. Для этого мы хотим купить новые ультразвуковые аппараты экспертного класса, обновить другую аппаратуру.

Сейчас прорабатываем вопрос открытия филиалов больницы в других регионах России. Первый может появиться в Ростове-на-Дону. Это значит, будем расти, развиваться дальше, чтобы удовлетворить запросы наших пациентов в доступной и качественной медицинской помощи.

Подведены итоги работы системы здравоохранения ОАО «РЖД» в 2014 году, и определены основные направления развития на 2015 год

В Воронеже прошел Медицинский совет Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» с участием вице-президента компании Олега Атькова. В ходе мероприятия были подведены итоги работы корпоративной системы здравоохранения в 2014 году и обозначены основные задачи на 2015 год. Также состоялся круглый стол по вопросам антикризисного управления медицинскими учреждениями в современных условиях

В 2014 году в стационарах больничных учреждений ОАО «РЖД» медицинскую помощь получили более 620 тысяч человек, в том числе с применением высоких медицинских технологий – более 22 тысяч человек, что на 9,2% больше, чем в 2013 году. Количество посещений амбулаторно-поликлинических учреждений ОАО «РЖД» составило более 31,5 млн. Передвижные консультативно-диагностические центры («поезда здоровья») посетили 326 отдаленных станций, обследовано около 50 тысяч пациентов.

Приоритетным остается медицинское обеспечение безопасности движения поездов. В 2014 году врачебно-экспертными комиссиями было проведено более 1,5 млн медицинских осмотров, в кабинетах предрейсовых медосмотров – более 29 млн осмотров.

Традиционно была организована вакцинация работников ОАО «РЖД» против актуальных инфекционных болезней: гриппа, клещевого вирусного энцефалита.

За 2014 год достигнуто снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников компании в днях на 5,3%, в случаях – на 5,8% (по сравнению с 2013 годом).

В период летней детской оздоровительной кампании обеспечена перевозка организованных детских групп к местам отдыха и обратно. С мая по сентябрь 2014 года работниками медицинских пунктов вокзалов осуществлен контроль за перевозкой почти 4 тысяч организованных групп численностью около 352 тысяч детей в 3 тысячах пассажирских поездов.

Одним из главных результатов работы стала организация медицинского обеспечения Олимпийских и Паралимпийских зимних игр в Сочи в части, касающейся зоны ответственности ОАО «РЖД». В дополнение к действовавшему медпункту на железнодорожном вокзале Сочи были открыты новые медицинские пункты в вокзальных комплексах Адлер, Олимпийский парк, Красная Поляна, Эсто-Садок. Общее число обратившихся в медицинские пункты вокзалов Сочинского железнодорожного узла во время Игр составило около 4 тысяч человек.

Сделаны активные шаги в развитии международного сотрудничества в области производственной медицины. Подписан Меморандум о намерениях по научно-медицинскому сотрудничеству между ОАО «РЖД», Клиникой кардиологии Университетской больницы г. Цюриха и Кардиоцентром Тичино г. Лугано.

Продолжается развитие кадрового потенциала. В систему повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников внедряется модель непрерывного медицинского образования. В 2014 году 33 руководителя и специалиста учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» стали первыми выпускниками магистерской программы МГУ им. М.В. Ломоносова «Государственная политика в области здравоохранения».

По сравнению с 2013 годом, более чем на 100 человек увеличилось количество врачей, имеющих ученую степень. В настоящее время в системе здравоохранения ОАО «РЖД» трудится 910 докторов и кандидатов медицинских наук.

2014 год прошел под знаком 170-летия железнодорожной медицины. Другим значимым юбилеем стало 40-летие начала строительства Байкало-Амурской магистрали, связанного с организацией и совершенствованием медицинской помощи населению и работникам БАМа.

Одна из актуальных задач на 2015 год – завершение модернизации автоматизированной системы предрейсовых медицинских осмотров. Также в качестве приоритетного направления рассматривается развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Медицинские советы Департамента здравоохранения ОАО «РЖД» традиционно являются местом встречи руководителей системы железнодорожного здравоохранения и представителей региональных органов власти

Разработка и внедрение новых видов радиофармацевтических препаратов

Генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кандидат медицинских наук
Александр Самойлов

Заведующая Отделом радиационных технологий медицинского назначения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кандидат химических наук
Галина Кодина

Инженер лаборатории технологии и методов контроля радиофармпрепаратов ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, кандидат химических наук
Антон Ларенков

ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России в течение многих лет является ведущим разработчиком радиофармпрепаратов (РФП) и новых технологий ядерной медицины. Исторически именно в этом Центре (с 1948 года в отделе изотопов и источников излучения Института биофизики МЗ СССР, современное название – отдел радиационных технологий медицинского назначения) были впервые разработаны и испытаны практически все радиофармацевтические средства, применяемые и по сей день в клинической практике российских отделений ядерной медицины, а также в других государствах постсоветского пространства.

Эти разработки включают химический синтез предшественников, изучение и поиск оптимальных путей и условий инкорпорирования радионуклидов в молекулы предшественников, доклинические исследования (изучение биологического поведения препаратов in vitro и in vivo, включая фармакокинетику у здоровых животных и животных с модельными патологиями, токсичность и т.п.), разработку технологий получения и методов контроля качества препаратов с подготовкой соответствующей документации, проведение клинических исследований и оформление их результатов. То есть выполняется полный цикл работ «от идеи до клиники» – поисковые исследования перспективных меченых соединений, разработка методов синтеза и контроля качества новых РФП, проведение их доклинических и клинических испытаний, а также внедрение в производство.

За годы существования отечественной радиофармацевтики разработано около 50 препаратов и радионуклидных генераторов. Это генераторы и препараты технеция-99м, препараты йода-123, йода-131, самария-153, индия-111 и других радионуклидов. Разработки защищены несколькими патентами и постоянно используются в клиниках Российской Федерации. Пять препаратов включены в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

В настоящее время в ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России создан циклотронный радиохимический комплекс на базе уникального для России циклотрона TR-24 (энергия протонов до 24 МэВ, ток выведенного пучка до 300 мкА), который будет использоваться для наработки медицинских радионуклидов и решения исследовательских задач.

Отдел радиационных технологий медицинского назначения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России насчитывает в своем составе шесть лабораторий, три из которых непосредственно связаны с созданием новых РФП, а в других выполняются исследования, необходимые для успешного применения медицинских радиационных технологий:

- лаборатория технологии и методов контроля радиофармпрепаратов;
- лаборатория доклинических и клинических исследований радиофармпрепаратов;
- циклотронная лаборатория;
- лаборатория разработки методов и технологий лучевой терапии;
- лаборатория радиационной стерилизации и экспериментальных облучений;
- лаборатория метрологических исследований и стандартизации.

Сегодня в отделе работают свыше 60 специалистов высшей квалификации (в том числе 3 доктора наук и 14 кандидатов наук различных специальностей – радиохимики, физики, биологи, врачи), задействованных в разработке и исследованиях различных РФП на основе как диагностических, так и терапевтических радионуклидов. Новейшее научно-техническое оснащение отдела совместно с многолетним опытом и постоянно совершенствующимися навыками коллектива позволяет отделу проводить разработку и исследования новых высокоспецифичных РФП на самом высоком уровне.

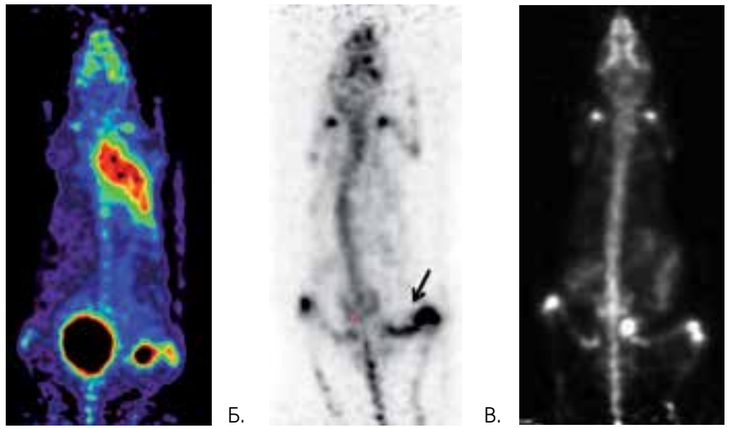
За последние три года в области ядерной медицины выполнен ряд важнейших инновационных проектов в рамках различных федеральных программ и государственных контрактов ФМБА России, Государственной корпорации «Росатом», Минпромторга России и Минобрнауки России.

Основным направлением исследований является создание инновационных радиофармпрепаратов для высокоэффективной диагностики и терапии онкологических и других заболеваний методами ядерной медицины, которые уже подготовлены к клиническим исследованиям, в первую очередь это:

I. В плане разработки новых технологий позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ):

- завершена разработка и проведены полномасштабные медицинские испытания генератора галлия-68 ($^{68}Ge/^{68}Ga$, выпускаемого ЗАО «Циклотрон», г. Обнинск), в результате которых «Система $^{68}Ge/^{68}Ga$ генераторная для диагностики методом ПЭТ по ТУ 9452-001-07545903-2011 зарегистрирована в качестве изделия медицинского назначения РУ № ФСР 2012/13966 от 22.10.2012[1];
- разработаны технологии глубокой очистки элюата генератора $^{68}Ge/^{68}Ga$, защищенные патентами РФ (Патент РФ № RU 2464043 «Способ получения растворов ^{68}Ga высокой чистоты» и Патент РФ № RU 2522892 «Способ получения активной фармацевтической субстанции для синтеза препаратов галлия-68»), позволяющие получать растворы ^{68}Ga в максимально удобной для клинического применения форме, пригодные для синтеза широкого спектра РФП на основе ^{68}Ga;
- завершены доклинические исследования группы радиофармпрепаратов галлия-68, являющихся агонистами соматостатиновых рецепторов, для диагностики и мониторинга терапии нейроэндокринных опухолей методом ПЭТ, одним из которых является РФП «ДОТА-ТАТЕ,^{68}Ga»; подготовлен и представлен в Минздрав РФ проект регистрационного досье на лиофилизат для приготовления РФП «ДОТА-ТАТЕ,^{68}Ga»;
- разработана необходимая нормативная документация, в том числе впервые в России разработаны, утверждены в ФМБА России и переданы в Минздрав России «Методические указания по доклиническим исследованиям радиофармацевтических препаратов для позитронной эмиссионной томографии» МУ 2.6.1.046;
- разработана, аттестована и утверждена в ФМБА России «Методика измерений радиохимической чистоты радиофармацевтических препаратов на основе ^{68}Ga. МУК 4.3.012 – 2012. Методические указания по методам контроля».

Новые технологии позволяют избежать необходимости оснащения медицинского учреждения (ПЭТ-центра) циклотронным комплексом и радиохимической лабораторией для осуществления процедуры синтеза РФП, что значительно сокращает расходы и делает процедуру ПЭТ-диагностики доступной для самых разных медицинских учреждений (на базе стандартных отделений радионуклидной диагностики) и, как следствие, для широкого круга больных по всей России. Так, возможно организовать адекватную диагностику и последующее



ПЭТ-томограммы, полученные в ходе доклинических испытаний новых РФП: А. Мышь с моделью септического воспаления легкого через 30 минут после введения РФП «Цигалин, ^{68}Ga»; Б. Мышь с моделью остеомиелита через 60 минут после введения РФП «Цигалин, ^{68}Ga»; В. Здоровая мышь через 60 минут после введения РФП «Оксабигал, ^{68}Ga» (отчетливо видны места остеогенной активности, вся введенная радиоактивность находится в скелете, фон минимальный)

лечение больных с нейроэндокринными опухолями (достойной альтернативы РФП с ^{68}Ga в мире не существует), в том числе карциноиды, гастринома, инсулинома, глюкагонома и др., опухолями симпатоадренальной системы (феохромоцитома, параганглиома, нейробластома и др.), медуллярным раком щитовидной железы, мелкоклеточным раком легких и многими другими. В результате внедрения разработанных технологий и препаратов в повседневную клиническую практику наконец станет возможным проведение ряда высокотехнологичных диагностических процедур социально значимых заболеваний с новыми высокоспецифичными радиофармацевтическими препаратами.

На основе разработанных технологий и подходов к использованию генератора $^{68}Ge/^{68}Ga$ для создания РФП в рамках ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» («Фарма-2020») проведены доклинические исследования двух РФП для диагностики методом ПЭТ:

- «Цигалин, ^{68}Ga» – для диагностики очагов инфекционного и асептического воспаления[2];
- «Оксабигал, ^{68}Ga» – для диагностики метастатических поражений скелета[3].

Помимо этого, ведутся активные работы по созданию РФП с ^{68}Ga на основе агонистов интегриновых рецепторов для визуализации методом ПЭТ очагов неоваскуляризации, в том числе злокачественных образований, характеризующихся повышенным ангиогенезом.

II. В плане развития технологий однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ):

- завершены разработка и испытания наноколлоидного РФП «Нанотех, ^{99m}Tc» для интраоперационной визуализации сторожевых лимфатических узлов. Технология передана в производство в соответствии с заключенным лицензионным договором, согласованным с государственным заказчиком (ФМБА России);
- в 2014 году начата новая тема, одним из направлений которой является изучение возможности диагностики объема местных лучевых поражений в острейшем периоде на основе аллогенных мезенхимальных стволовых клеток с использованием РФП «Реоксинд, ^{111}In»;
- проведены первичные поисковые исследования, и подготовлен новый проект, получивший финансирование Минобрнауки России в рамках ФЦП «Фарма-2020», по доклиническим исследованиям РФП «Меланоскан, ^{99m}Tc» на основе пептидного аналога альфа-меланоцит-стимулирующего гормона для диагностики меланомы и ее метастазов методом ОФЭКТ.

III. В плане развития направления радионуклидной терапии открытыми источниками (РНТ):

- разработаны технология синтеза и методы контроля РФП с ^{90}Y и ^{177}Lu на основе агонистов соматостатиновых рецепторов для направленной рецепторной радионуклидной терапии нейроэндокринных опухолей; данные РФП совместно с РФП аналогичной природы и механизмом биораспределения, но на основе диагностического радионуклида ^{68}Ga (например, «ДОТА-ТАТЕ,^{68}Ga»), позволяют ядерной медицине России уверенно продвинуться в сторону персонализированной медицины, к концепции тераностики;

- создана лабораторная технология и проведены доклинические исследования радиофармпрепарата «Синорен,^{188}Re» для радиосиновэктомии. Работы продолжаются в направлении создания лиофилизированной формы для обеспечения возможности синтеза препарата непосредственно в клинике с использованием генератора $^{188}W/^{188}Re$;
- в качестве соисполнителя коллектив сотрудников принимает участие в проекте «Трансфер зарубежных разработок радиофармацевтического лекарственного препарата на основе липиодола, меченного рением-188, для внутриартериальной радионуклидной терапии гепатоцеллюлярной карциномы, и проведение его доклинических и клинических исследований» (ФЦП «Фарма-2020»).

В рамках проектов РФФИ и ФАНО, а также других программ ведутся интенсивные поиски новых высокоспецифичных препаратов для ПЭТ, ОФЭКТ и РНТ, в первую очередь для визуализации очагов опухолевого ангиогенеза, а также диагностики и терапии рака предстательной железы.

IV. В плане подготовки кадров для действующих и новых объектов ядерной медицины:

Развитие ядерной медицины в нашей стране предусматривает не только создание научной и производственной баз, соответствующих мировым стандартам, но и подготовку высококвалифицированных специалистов в области радиохимии, радиобиологии, радиологии и в других смежных областях знаний.

Институт последипломного профессионального образования ФМБЦ создан Приказом № 743 от 10 ноября 2009 года Федерального медико-биологического агентства. Имеет лицензию Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 29 октября 2012 года, серия 90Л01 № 0000449, регистрационный № 0411 и свидетельство о государственной аккредитации от 17 февраля 2010 года, регистрационный № 0164.

На кафедрах ИППО ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России проводятся следующие виды обучения:

- клиническая ординатура/интернатура,
- аспирантура,
- профессиональная переподготовка медицинских работников,
- первичная специализация для среднего медицинского персонала,
- повышение квалификации на циклах общего и тематического усовершенствования,
- стажировка,
- выездные циклы по заявкам ЛПУ и других учреждений.

По окончании обучения выдаются документы государственного образца: диплом о профессиональной переподготовке, сертификат специалиста, свидетельство о повышении квалификации, удостоверение.

Подготовлены и утверждены образовательные стандарты, и проводится обучение на базе кафедры радиохимии и технологии радиофармацевтических препаратов ИППО.

Издан курс лекций «Химическая технология радиофармацевтических препаратов» (первое российское издание в области радиофармацевтики).

В 2014 году издательским домом МЭИ издано учебное пособие: Кодина Г.Е., Красикова Р.Н. Методы получения радиофармацевтических препаратов и радионуклидных генераторов для ядерной медицины. Учебное пособие для вузов. Издательский дом МЭИ, М.: 2014, 281 с. (победитель Всероссийского конкурса 2011 года рукописей учебной и учебно-справочной литературы по атомной энергетике по разделу «Основы ядерных энергетики и технологий»).

Есть над чем задуматься

Таким образом, казалось бы, делается все возможное для всестороннего развития ядерной медицины и радиофармацевтики на благо отечественного здравоохранения. Однако следует отметить, что, несмотря на многолетние усилия специалистов всей страны, работающих в данной области, радиофармацевтические препараты продолжают оставаться в России вне закона. С 2010 года и до настоящего времени Минздравом России так и не утвержден «Порядок изготовления радиофармацевтических лекарственных препаратов непосредственно в медицинских организациях», проект которого был разработан в развитие п. 5 статьи 13 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ и неоднократно в разных вариантах (в 2011, 2013, 2014 годах) размещался в Интернете для общественного обсуждения. И сегодня там можно найти проект Приказа от апреля 2011 года. В итоге вновь открывающиеся Центры ядерной медицины, на строительство которых потрачены огромные, в том числе бюджетные, средства, вынуждены либо простаивать, либо работать на не вполне законных основаниях.

Печально обстоит дело с экспертизой документов, передаваемых в Минздрав России с целью получения разрешения на клинические исследования РФП для их последующей государственной регистрации. Все новейшие РФП, перечисленные выше, а также создаваемые целым рядом других российских организаций, ожидает полная неопределенность по следующим причинам:

- большинство из них не подлежит государственной регистрации в соответствии с упомянутым выше ФЗ-61, но и не может использоваться на законных основаниях без принятия соответствующего Порядка;
- в результате проведения экспертизы документации, передаваемой в Минздрав России, как правило, следуют бесконечные запросы новой документации и далее отказы со ссылками на невыполнение соответствующих рекомендаций Руководств по проведению доклинических исследований лекарственных средств под ред. А.Н. Миронова, тогда как ряд требований данного руководства просто неприменим непосредственно к радиофармацевтическим препаратам и, следовательно, не может и не должен выполняться;
- само понятие «радиофармацевтический препарат» в указанных Руководствах отсутствует, так же как и любые рекомендации по обращению с РФП, с учетом того, что это радиоактивные материалы, производящиеся исключительно малыми сериями, поэтому ссылки экспертизы на данные документы просто некорректны;
- исходя из обширного опыта отдела по попыткам получения разрешений на клинические исследования новых разработанных РФП, прослеживается явная некомпетентность экспертов Минздрава России в вопросах обращения с источниками ионизирующего излучения в частности и принципах ядерной медицины и радиофармацевтики в общем.

Так обстоит дело не только с экспертизой документов. Любые мероприятия, организуемые Минздравом России, Минпромторгом и другими ведомствами с целью обмена опытом, консультаций, обучения специалистов производств и исследовательских организаций, работающих в области обращения лекарственных средств, никогда не касаются вопросов обращения РФП. Очевидно, что эта группа лекарственных средств не может рассматриваться по общим правилам, применяемым к классическим лекарственным средствам в форме таблеток, мазей и т.п. Это же относится ко всей выпускаемой нормативной и/или методической документации.

Исходя из сказанного выше, стоит особенно отметить, что сотрудники Отдела радиационных технологий медицинского назначения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России готовы проводить специальные циклы обучения для экспертов на базе ИППО, а также принять участие в разработке тех или иных нормативных документов для того, чтобы изменить сложившуюся ситуацию в лучшую сторону и наконец довести множественные разработки до реального применения, чтобы потраченные усилия смогли приносить реальную пользу

широкому кругу больных по всей стране, поскольку сегодня ясно, что именно технологии ядерной медицины в большинстве случаев могут обеспечить раннюю диагностику, изменить тактику лечения и привести к его успешному результату.

Известно, что здоровье населения любой страны является вопросом национальной безопасности, причем весьма дорогостоящим; исследования, проведенные, например, в США, Японии, странах Западной Европы и Австралии, показывают, что применительно к системам здравоохранения этих стран вложение 1 доллара США в национальную ядерную медицину позволяет сэкономить от 1,5 до 2,5 долларов других расходов на здравоохранение (хирургические операции, пребывание в больнице, продление человеческой жизни). [Медицина: целевые проекты. 2012. № 12.]

Таким образом, решение административных проблем в области применения радиофармацевтических препаратов является главной и безотлагательной задачей на сегодняшний день.

1. Государственный контракт от 03.05.2012 года № Н.4ѓ.44.90.12.1037 «Разработка технологии синтеза радиофармпрепаратов ^{68}Ga для позитронно-эмиссионной томографии с использованием отечественных модулей синтеза, совместимых с автоматизированной системой генератора ^{68}Ge/^{68}Ga» с Госкорпорацией «Росатом».
2. Договор № 1-ГК/Д-13 от 12.08.2013 года в обеспечение исполнения государственного контракта № 14.N08.12.0018 от 08.08.2013 года «Доклинические исследования отечественного инновационного радиофармацевтического препарата на основе радионуклида галлий-68 для диагностики воспалительных заболеваний методом позитронной эмиссионной томографии».
3. Государственный контракт от 27.05.2013 года № 13411.1008799.13.072 «Доклинические исследования остеотропного радиофармпрепарата на основе генераторного радионуклида галлий-68 для ПЭТ-диагностики метастатических поражений костных тканей и планирования лучевой терапии».

123182, г. Москва,
ул. Живописная, д. 46
Приемная генерального директора
Тел.: (499) 190-85-73
Многоканальные телефоны для записи и получения справочной информации:
Тел.: (499) 190-95-00
Тел./факс: (499) 190-85-75
E-mail: fmbc-fmba@bk.ru;
anton.larenkov@gmail.com
Сайт: http://fmbcfmba.ru

Новый ПЭТ-центр

Центр ядерной медицины открылся в Курске. Он стал третьим в России

Напомним, что первый был открыт в мае прошлого года в Уфе, второй несколькими днями ранее в Липецке. В строительство и оснащение курского центра вложено 130 млн рублей. Строительством занималось ООО «ПЭТ-Технолоджи», портфельная компания Госкорпорации РОСНАНО.

– Сегодня на курской земле запущен уникальный объект – Центр ядерной медицины, – заявил руководитель РОСНАНО Анатолий Чубайс. – Речь идет о позитронно-эмиссионной томографии, а по сути – о спасении человеческих жизней. Ранняя диагностика – едва ли не главный способ существенно снизить смертность, выявив онкологическое заболевание на той стадии, на которой никакие другие методы сделать этого не позволяют, а значит, начать лечение как можно раньше.

Планируется, что уже в этом году диагностику в ПЭТ-центре смогут пройти около трех тысяч человек.

Глава РОСНАНО также подчеркнул, что в Курске, благодаря активной поддержке региональных властей, создать высокотехнологичное медучреждение удалось в рекордно короткий срок. «Мы благодарны губернатору и специалистам комитета здравоохранения. Для нас это третий пуск, и с такой динамикой, как здесь, мы этого не смогли сделать нигде. Это означает, что есть понимание значимости данной проблемы», – сказал Анатолий Борисович.

Важным он назвал и то, что в Курской области имеется современный онкологический диспансер. Работая вместе с Центром ядерной медицины, курские онкологи смогут с большей точностью отслеживать все стадии процесса лечения и выздоровления, видеть динамику.

Беларусь и Россия могут достичь высокого эффекта в области ядерной медицины

Эффект от совместных действий Беларуси и России в области развития ядерной медицины может быть очень высоким. Такое мнение высказала вице-президент АО «Русатом Оверсиз» Ирина Кибина на VII Международной выставке и конференции «Атомэкспо-Беларусь»

В сознании подавляющего большинства врачей ядерная медицина связывается с онкологией. Но эти технологии уже заняли свое место в кардиологии, эндокринологии. В ведущих странах они применяются в самых различных сферах вплоть до педиатрии. Одна из основных проблем развития отечественного рынка ядерной медицины – недоверие и неготовность к работе по данным технологиям как врачей, так и пациентов. В числе других проблем: преимущественное использование оборудования иностранного производства, дефицит медицинских и инженерных кадров для оказания услуг с применением методов ядерной медицины.

Медицинские центры сталкиваются с категорической нехваткой специалистов для данных вакансий, более четверти оборудования для ядерной медицины простаивает. Кроме того, существует проблема низкой оснащенности лечебно-профилактических учреждений онкологического и кардиологического профиля средствами радионуклидной диагностики. Решением данных проблем является разработка совместной программы производства импортозамещающего оборудования, межгосударственной программы подготовки и переподготовки специалистов ядерной медицины с использованием научного и промышленного потенциала Евразийского экономического сообщества.

Диагностика, терапия, исследования, образование – во всех этих областях между потребностями Беларуси и России существует очень близкое сходство. И от сотрудничества наших двух государств, наших ядерных школ, ученых, практиков, медиков мы можем получить значительный эффект для обеих стран.

Новая разработка для производства медицинских радионуклидов

Научно-производственное объединение «ЛУЧ» создало высокоплотные высокотемпературные мишени из карбидов тугоплавких металлов для получения моноизотопов медицинского назначения

Старший научный сотрудник отдела научного прогнозирования ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ», кандидат технических наук
Ирина Савватимова

Заведующий лабораторией короткоживущих ядер ФГБУ «Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова» НИЦ Курчатовский институт, кандидат физико-математических наук
Владимир Пантелеев

Федеральное государственное унитарное предприятие «Научно-исследовательский институт научно-производственное объединение «ЛУЧ» решает задачи по разработке и обеспечению атомной промышленности тепловыделяющими элементами и сборками для ядерных энергодвигательных установок, а также создает тепловыделяющие элементы нового поколения. Предприятие является уникальным комплексом современных технологий на основе монокристаллических и высокотемпературных материалов.

История ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ» берет отсчет с 1946 года. Становление предприятия началось с разработки технологий и выпуска экзотических на то время материалов, таких как торий, индий, таллий, галлий, титан, а затем редкоземельных металлов, иттрия и скандия, а также бериллия и циркония. В последующие десятилетия на предприятии были **разработаны технологии** новых видов высокотемпературных керамических ядерных топлив, конструкционных материалов, компактных замедлителей из гидридов циркония и иттрия, биологической защиты из гидрида титана, бериллиевых отражателей и разнообразные конструкции высокотемпературных тепловыделяющих элементов (твэл) и сборок на их основе.

На базе этих уникальных разработок в последние годы созданы высокоэффективные материалы с целью получения моноизотопов для ядерной медицины.

Росатом в 2011–2013 годах поддерживал проекты ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ» по теме «Высокоплотные высокотемпературные мишени из карбидов тугоплавких металлов для получения моноизотопов медицинского назначения».

Высокотемпературные мишени высокой плотности из карбидов различных металлов при облучении протонным пучком позволили получать различные радионуклиды медицинского назначения и выделять их при высокой температуре, значительно снижая при этом количество жидких радиоактивных отходов, производимых методами обычного радиохимического выделения. При использовании таких мишеней на масс-сепараторе, установленном на пучке циклотрона с энергией 40–80 МэВ, можно получать медицинские радиоизотопы высокой чистоты – моноизотопные источники радионуклидов для медицины. При этом полностью отсутствуют ЖРО (жидкие радиоактивные отходы).

Высокоплотные высокотемпературные мишени из карбидов тугоплавких UC и UZr(CN) с плотностью (90 ± 6) %, YC_2 и ZrC с рабочей температурой от 2100 до 2700 °C были изготовлены методом порошковой металлургии в ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ» и поставлены в Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова (ФГБУ «ПИЯФ» НИЦ КИ) с целью исследования генерации медицинских радионуклидов на протонном синхроциклотроне ПИЯФ и получения моноизотопных источников на масс-сепараторной установке «ИРИС», установленной на пучке этого синхроциклотрона.

На первом этапе проведения исследований мишенных веществ с целью получения моноизотопов для ядерной медицины были изготовлены мишенные диски из UC, UZr(CN) и показана возможность эффективного получения и выделения изотопов различных химических элементов с эффективностью выхода (60–90) % при температурах 1900–2500 °C (ФГБУ «ПИЯФ» НИЦ КИ). Проведена наработка изотопов щелочных элементов Cs 131, 132 и 136 с периодами полураспада 10, 6,5 и 12 дней соответственно и эффективностью (73–88) %; Rb 86m, 88 и 89 с периодами полураспада 1, 18 и 15 минут соответственно и эффективностью 7, 13 и 21%; изотопов Fr (211–224) и периодами полураспада (1–20) минут и эффективностью (15–30) % из UC.

Перспективным радионуклидом с точки зрения использования в ядерной терапии может считаться ^{131}Cs с периодом полураспада $T_{1/2}$ = 9,7 дня. Особенность этого изотопа заключается в том, что он распадается только ε+-захватом, излучая оже-электроны с энергией в несколько эВ, и их пробег в ткани составляет не более нескольких нанометров, поэтому подобные изотопы, излучающие оже-электроны, используются для терапии злокачественных образований на молекулярном уровне.

На протонном пучке синхроциклотрона ПИЯФ на установке «ИРИС» были измерены выходы радиоизотопов ^{208}Fr, ^{211}Fr, ^{212}Fr, ^{223}Fr и ^{224}Fr, особая привлекательность которых состоит в том, что, являясь тяжелыми нейтронно-дефицитными изотопами, они лежат в области альфа-распадчиков и большинство из них распадается α-распадом, причем большая часть дочерних ядер, образующихся после распада франция, распадается также α-распадом. Франций, как щелочной элемент, имеет относительно низкий потенциал ионизации и легко ионизуется в источнике поверхностной ионизации при температуре 2300 °C с эффективностью, близкой к 100%. Изотопы франция с периодами полураспада до нескольких десятков минут дают в процессе альфа- или бета-распада дочерние нуклиды и могут использоваться в медицине в качестве терапевтических α-излучателей с энергией альфа-частиц 5–6 МэВ. Поскольку пробег этих частиц в ткани составляет несколько

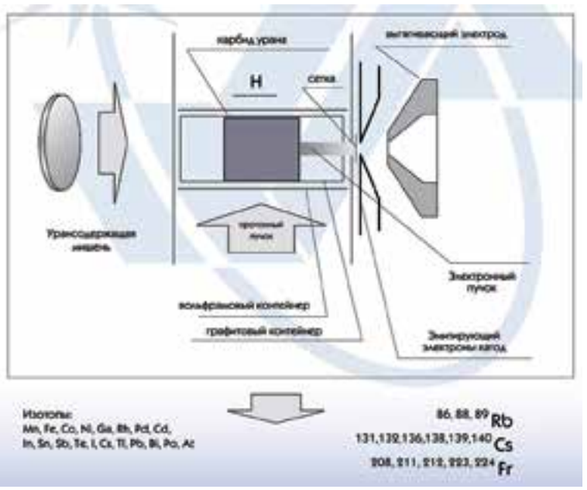
Материалы высокотемпературных карбидных мишеней высокой плотности

Изотоп	Материал мишеней	Температура выделения изотопа, °С	Плотность материала мишеней, %	Применение
Ra-223, Ra-224	UC	2300	96,7 ± 0,7	Для терапии онкологических заболеваний
	UZr(CN)	2500	89,5 ± 0,2	
	ThC_2	2500	85,5± 0,5	
Sr-82/Rb-82	YC_2	2000	75,0 ± 5,0	Для ПЭТ-диагностики сердечно-сосудистых заболеваний
Sr-82/Rb-82	ZrC	1600–2300	80,0 ± 5,0	

десятков микрон (порядка размера клетки), то он может быть применен для терапии злокачественных образований на клеточном уровне.

На следующем этапе были получены мишенные диски из карбида циркония и дикарбида иттрия для получения генераторного изотопа Sr-82. Также были выделены радиоизотопы – альфа-излучатели Ra-223, 224 из облученной мишени из монокарбида урана высокой плотности.

Эффективность выделения изотопа Sr-82 при температуре 2300 °С из мишени ZrC составила ~30% за два часа выделения, а с увеличением времени выделения до 10 часов – до 90%. С переходом на дикарбид иттрия эффективность выделения Sr-82 достигает ~90% за два часа выделения при температуре около 2000 °С. Sr-82, полученный из мишеней из дикарбида иттрия и карбида циркония, является очень перспективным радионуклидом при использовании в позитронной эмиссионной томографии для диагностики сердечно-сосудистых заболеваний. Применение его в клиниках мира растет быстрыми темпами (рост ~25% в год). В России применение стронция-82 только начинается, и поэтому рост его использования ожидается еще более интенсивным. С использованием изотопа Sr-82, выделенного в ПИЯФ из мишеней карбида иттрия и циркония в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦ РХТ), были проведены испытания Sr-82/Rb-82-генератора. Планируется проведение клинических испытаний с использованием Sr-82, который будет производиться на циклотроне Ц-80. Для проведения клинических испытаний с использованием генераторного изотопа Sr-82 РНЦ РХТ крайне нуждается в его регулярном получении. Применяя мишени из дикарбида иттрия и/или карбида циркония, предполагается достичь активности поставляемых образцов 0,2 Кюри, что является величиной, достаточной для проведения клинических испытаний в РНЦ РХТ и последующих диагностических процедур пациентов. Так как период полураспада генераторного радионуклида Sr-82 $T_{1/2}$ = 25,55 суток, он может также поставляться в любые отдаленные пункты России и за границу. В этом случае получаемая активность может быть доведена до нескольких Кюри.



Мишенное устройство

Для генерации изотопов из UZr(CN), UC, YC2 и ZrC в ПИЯФ было поставлено более 500 дисков-мишеней. Следует отметить, что эффективность генерации радиоизотопов Ra-223 и Ra-224 из ThC_2 на порядок выше, чем из урансодержащих мишеней. Исследования первой партии ThC_2-мишеней уже проводятся в ПИЯФ.

ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ» располагает необходимым оборудованием, квалифицированным персоналом и опытом работ для изготовления мишеней и мишенных устройств для ускорителей и реакторов из материалов и их композиций практически любой сложности. В составе высокопрофессионального коллектива предприятия 14 докторов и 67 кандидатов наук. **Предприятие удостоено престижных международных премий**, многие наши сотрудники отмечены государственными премиями и наградами. Все это делает ФГУП «НИИ НПО «ЛУЧ» надежным деловым партнером.

Разработанные совместно с ФГБУ «ПИЯФ» НИЦ КИ мишени с мишенными устройствами будут использованы для эффективного производства медицинских радионуклидов как для диагностики, так и для терапии.

Мишени для реакторного облучения и последующего получения медицинских радиоизотопов находятся в стадии разработки. Возможно изготовление разнообразных композиций, как по форме, так и по конструкции. Например, UZr-композиции для получения изотопов в реакторе, в которой уран выполняет роль генератора изотопов, а цирконий – матрица – поглотитель осколков, служащая для выделения из нее необходимых радиоизотопов.

В настоящее время предприятие готово заключать контракты на изготовление мишеней и мишенных устройств из любых тугоплавких материалов как для облучения на ускорителях, так в реакторах.

ЗАО «РИТВЕРЦ»

RITVERC™ isotope products

Более 20 лет работаем в области применения атомной энергии

За последний год предприятие добавило к номенклатуре продукции для нужд ядерной медицины продукцию собственного производства:

- источники на Na-22 для калибровки ПЭТ-КТ с возможностью визуализации источника;
- карандашные маркерные источники на Co-57 для применения в SPECT-томографии для выделения интересующих областей.

Импортную продукцию производства фирмы EZAG:

- источники на Ge-68 типов HEGL и VQC для калибровки ПЭТ производства GE Healthcare, Philips Healthcare, Siemens Medical Solutions.

Также мы предлагаем ранее освоенную на предприятии продукцию:

- источники типа ОИДК: Cs-137, Ba-133, Co-57, Co-60 для калибровки и контроля стабильности показаний радиометров: Curiementor, РИС-1, Atomlab 100, СКС-99 и др.;
- радионуклидные препараты широкой номенклатуры, включая препарат I-124, используемый для ПЭТ-сканирования и фармацевтических исследований.

Оказываем услуги доставки спецтранспортом радиофармпрепаратов по клиникам и медицинским центрам РФ.

Предприятие имеет лицензию Ростехнадзора на производство и транспортировку радионуклидной продукции.

194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10
Тел.: 812 297-44-63 • Факс: 812 297-58-87
E-mail: info@ritverc.com • Сайт: http://www.ritverc.com

Лечение дорогое, но эффективное

Успехи медицины убедительно доказывают: при раннем выявлении и надлежащем лечении рак можно победить

Главный внештатный специалист – онколог Министерства здравоохранения РФ, директор РОНЦ им. Н.И. Блохина, академик РАН
Михаил Давыдов

Онкология на сегодняшний день – глобальная проблема для всего человечества. Около 30 стран официально признали этот класс заболеваний основной причиной смертности среди населения. Этот недуг уже стал межнациональной проблемой, в связи с чем идет интенсивный обмен знаниями и опытом в этой области между учеными всего мира, что позволило сделать онкологию одним из самых развитых разделов медицины. В том числе и в России – все самые современные технологии есть и у нас. К тому же в нашей стране больше, чем у кого бы то либо, научных и практических школ.

Как известно, онкология состоит из трех крупных направлений: крупномасштабная онкохирургия, лекарственное лечение опухолей и радиационное обеспечение больных с помощью современных источников излучения, позволяющих излечивать злокачественные образования. Наиболее часто эти направления в последнее время объединяются в комплексное лечение.

Следует отметить, что ситуация со смертностью от злокачественных новообразований у нас изменилась все-таки в лучшую сторону. В России в 2000 года от онкологических заболеваний умирало 200 человек на 100 тысяч населения. В 2013–2014 годах – 164–170 человек на те же 100 тысяч населения. Это связано, прежде всего, с применением эффективных методов медицины, улучшением диагностики и целым рядом мер, направленных на профилактику и адекватное лечение. Но, конечно, даже эти результаты не могут считаться удовлетворительными – многие из умирающих в Российской Федерации находятся в трудоспособном возрасте, а в развитых странах США, Японии, Франции смертность гораздо ниже. При этом заболеваемость в этих странах значительно выше, чем в России, что связано с нашей меньшей продолжительностью жизни и их более точной диагностикой. Сейчас в стране стоит вопрос о развитии первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний, адекватном и своевременном начале профессионального лечения. В этой связи уместно напомнить, что есть теория, по которой «каждый доживает до своего рака».

И возникла она не на пустом месте. Поломка генома рано или поздно возникает в любом организме. Вопрос только в том, в каком возрасте это произойдет. Общеизвестно, что вероятность появления злокачественной опухоли увеличивается с годами. Рак – приобретенное заболевание. В зоне риска все население, особенно люди старше 50 лет. Однако во многих случаях поломка случается настолько поздно, что смерть связана с какими-то другими причинами.

Ученые сегодня насчитывают более 100 видов рака. Если говорить о мужчинах, то для них причиной смерти чаще выступает в порядке убывания рак легких, желудка, печени, ободочной, прямой кишок и пищевода. У женщин – рак молочной железы, легких, желудка, прямой, ободочной кишок и шейки матки. Важнейшей – в 70% случаев – причиной развития рака легких в мире является употребление табака. Пятая часть всех раковых заболеваний в мире развивается в результате хронической инфекции. Так, вирус папилломы человека вызывает рак шейки матки, а вирус гепатита В – рак печени.

Между тем успехи медицины убедительно доказывают: при раннем выявлении и надлежащем лечении рак можно победить. По своему мастерству российские онкологи не уступают зарубежным коллегам. В недавнем прошлом в РОНЦ им. Н.Н. Блохина возвращали в строй 20–25% прибывших сюда пациентов, сегодня – 80%... Врачи спасают подавляющее число больных детей.

В целом в онкологии сейчас идет активный поиск эффективных методов лечения, но надо понимать, что все они должны быть научно обоснованными, а не находиться в области всевозможных магов с их кустарно изготовленными настойками. На смену химиотерапии должны прийти противоопухолевые вакцины, антибиотики, моноклональные антитела – большой класс лечебных средств, которые научно доказаны как эффективные средства лечения болезней. Но сразу можно сказать, что открытия какой-то панацеи в онкологии не ожидается. Хотя подобные «открытия» уже неоднократно объявлялись, но их эффективность при тщательном тестировании не была подтверждена. Каждая опухоль нуждается в профильном лечении. Особенно в связи со стрессовой ситуацией, которую наша страна переживает в последнее время.

Необходимы программы раннего скрининга у групп населения, находящихся в той или иной группе риска, как это принято на Западе. Но как государственная программа скрининг в России пока не внедрен, он действует пока только на региональных уровнях – так, в Татарстане эти исследования прошли с большим успехом. А ведь у нас женщины с раком молочной железы выздоравливают только в 60 процентов случаев, против 95 в США. К тому же борьба с онкозаболеваниями требует повышения финансирования в условиях кризиса, поскольку большая часть необходимых лекарств производится за рубежом.

Очень важной проблемой остается и доступность обезболивающих для онкобольных. Получается, что у врача, назначающего наркотические препараты, появляется опасность оказаться на скамье подсудимых – выписывая очередной рецепт и допустив какую-то ошибку, он может быть наказан представителями Госнаркоконтроля. Чтобы эта ситуация была невозможной, Министерство здравоохранения Российской Федерации издало несколько нормативных актов, которые упрощают доступ паллиативным пациентам (в том числе и детям) к обезболивающим препаратам.

В мире ежегодно появляются новые очень эффективные препараты, которые могут спасти множество жизней. Таргетные препараты способны точно поразить опухоль, не задевая здоровых тканей. Однако длительная сертификация, регистрация и высокая стоимость мешают их применять в широкой лечебной практике.

Но больше всего российских онкологов не устраивает объем страхового возмещения средств по обязательному медицинскому страхованию. Если на лечение больного реально требуется 1,5 млн рублей, то из средств ОМС покрывается только 3,5% – 96 тысяч рублей. В результате приходится искать источники финансирования лечения больных, выходить из положения с помощью нестандартных решений. Стоимость препаратов совсем не маленькая: так, при миеломной болезни набор таблеток стоит 500 тысяч рублей! А на курс лечения требуется 3–4 такие упаковки...

Кроме того, в целом по отрасли не хватает около 3,5 тысяч онкологов. Даже среди действующих – много совместителей. Но дело не только в количестве, но и в качестве. В России молодые врачи считаются полноценными специалистами, уже пройдя последипломную подготовку. За рубежом подготовка идет на базе крупных специализированных центров, ведь онкология – одна из самых сложных специализаций. Не случайно в передовых странах мира отрасль курирует президент либо кто-то из первых лиц государства.

Надо отметить тем не менее, что за последнее время в противоборстве с раковыми заболеваниями в нашей стране немало сделано. В рамках Программы модернизации фондооснащенность государственных медицинских организаций в регионах за 2011–2013 годы повысилась в 2,5 раза. В РОНЦ им. Н.Н. Блохина завершается сооружение нового корпуса детской онкологии, рассчитанного на 250 коек. По плану его должны запустить в 2017 году. Многие из тех, кто стремился за границу, сегодня лечатся в России. Но онкология требует повышенного внимания со стороны государства, всего медицинского сообщества.

Калужский областной клинический онкологический диспансер

Калужский областной клинический онкологический диспансер – головное учреждение региона, которое осуществляет координацию деятельности всех подразделений, оказывающих лечебно-диагностическую и консультативную помощь пациентам с онкопатологией, а также является учебной базой Калужского государственного университета имени К.Э. Циалковского.

Кроме того, диспансер является главным методическим и образовательным центром. Здесь получают специальное лечение более 75% первично выявленных в области пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО), что в абсолютных цифрах составляет более 11 000 госпитализаций ежегодно.

В структуру диспансера входят семь клинических стационарных подразделений: отделение противоопухолевой, лекарственной и химиотерапии, хирургическое отделение № 1, гинекологическое отделение, хирургическое торакальное отделение, хирургическое отделение № 2, урологическое и радиотерапевтическое отделения, а также пять параклинических отделений.

Амбулаторный прием и диспансеризацию онкологических больных осуществляют 22 первичных онкологических кабинета в амбулаторно-поликлинических учреждениях (из них 16 кабинетов по области). Еще в 8 кабинетах производится статистический учет пациентов с онкологической патологией.

Также в структуру онкологической службы области входят 24 смотровых кабинета, в которых осуществляется первичное, доклиническое обследование пациентов на предмет обнаружения злокачественных новообразований визуальных локализаций (кожа, полость рта, молочные железы, наружные половые органы и др.).

248007, г. Калуга, ул. Вишневского, д. 2
Тел.: (4842) 72-56-78
(4842) 72-57-79, 22-19-80 – регистратура
E-mail: kood@kaluga.ru
Сайт: www.oncokaluga.ru

Онкологическая помощь в Калужской области

Главный врач ГБУЗ КО «Калужский областной клинический онкологический диспансер»
Игорь Николаев

Игорь Юрьевич, как сегодня оказывается медицинская помощь онкологическим больным в Калужской области? Какие реализуются мероприятия по повышению онконастороженности?

Последние два года мы работаем по трехуровневой системе оказания онкологической помощи населению. 1-й уровень: ФАПы и смотровые кабинеты; 2-й уровень: ЦРБ и городские поликлиники и 3-й уровень – онкологический диспансер, создание которого было закончено в 2011–2012 годах в рамках Программы модернизации здравоохранения Калужской области.

С 2009 года проводятся мероприятия по совершенствованию онкологической помощи населению в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Были открыты первичные онкологические кабинеты как в городе, так и в районах; кроме того, были созданы шесть межрегиональных онкологических центров. Медицинские организации области укомплектованы современным диагностическим оборудованием. Врачи общей лечебной сети повысили квалификацию по вопросам ранней диагностики, что дало возможность поднять на новый уровень качество обследований и обоснованность направления больных в областной онкологический диспансер.

В целях совершенствования, улучшения качества диагностики и доступности медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями, предупреждения и снижения смертности от них 19 декабря 2013 года на Общественном совете по здравоохранению при губернаторе Калужской области утверждена «Концепция развития онкологической помощи населению Калужской области на период 2014–2020 годов». Кроме того, реализуется приказ министерства здравоохранения Калужской области от 20 мая 2014 года № 480: «О совершенствовании системы ранней диагностики злокачественных новообразований в Калужской области», а утвержденный министром здравоохранения Калужской области 10 декабря 2013 года «Перспективный план мероприятий по совершенствованию ранней диагностики рака шейки матки в медицинских организациях Калужской области на период 2013–2017 годов», разработанный совместно с фармкластером Калужской области, является пилотным проектом в РФ.

Комплекс реализованных в 2014 году мероприятий концептуально улучшил качество лечебно-диагностического процесса в областном клиническом онкологическом диспансере. Учреждение оснащено высокотехнологичным диагностическим оборудованием. На данный момент в регионе есть возможность квалифицированной и достоверной гистологической и иммунофенотипической диагностики, благодаря дооснащению паталогоанатомического отделения диспансера современным оборудованием.

Возможности есть, а как на деле? На ваш взгляд, приносит ли ожидаемые результаты диспансеризация на практике в выявлении онкологических заболеваний на ранней стадии?

Диспансеризации однозначно стали более качественны. Чувствуется явная тенденция к улучшению первичных обследований. Если в 2013 году с онкологическими заболеваниями на ранних стадиях было выявлено 280 пациентов (6% от прошедших диспансеризацию), то в 2014 году онкопатология обнаружена у 380 человек (9,8% от прошедших диспансеризацию). Но пока рост обследованных идет не так интенсивно, как хотелось бы. К сожалению, по-прежнему самый большой процент выявлений на 4-й стадии, хотя он за последние годы снизился с 28,7 до 25% и продолжает снижаться. Так, в 2014 году взято на учет с впервые выявленным диагнозом «злокачественное новообразование» 3662 человека. Процент выявленных больных со злокачественными новообразованиями на 1–2-й стадиях из числа первично выявленных составил 45,1% (2013 год – 40,3%). Конечно, процент должен достигать 70–80%, что будет соответствовать европейским показателям. Поэтому совершенствование лечебно-диагностического процесса и выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях остаются нашими приоритетными и стратегически важными направлениями.

Но все же улучшения есть. Как вы считаете, за счет чего улучшилось качество?

За счет наработанной системы. Процесс диагностики и лечения злокачественных новообразований в Калужской области проводится с учетом комплексного подхода, наработанного в стране за десятилетия развития онкологической службы. Программы по ранней диагностике злокачественных образований работают. Действует приказ о внутреннем совершенствовании системы ранней диагностики. Речь идет в первую очередь о проведении цервикального скрининга рака шейки матки методом жидкостной цитологии и вируса папилломы человека, а также рака молочной железы у женщин и предстательной железы у мужчин.

Для того чтобы обнаружить рак молочной железы, женщина должна специально прийти на обследование. Все ли женщины области имеют возможность пройти маммографическое обследование бесплатно? Как ведется профилактическая работа?

По программе диспансеризации каждая женщина старше 40 лет обязательно должна делать маммографию 1 раз в 2 года. В области достаточно маммографических комплексов, чтобы охватить не только женщин из групп риска, но и всех женщин старше 40 лет. Четко отработана маршрутизация больных на обследования. В те районы, где нет стационарных установок, выезжают передвижные мобильные комплексы. Если при первичном обследовании возникает подозрение на заболевание, то таких пациенток направляют в онкологический диспансер. У нас установлено оборудование экспертного класса, дающее возможность делать серийные снимки, проводить все необходимые манипуляции, включая стереотаксическую биопсию.

Что вы можете сказать об онкологической заболеваемости в регионе? Какие изменения претерпел за последние годы регистр онкологических заболеваний?

Много лет на первом месте у мужчин в структуре заболеваемости и смертности были злокачественные новообразования трахеи, бронхов, легких. Но в последние годы тенденции меняются, и сегодня значительна удельная доля рака предстательной железы, толстого кишечника и прямой кишки в общей структуре заболеваемости и смертности. У женщин на первом месте, к сожалению, занимает уже многие годы рак молочной железы, далее злокачественные новообразования кишечника и полости матки.

Насколько «высокие технологии» в онкологии доступны калужанам?

Согласно порядку оказания медицинской помощи, мы принимаем пациентов как по направлению лечебных учреждений, так и обратившихся самостоятельно, если у них уже есть показания для обращения. И могу сказать, что медицинская помощь в нашем учреждении будет оказана именно по высоким технологиям. Особенно после дооснащения диспансера современным медицинским оборудованием, в том числе высокотехнологичным диагностическим оборудованием: высокопольным магнитно-резонансным 3.0 Тс томографом, 64-срезовым спиральным компьютерным томографом, экспертным рентгенодиагностическим и маммографическим комплексами, ангиографом.

Применение современной ангиографической установки дало возможность открыть отделение интервенционных рентгенохирургических методов лечения.

Новое эндоскопическое оборудование позволит выполнять высокотехнологичные операции на пищеводе, желудке и толстом кишечнике, мочеполовой системе.

Участвовала ли Калужская область в реализации национальной онкологической программы? Какие это дало результаты?

Да, конечно, участвовала. Так же как и в программе софинансирования регионального и федерального бюджетов. Благодаря этому область получила возможность дополнительно оснастить медицинские организации современным оборудованием. Также произведен ремонт в диспансере. Здание построено в 1978 году. Конечно, современные требования к строительству лечебных учреждений изменились, появились другие стандарты. Сейчас оно максимально им соответствует, в том числе заменены лифты и стеклопакеты, закуплены новые кровати и другое оснащение, а также уменьшено количество коек в палатах. Все приведено в соответствие с санитарными нормами и правилами, а по стандарту оснащения медицинским оборудованием все приведено в соответствие с приказом МЗ № 915н от 15 ноября 2012 года «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «онкология».

Уменьшение количества мест в палатах не привело к тому, что пациенты не смогут получать лечение своевременно?

Практика показывает, что многие диагностические и лечебные процедуры возможно оказывать в амбулаторных условиях и это даже более эффективно, чем в условиях круглосуточного стационара, а ряд диагностических обследований возможно проводить и по месту жительства, что является более удобным и доступным для пациента. Стационарное лечение показано пациентам, которым назначено специализированное лечение – хирургическое, лекарственное, лучевое или их комбинации.

Как обстоят дела с кадровой составляющей? Существует ли проблема нехватки специалистов?

Если говорить о диспансере, то в данный момент мы укомплектованы кадрами почти на 100%. Это касается врачей, среднего и младшего персонала. В целях повышения профессиональной подготовки специалистов утвержден план подготовки и переподготовки медицинских кадров, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Согласно этому плану специалисты непрерывно проходят общее и тематическое обучение с целью совершенствования своих знаний и практических навыков.

Понятно, что с оборудованием и специалистами в области все неплохо. А что с лекарствами? Удается ли обеспечивать больных, проходящих стационарное лечение, современными лекарствами и расходными материалами?

Лекарственное обеспечение осуществляется в полном объеме. Это касается и химиопрепаратов, и последующего реабилитационного лечения. В Калужской области налажена система по дополнительному обеспечению лекарственными средствами за счет средств не только федерального, но и регионального бюджетов. Дотации идут на самые дорогостоящие препараты. Льготники обеспечиваются препаратами исключительно за счет областного бюджета.

Администрация области принимает активное участие в финансировании медицинских программ и способствует тому, чтобы медицинское обслуживание населения улучшалось?

Да, безусловно, поддержка ощутима, и принятые программы тому подтверждение. Помимо этого, постановлением губернатора Калужской области установлена единовременная выплата в размере 3000 рублей при выявлении ЗНО на ран-

Кабинет СКТ. Врач и медсестра за работой

ней стадии. Эту выплату может получить любой специалист, по направлению которого у пациента подтверждается диагноз обследованиями в диспансере. Таким образом, врачи дополнительно заинтересованы в том, чтобы внимательнее относиться к пациентам и тщательнее проводить первичные осмотры. Выплата производится ежемесячно, и эта практика существует уже около пяти лет. Эта мера, безусловно, дает результаты. Хотя пока не в той степени, как хотелось бы.

Связана ли не слишком эффективная работа скрининговых программ только с тем, что врачи недосматривают? Может быть, недостаточно информируется население? Кто этим должен заниматься?

Соглашусь. В той же Европе не только система медицины другая, но и люди сами более ответственно относятся к своему здоровью. Другой менталитет. Но сдвиги в последние годы есть и у нас. Что касается информирования, то мы, онкологи, со своей стороны делаем всё. Например, разработаны информационные сайты. Для повышения онконастороженности населения силами областного клинического онкологического диспансера проведены тематические беседы по гигиеническому воспитанию и образованию с 78 952 гражданами, из них 39 239 человек – лица пенсионного возраста. Было организовано 14 передач на центральных телевизионных каналах Калужской области по вопросам ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований, а также подготовлено 11 материалов для массовых периодических изданий. Могу с уверенностью сказать, что в Калужской области со стороны

Заведующий УЗИ-отделением С.К. Шахбазов

онкологической службы делается все, чтобы улучшить ситуацию.

Дело за общественными организациями, центрами санитарного просвещения.

Чем, на Ваш взгляд, может гордиться Калужский областной клинический онкологический диспансер? Существуют ли планы и проекты, которые хотелось бы реализовать в ближайшей перспективе?

Гордится, конечно, достаточно рановато, но отдельные показатели радуют, так, например, общая пятилетняя выживаемость больных со злокачественными новообразованиями выше, чем по РФ, кроме того, отслеживается тренд снижения одногодичной летальности в регионе. Нам также удалось добиться хороших показателей в выявлении больных с ЗНО на ранних стадиях. Сегодня мы располагаем широкими возможностями хирургического лечения. Проводим достаточно много – и успешно – сложных оперативных вмешательств. Наш солидный опыт хирургических вмешательств связан именно с тем, что пока у нас, к сожалению, рак чаще выявляется на поздних стадиях, когда операция неизбежна и хирургическое вмешательство обширно, ряд хирургических методов лечения неизбежно носит калечащий характер. В Европе же чаще специализируются на органосохранных методах лечения в связи с хорошей выявляемостью злокачественных новообразований на ранних стадиях, и нам есть чему у них учиться.

В диспансере активно используются комбинированные методы лечения ЗНО с использованием современных аппаратов локальной гипертермии.

Недавно к нам приезжали коллеги из Швеции, чтобы поделиться опытом в установке их голосовых протезов. И в настоящее время в диспансере введено в стандарт оказания медицинской помощи при ЗНО гортани голосовое протезирование, что ведет к скорейшей реабилитации больного.

Есть планы сотрудничества с немецкими коллегам по обмену опытом. Но пока об этом рано говорить, все на стадии переговоров для лучшего понимания спектра работ.

В 2018 году планируется открытие на базе диспансера молекулярно-генетической лаборатории, что также улучшит как диагностику ЗНО, так и персонифицированное лечение больных с данной патологией.

Заведующая КДЛ Н.Н. Гукова

Заведующий патологоанатомическим отделением Д.С. Ланцов

Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения

«Областной клинический онкологический диспансер»

Специализированное лечебное учреждение, где осуществляется амбулаторная и стационарная медицинская помощь больным со злокачественными и доброкачественными опухолями. В настоящее время в его составе имеется четыре хирургических отделения на 100 коек (маммологическое, урологическое, гинекологическое и торакальное); химиотерапевтическое отделение на 60 коек; отделение ИТАР на 12 коек; дневной стационар на 45 коек; консультативная поликлиника на 300 посещений в смену; амбулаторно-диагностические кабинеты и отделения (УЗИ, эндоскопии, функциональной диагностики); лаборатории: клинико-диагностическая, централизованная цитологическая и патоморфологическая с ИГХ и ПЦР-диагностикой; аптека; ОМК с популяционным раковым регистром.

173016, г.Великий Новгород, ул. Ломоносова, д. 27
Телефон: (8162) 62-70-62
E-mail: nokod@mail.ru • Сайт: http://www.novonko.ru

Организация современной онкологической службы

Диспансер сегодня составляет основное звено в системе противораковой борьбы, обеспечивая квалифицированной, специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью население не только столицы Самотлора, но и всей Югры. В 2015 году учреждение отметит свой тридцатилетний юбилей

Главный врач Бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовский онкологический диспансер»
Алексей Загинайко

У истоков создания диспансера стоял легендарный врач, один из основоположников нижневартовской медицины, Павел Тимофеевич Московкин. Уже в восьмидесятых, на этапах становления здравоохранения, было понятно, что без онкологического отделения не обойтись. Приказом главного врача медсанчасти Мегионнефтегаза Виктора Тихоновича Пузатова в структуре лечебных учреждений было организовано диспансерно-диагностическое отделение, в котором наблюдались и онкологические больные.

Однако официальной датой образования онкологической службы города принято считать 1 апреля 1985 года. Отделение, которое в то время располагалось в подъезде жилого дома, возглавила Раиса Николаевна Ганиева. Тогда служба выполняла функции специализированного онкологического амбулаторно-поликлинического отделения, в составе которого были поликлиника, эндоскопический кабинет и цитологическая лаборатория. Поскольку своего стационара служба не имела, то все операции проводились на базе хирургического отделения первой медсанчасти. Больных, требующих комбинированного лечения, направляли в Тюменский областной онкологический диспансер. В отделении работал небольшой коллектив – два врача-хирурга, врач-гинеколог, врач-цитолог и врач-эндоскопист. В апреле 1986 года отделение возглавил Владимир Федорович Светашов.

В 1991 году отделение возглавил Владимир Иванович Загинайко. Его увлеченность онкологией и талант хирурга снискали огромное уважение коллектива больницы, жителей города.

Для развития онкологической службы было выделено два этажа бывшего детского сада. В полную силу заработала поликлиника, расширился список лабораторно-диагностических подразделений.

В феврале 1992 года заработал стационар на 60 коек, операционная, что позволило широко проводить хирургические вмешательства на молочной и щитовидной железах, органах брюшной полости, коже, мягких тканях. Одновременно с операционной открылась и палата интенсивной терапии.

Менее чем за четыре года был сформирован работоспособный, профессиональный коллектив, началось выполнение сложных операций на органах грудной и брюшной полости.

Авторитет онкологической службы Нижневартовска заметно вырос, и администрация Ханты-Мансийского автономного округа решила преобразовать онкологическое отделение ГТМО № 1 в самостоятельное учреждение. К сожалению, до окончательной реализации идеи Владимир Иванович не дожил…

В 1995 году было принято решение о создании городского онкологического диспансера в составе ГТМО № 1. Главным врачом была назначена заведовавшая до этого онкологическим отделением Раиса Николаевна Ганиева, заслуженный врач Российской Федерации, кандидат медицинских наук. Основными подразделениями диспансера стали поликлиника, обслуживающая порядка 30 тысяч пациентов в год, и стационар на 60 коек. Только теперь лечебное учреждение стало в полной мере отвечать требованиям времени. Был открыт рентген-кабинет, который возглавил врач-рентгенолог Евгений Павлович Павлов. В штате диспансера состояло 55 медицинских работников, из них 13 врачей.

2 марта 1997 года диспансеру был присвоен статус самостоятельного муниципального учреждения в системе здравоохранения города Нижневартовска. В августе этого же года началось внедрение важнейшего и одного из основных в онкологии метода диагностики – ультразвукового. В распоряжении службы был лишь небольшой приспособленный кабинет с единственным аппаратом среднего класса. Но и он был для врачей большим подспорьем. 1998 год ознаменовался тем, что рентгенологический кабинет был преобразован в полноценное отделение. Появилась возможность оснастить службу самыми современными рентгеновскими и маммографическими аппаратами.

В 2000 году по распоряжению губернатора Ханты-Мансийского автономного округа А.В. Филипенко и приказу департамента здравоохранения диспансеру был присвоен статус межрайонного онкологического центра. Учреждение стало оказывать специализированную амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь больным злокачественными и доброкачественными новообразованиями со всего региона. Площадь диспансера увеличилась, здание было реконструировано, проведен его капитальный ремонт.

Год спустя в структуре учреждения появляются два новых отделения: торакальное и отделение анестезиологии и реанимации.

Хирургическое торакальное отделение рассчитано на 30 коек. В палатах предусмотрены централизованная система подводки медицинских газов и вакуумная система. Отделение оснастили по последнему слову техники и приняли на работу сотрудников с высокой квалификацией. Все это позволило выполнять хирургические вмешательства при злокачественных новообразованиях на органах дыхания, средостения, а также на молочных и щитовидной железах, на пищеводе, пластические операции.

В новом статусе

С 1 января 2006 года статус Нижневартовского онкологического диспансера вновь поменялся – учреждение стало окружным. В этот же период в стране началась реализация приоритетного национального проекта «Здоровье». В его рамках диспансером было получено и введено в эксплуатацию современное диагностическое оборудование: мультиспиральный компьютерный томограф, эндоскопические стойки, передвижной маммограф на базе шасси автомобиля КамАЗ. Для повышения качества лучевой диагностики заболеваний молочной железы приобретен современный компьютерный томограф и аппарат «Маммотест».

Все преобразования не могли не отразиться на качестве и эффективности работы диспансера, что в итоге привело к обеспечению населения доступной и качественной высокотехнологичной медицинской помощью. Главным врачом диспансера назначен врач-онколог, торакальный хирург высшей

категории, кандидат медицинских наук Николай Станиславович Семухин.

С 2007 года Нижневартовский онкологический диспансер становится центром научной медицинской мысли в регионе. Здесь регулярно проходят научно-практические конференции, обучающие семинары с участием именитых онкологов.

К 2009 году в диспансере открывается радиологический кабинет. В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» для проведения близкофокусной лучевой терапии, которая ранее была возможна лишь за пределами Нижневартовска, учреждение получает современный аппарат СА-МАУ-3150, позволяющий лечить рак поверхностных локализаций, а также аппарат для проведения рентгенотерапии во время операций INTRABIM при лечении рака молочной железы на ранних стадиях. Врачи стали применять новый метод лечения рака светом – фотодинамическую терапию, благодаря которой разрушаются только опухолевые клетки, а здоровые не повреждаются. Диспансер дооснастился двумя стационарными маммографическими аппаратами.

С 2011 года в рамках Программы модернизации здравоохранения диспансер практически полностью переоснащается. В арсенале специалистов появляется новое оборудование – для срочных гистологических исследований, жидкостной цитологии, внедряется видеоассистирование при операциях на органах брюшной полости.

В 2012 году завершился ремонт операционной, проведен косметический ремонт. В холле появилась регистратура, для подъема тяжелых больных на верхний этаж диспансера был приобретен специальный подъемник. Рентгенология получает новый компьютерный томограф последнего поколения.

В 2015 году Нижневартовский онкологический диспансер получил лицензию на проведение высокотехнологичных операций.

Сегодня люди, страдающие онкологическими заболеваниями, не выезжая за пределы города, имеют возможность получать хирургический и химиотерапевтический виды специального лечения при новообразованиях желудочно-кишечного тракта, органов дыхания и средостения, пищевода, молочных желез, щитовидной железы, мягких тканей, почек, женской репродуктивной сферы.

С момента образования диспансера количество стационарных коек увеличилось практически вдвое – их стало 110. Ежедневно поликлиника принимает 180–200 человек, в год цифра посещений достигает 37 тысяч. На диспансерном учете состоят порядка 5 тысяч пациентов, с учетом восточной зоны обслуживания – более 7 с половиной тысяч человек.

Мы осуществляем современные виды лечения; внедрены и совершенствуются радикальные оперативные вмешательства при самых различных опухолях, освоены все виды органосохраняющих операций.

В онкологическом диспансере трудится высокопрофессиональный коллектив врачей. Более половины врачебного персонала имеют высшую и первую категории. Общее число сотрудников диспансера более 260 человек, в их числе 47 врачей, 108 медицинских сестер, 100 младших медицинских работников.

Перспективы на будущее

Онкологическая служба Нижневартовска постоянно развивается. Перспективы и стратегия развития определены на годы вперед. Сегодня ощущается острая необходимость в новом, более просторном помещении. С его появлением диспансер сможет работать в таком направлении, как лучевая терапия, которая сегодня обеспечивается за пределами Нижневартовска. Хотелось бы и появления в структуре диспансера отделения паллиативной помощи.

Сегодня ведется большая работа по совершенствованию профилактической деятельности, диагностики и лечения новообразований, методической помощи медицинским учреждениям первичного звена в вопросах раннего выявления злокачественных новообразований и организации помощи онкологическим пациентам.

628615, Тюменская область,
ХМАО-Югра, г. Нижневартовск,
ул. Спортивная, д. 9а
Тел.: (3466) 44-54-05
Тел./факс: (3466) 65-10-18
E-mail: onco@onco-nv.ru
Сайт: http://www.onco-nv.ru

Что следует знать о пересадке костного мозга

Врач Клиники Аджибадем Адана, детский гематолог-онколог, профессор, доктор
Бюлент Антмен

Когда говорят «пересадка костного мозга», подразумевают пересадку стволовых клеток. В этом смысле костный мозг понимается как источник стволовых клеток. У взрослых источником стволовых клеток может выступать кровь. Также стволовые клетки извлекаются из пуповинной крови.

При каких заболеваниях требуется пересадка костного мозга?

Первую группу составляют заболевания крови. На первом месте стоит лейкемия. При лейкемии, которая не поддается лечению, или рецидивирующей лейкемии, особенно при таких заболеваниях, как острый лимфобластный лейкоз, острый миелоидный лейкоз и хронический миелоидный лейкоз, трансплантация костного мозга имеет важное значение. Хотя при диагнозе «острый лимфобластный лейкоз» пересадка может быть первым методом лечения. В случае заболеваний, при которых костный мозг вообще не вырабатывает клетки крови, таких как апластическая анемия, трансплантация костного мозга является единственным методом лечения. Этот вид заболевания может быть врожденным, а также может развиться со временем. Некоторые вирусы, химические вещества и лекарства могут привести к апластической анемии. При врожденных заболеваниях крови пересадка костного мозга также занимает важное место. В лечении талассемии, известной как средиземноморская анемия, серповидно-клеточной анемии и при некоторых других редких заболеваниях крови пересадка костного мозга применяется как единственный метод лечения.

Следом за болезнями крови идут онкологические заболевания. Наблюдаемая у детей неходжкинская лимфома возглавляет этот перечень, следом идут болезни, не поддающиеся лечению другим образом или рецидивирующие, лимфома Ходжкина в случае рецидива. Для пациентов с такими диагнозами трансплантация костного мозга является единственным шансом на спасение.

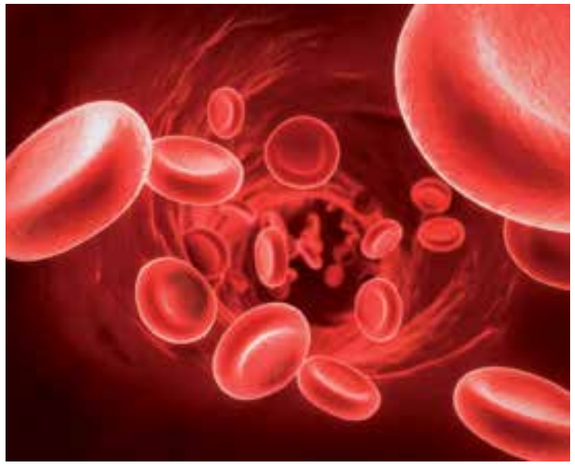
Кто может быть донором костного мозга?

В донорстве костного мозга может использоваться пуповинная кровь, сохранившаяся в плаценте и пупочной вене после рождения ребенка.

Второй источник донорства – братья и сестры пациента, прочие родственники или неродственники. Это так называемая аллогенная трансплантация стволовых клеток, которая может быть как родственной, когда донором выступает кровный родственник пациента, чаще брат или сестра, так и не родственной, когда совместимый донор подбирается по соответствующим параметрам. При лечении некоторых заболеваний костного мозга используются клетки самого пациента. Этот метод лечения называется аутогенной трансплантацией. Хотя и нечасто, но встречается и сингенная трансплантация – разновидность аллогенной трансплантации, при которой стволовые клетки пересаживаются от одного однояйцевого близнеца другому, поскольку их генетический материал идентичен. В Турции процент совместимости при пересадке костного мозга от родных братьев и сестер составляет 25%, за рубежом этот показатель около 18–20%. В Турции цифры несколько выше в связи с тем, что в стране высок уровень родственных браков.

Существует ли опасность для донора?

Вокруг трансплантации костного мозга существует много заблуждений относительно вреда для донора. Так же как и при пересадке печени или почек, подобная ошибочная информация приводит к тому, что люди не хотят выступать донорами. Однако процедура трансплантации не несет в себе никакого вреда. Тем не менее дети возрастом до 2 лет и те, кто старше 60 лет, не рассматриваются в качестве донора костного мозга. Перед забором стволовых клеток проводятся анализы крови, при которых изучаются ее показатели.



Для оценки общего состояния пациента проводятся медицинские обследования, в ходе которых исследуется печень, почки и кровь.

Аллогенная трансплантация проводится в операционной. Забор стволовых клеток осуществляется с помощью специальной иглы, которая вводится непосредственно в тазовую кость, где располагается основной резервуар костного мозга. Затем контейнер, содержащий стволовые клетки, доставляется в лабораторию для отбора стволовых клеток. Отбор стволовых клеток проводится на аппарате афереза. После этого оценивается количество живых клеток, на основании чего определяется, подходит ли отобранное количество для реципиента. Если количество достаточное, то начинается подготовка к трансплантации. Количество костного мозга после забора у донора восстанавливается в течение двух недель.

Как осуществляется пересадка?

Реципиент также должен пройти подготовку к трансплантации. Как и во время подготовки почвы к выращиванию полезных культур выпалываются все сорняки, так же и перед пересадкой новых стволовых клеток клетки собственного костного мозга пациента полностью разрушаются при помощи химиотерапии и лучевой терапией. Таким образом, освобождается место для новых клеток. Кроме того, во время подготовки пациенту проводят системное тестирование, чтобы быть уверенным, что физическое состояние позволит ему перенести процедуру. Как правило, подготовка продолжается от 7 до 8 дней, и только после подготовки проводится процедура трансплантации. Новые стволовые клетки вводят пациенту внутривенно, подобно переливанию крови. Катетер Хикмана вводится в крупную вену обычно в районе шеи, затем под кожей на груди подводится к сердцу. Стволовые клетки, что были ранее взяты у донора, подаются по катетеру прямо в систему сердечно-сосудистого кровообращения. Запрограммированные природой клетки донора распределяются в костном мозге пациента и, подобно семенам в плодородной почве, начинают образовывать новые дееспособные кровяные клетки.

Что ожидает пациентов после трансплантации?

В случае если у пациента онкологическое заболевание крови, для подавления дефектных клеток больному проводят курс лечения ХТ, благодаря которой разрушаются не только раковые клетки пациента, но и здоровые клетки костного мозга. Только после такого рода лечения становится возможной пересадка здорового донорского костного мозга. После начинается период иммунносупрессивной терапии, направленной на подавление иммунной системы пациента, которая может считать пересаженные клетки чужеродными.

Однако это делает человека беззащитным перед инфекциями из внешнего мира. Поэтому основные усилия направлены на то, чтобы пациент ничем не заразился.

На 14-й дней после трансплантации определяется, воспроизводятся пересаженные клетки или нет. Однако до достижения определенного количества клеток крови в течение 30–40 дней пациент содержится в стерильной среде. Если количество клеток увеличилось, то процедура трансплантации считается успешной. За этот период происходит увеличение числа кровяных клеток, вырабатываются эритроциты, лейкоциты и тромбоциты, а также, если никакой инфекции не обнаружено, пациент может использовать общую среду в больнице и переводится из бокса в отделение. Пациент находится в клинике в течение 45–60 дней. После лечения, если состояние удовлетворительное, больной выписывается. Следует также отметить, что в течение года после выписки пациенту необходимо находиться под постоянным контролем врача для обеспечения защиты от инфекций и контроля восстановления.

Очень повезло, что у меня есть братья!

История 16-летней девочки из Аданы Х.Ф. с диагнозом лейкемия, которая выздоровела благодаря пересадке костного мозга от старшего брата.

Профессор доктор Бюлент Антмен знает эту пациентку в течение четырех лет. Отец на пенсии, мать домохозяйка, в семье девять детей, Х.Ф. родилась шестой. Рассказывая о том, как началась ее болезнь, она говорит следующее: «В то время я училась в шестом классе. Был экзамен. У меня кружилась голова, тошнило. Я не смогла ответить на вопросы, хотела все выбросить из головы и уйти домой. Ушла из школы, с трудом добралась до дома. В аптеке купили лекарство от тошноты. Не помогало, пошли в больницу, оттуда отправили на обследование на Медицинский факультет университета Аджибадем. Лечащим врачом стал доктор Бюлент Антмен...»

Поставили диагноз, начали лечение и, казалось, победили болезнь. Через определенные промежутки Х.Ф. сдавала анализ на общий объем костного мозга. В один из дней поступил звонок из клиники: «Приходите, сделаем еще один тест», начался новый период лечения. Ее болезнь рецидивировала. Поэтому было принято решение о пересадке костного мозга. На вопрос, как нашли подходящего донора, Х.Ф. улыбаясь ответила: «Я очень счастлива, потому что мне подошел костный мозг старшего брата и старшей сестры. Мне очень повезло. Здесь я вижу больных, у кого нет братьев, кто не может найти донора, поэтому я считаю себя очень везучей».

Доктор принял решение для первой попытки пересадки взять клетки у старшего брата, если будет отторжение, тогда у сестры. Первая попытка оказалась успешной.

Х.Ф. безостановочно рассказывает о своих планах после выздоровления: «Хочу пойти в школу. Поступлю в лицей. Я вижу своих друзей и волей-неволей расстраиваюсь. Вначале переживала из-за волос, но теперь не думаю об этом, как бы то ни было заново отрастут. Эта болезнь меня многому научила. Вместо того чтобы жаловаться, пытаюсь смотреть на ситуацию с хорошей стороны. Хочу выучиться и получить профессию».

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 387 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, число людей с 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 имеют убедительные доказательства их пользы для здоровья и экономических преимуществ.

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.
- 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 необходимое 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 применимое к диабету «правило половинок». 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. Поэтому 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 инициированной и поддерживаемой нашей компанией 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% определяет 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 с целью выявления сахарного диабета, а также организация в регионах серии информационно-просветительских мероприятий по проблеме диабета и методах его профилактики. 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, созданный 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 вре-

мя 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 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.

Завод компании «Ново Нордиск» является первым и единственным производством в России по выпуску полного портфеля современных инсулинов (Левемир®, НовоРапид® и НовоМикс® 30). На заводе осуществляется 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), двухфазный инсулиновый аналог. Оптимальное соотношение короткодействующего и пролонгированного компонентов позволяет эффективно контролировать гликемию после еды и между приемами пищи в течение всего дня.
- Левемир® (инсулин детемир), базальный аналог инсулина длительного действия для введения 1–2 раза в день. В отличие от человеческого инсулина НПХ, Левемир® обладает меньшей 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) – первый базальный инсулин сверхдлительного действия нового поколения, 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 введения в гибком режиме 1 раз в сутки.
- Райзодег® – первая комбинация базального инсулина сверхдлительного действия (деглудек) и ультракороткого инсулина (аспарт), в соотношении 70% и 30% в одной инъекции, обеспечивающая контроль глюкозы крови как после приема пищи, так и в промежутках между ее приемами.

Также 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%-м 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.

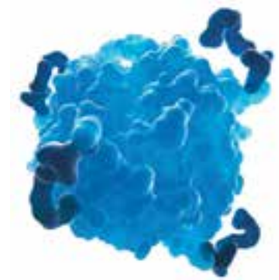
Препарат разрешен к применению у взрослых с диабетом 2-го типа в тех случаях, когда диета, изменение образа жизни и терапия метформином – самым распространенным препаратом для лечения сахарного диабета 2-го типа – не позволяют достичь целевого уровня глюкозы крови. Менее чем за два года Виктоза® стала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

Сейчас компания расширяет портфель агонистов рецептора ГПП-1 с целью обеспечения более широкого спектра вариантов лечения. Основные проекты включают аналог ГПП-1 для применения 1 раз в неделю, семаглутид, который продолжает изучаться в исследованиях 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.

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



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

Страх перед гипогликемией приводит к тому, что многие люди, страдающие диабетом, 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 поздних 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 двадцати пяти странах, где он быстро завоевал значительную долю рынка инсулинов длительного действия.

Обеспечить присутствие в области лечения ожирения

По данным ВОЗ, ожирение достигло масштабов пандемии: 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). В России 26% лиц старше 15 лет имеют избыточную массу тела. 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 одобрен для лечения ожирения в США и находится на рассмотрении в регуляторных органах.

Ссылки:

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 6th edn. Brussels, Belgium. International Diabetes Federation, 2014. 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.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции

На территории Ямало-Ненецкого автономного округа наблюдается напряженная эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции, здесь эпидемия отражает признаки генерализованного характера распространения с вовлечением в эпидпроцесс всех слоев населения. По состоянию на 1 января 2015 года в округе зарегистрировано 2411 человек ВИЧ-инфицированных. На долю трудоспособной категории жителей в возрасте от 20–49 лет приходится 89,5% от всех выявленных случаев ВИЧ

Главный врач ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД», кандидат медицинских наук, отличник санитарно-эпидемической службы, заслуженный врач Российской Федерации
Людмила Волова

Показатель заболеваемости по округу в 2014 году составил 28,06 на 100 тысяч населения, снижение заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом 2013 года на 14,45% (32,5 на 100 тысяч населения). За весь период эпидемии на территории Ямала умер 391 человек, из них в стадии СПИДа – 32 человека.

По данным на 1 января 2015 года, у 546 жителей других субъектов Российской Федерации была выявлена ВИЧ-инфекция на территории Ямала, из них трудовых мигрантов, работающих вахтово-экспедиционным методом, – 195 человек.

Положение дел

В эпидемический процесс распространения ВИЧ-инфекции на территории Ямало-Ненецкого автономного округа вовлечены все территории округа, включая самые труднодоступные, что свидетельствует о расширении распространения ареала ВИЧ-инфекции в округе. В 2000 году ВИЧ-инфекция впервые проникла в популяцию малочисленных народов Севера (КМНС) и продолжила свое распространение через образование локальных очагов (например в с. Ныда). Таким образом, распространенность ВИЧ-инфекции среди представителей КМНС, например на территории Надымского района, на 31 декабря 2014 года составляет 2207,60 человек на 100 тысяч населения (в 2013 году 1878,81 на 100 тысяч населения), в том числе в с. Ныда – 2946,42 (в 2013 году – 2580,64 на 100 тысяч населения), что в 4,2 раза и в 6,6 раза соответственно превышает показатель пораженности среди совокупного населения округа и превышает показатель самой пораженной территории Уральского федерального округа – Свердловской области (1664,0 на 100 тысяч населения).

Доминирующим путем передачи за весь период эпидемии ВИЧ в Ямало-Ненецком автономном округе на 1 января 2015 года, как и во всей России, является наркотический, который составляет 51,6% от всех случаев инфицирования, доля полового пути инфицирования составляет 47,28%. В 2014 году доля наркотического пути инфицирования снизилась и составила 26,97% при 27,84% в 2013 году, при этом доля женщин, заразившихся наркотическим путем, снизилась в 2 раза (2014 год – 1,86% против 3,73% в 2013 году).

Проблема ВИЧ-инфекции остается актуальной и для учреждений Федеральной системы исполнения наказаний, по данным которой в Ямало-Ненецком автономном округе в местах лишения свободы (п. Харп, г. Лабытнанги) на конец 2014 года отбывали сроки наказания 257 ВИЧ-инфицированных, из которых 27 человек являются жителями Ямало-Ненецкого автономного округа.

Эффективные мероприятия

Специалисты ГБУЗ «Ямало-Ненецкий окружной центр профилактики и борьбы со СПИД» (ГБУЗ ОЦ СПИД) считают, что единственный способ сдержать распространение эпидемии – профилактика. На сегодняшний день в Ямало-Ненецком автономном округе разработана и реализуется информационная стратегия по профилактике ВИЧ-инфекции.

Помимо первичной и вторичной профилактики, направленной на формирование навыков ответственного поведения у здорового населения, специалисты направляют свои усилия на третичную профилактику – работу с лицами, живущими в условиях ВИЧ-положительного статуса, где в большей степени реализуется медицинский компонент в области диагностики, диспансеризации и лечения.

Благодаря работе специалистов за последние пять лет процент охвата ВИЧ-инфицированных пациентов диспансерным наблюдением в округе составляет около 93%, что является высоким показателем, а также эффективной превентивной мерой, значимой для управления эпидемией ВИЧ-инфекции. Несмотря на длительность эпидемии, значительного роста числа зараженных в стадии СПИДа на территории округа не отмечается, что обусловлено эффективной диагностикой снижения иммунного статуса у ВИЧ-положительных пациентов, своевременным назначением антиретровирусной терапии и профилактикой оппортунистических заболеваний.

Увеличение скрининга позволило вовремя выявлять острые и бессимптомные формы ВИЧ-инфекции. По данным ГБУЗ ОЦ СПИД на 1 января 2015 года, все дети (346), рожденные на Ямале от ВИЧ-инфицированных матерей, получавших антиретровирусную терапию, родились здоровыми. В 2014 году зарегистрирован 1 случай заражения ВИЧ-инфекцией среди детей до 1 года (при грудном вскармливании) и 1 случай в возрастной группе 15–17 лет. За период наблюдения 95,6% родивших женщин получили все три этапа профилактики вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

С 2011 года сотрудниками ГБУЗ ОЦ СПИД организована межведомственная комиссия по ВИЧ-инфекции в Ямало-Ненецком автономном округе с целью эффективной реализации мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции.

Ярославская область

Качество жизни как показатель здоровья региона

Заместитель председателя правительства Ярославской области
Ростислав Даниленко

Можно ли сказать, что здравоохранение Ярославской области – одно из самых сильных в нашей стране?

За последние годы, благодаря направленности государственной политики на повышение эффективности здравоохранения, нам удалось сделать многое. Успешно реализована региональная Программа модернизации системы здравоохранения Ярославской области на 2011–2013 годы с общим объемом финансирования около 6,5 млрд рублей.

Выполнены работы по завершению строительства корпуса стационарных отделений ГУЗ «Некрасовская ЦРБ». Проведены капитальные ремонты в 33 медицинских организациях области. В лечебные учреждения поставлено более 9 тысяч единиц медицинского оборудования. Среди них: 5 магнитно-резонансных томографов, 5 компьютерных томографов, 66 единиц рентгенологического оборудования. Все крупные клиники области оснащены оборудованием экспертного и высокого класса.

В рамках внедрения современных информационных систем создан региональный сегмент единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Ярославской области.

В области широко развиваются современные методы диагностики и лечения. Это и открытие радионуклидной лаборатории на базе ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», организация централизованной клинико-диагностической лаборатории на базе ГАУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева», открытие отделения экстракорпорального оплодотворения в ГБУЗ ЯО «Областной перинатальный центр», развитие высокотехнологичной медицинской помощи.

Вместе с тем мы понимаем, что находимся еще в начале большого пути и впереди напряженная и ответственная работа по улучшению доступности и качества оказания медицинской помощи, отвечающей самым современным требованиям.

Сможет ли правительство области выполнить все финансовые обязательства перед здравоохранением?

Текущие расходы отрасли, в том числе на обеспечение населения области бесплатной медицинской помощью, с учетом проводимой оптимизации расходов, будут обеспечены финансированием в полном объеме.

Как выполняется «дорожная карта» по повышению заработной платы работникам?

В рамках выполнения указа Президента РФ от 07 мая 2012 года № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики» с 01 марта 2014 года увеличены базовые оклады врачам – на 20%, социальным работникам, среднему и младшему персоналу – на 10%. Кроме того, в целях повышения престижа профессии младшему медицинскому персоналу установлена ежемесячная доплата из расчета 2 тысячи рублей на человека.

В декабре 2014 года младшему медицинскому персоналу медицинских организаций области произведены единовременные выплаты.

Согласно официальным данным, размещенным 27 февраля 2015 года на сайте Федеральной службы государственной статистики, за 2014 год достигнуты показатели по средней заработной плате врачебного и среднего медицинского персонала. Показатель по младшему медицинскому персоналу соответствует допустимому отклонению 5% от среднегодового целевого размера оплаты труда, установленного Минфином РФ.

Удастся ли, на ваш взгляд, выполнить майские Указы Президента России, довести заработную плату врачей до 200% к средней по экономике?

Указы должны выполняться. В настоящее время мы активно работаем в этом направлении. С 2013 года проводится поэтапное повышение заработной платы работников здравоохранения. В соответствии с «дорожной картой» Ярославской области к 2017 году она должна составить 200% от средней заработной платы по экономике региона для врачей и 100% – для среднего и младшего медицинского персонала. С учетом проводимых мероприятий, в том числе оптимизации медицинских организаций области, планируется выполнить поставленные задачи.

В послании Президента России Федеральному собранию говорится, что в здравоохранении должны более широко внедряться страховые принципы. Каких перемен, по вашему мнению, стоит ждать в отрасли в ближайшие годы?

Да, действительно, в проекте Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на долгосрочный период особое внимание уделяется развитию страховых принципов модели ОМС и добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования, так называемого ОМС плюс.

ОМС плюс предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу ОМС или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС. Поэтапно это приведет к полному разделению платных и бесплатных медицинских услуг при оказании медицинской помощи.

Страховые медицинские организации будут обеспечивать безусловное выполнение обязательств медицинских организаций по оказанию медицинской помощи и выступать в качестве гаранта реализации прав застрахованного лица в рамках договоров дополнительного медицинского страхования (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг.

Программы добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования позволят не только привлечь в здравоохранение дополнительные финансовые средства, но и предоставить населению возможность выбора дополнительных медицинских услуг и уровня сервиса, не включенных в Программу государственных гарантий.

Уделяется ли должное внимание в Ярославской области пропаганде здорового образа жизни?

Деятельность, направленная на формирование здорового образа жизни, осуществляется в рамках межведомственного взаимодействия системы здравоохранения, образования, физической культуры и спорта, управления по социальной и демографической политике Ярославской области. Мероприятия по развитию медицинской профилактики и формированию здорового образа жизни включены в семь областных и ведомственных целевых программ.

Организацию деятельности в данном направлении на территории Ярославской области осуществляет координационный совет по демографической политике и формированию здорового образа жизни. Одна из основных задач которого – разработка системы мер по борьбе с поведенческими рисками: мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни, формирование у жителей области ответственности за собственное здоровье.

В регионе реализуются мероприятия, направленные на сохранение, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни, основная цель которых – увеличение продолжительности активной жизни населения Ярославской области, снижение уровня курения, факторов риска, связанных с питанием, повышение уровня физической активности населения.

В рамках проведения диспансеризации осуществляется выявление и профилактика основных хронических неинфекционных заболеваний у населения. В результате проводимых в последние годы профилактических мероприятий в области отмечается снижение показателей общей смертности населения, смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, туберкулеза.

Ярославское здравоохранение

Охрана здоровья граждан была и остается важнейшим приоритетом государственной политики на территории региона

Директор Департамента здравоохранения и фармации
Ярославской области
Михаил Осипов

За последние несколько лет в области наметилась отчетливая положительная тенденция к улучшению демографической ситуации: увеличилась рождаемость, снизился уровень общей смертности, в том числе населения трудоспособного возраста.

Продолжилось развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи, позволяющей при соблюдении принципов территориальности и профилактической направленности компенсировать неравномерность развития медицинского обеспечения.

На территории области развивается государственно-частное партнерство.

Самый яркий пример такого сотрудничества – взаимодействие с Ярославским диализным центром. Ежегодно потребность в проведении гемодиализа в области увеличивается на 40–50 человек. С введением в действие с конца 2013 года филиала Ярославского диализного центра потребность в данном виде помощи удовлетворена полностью.

С целью повышения эффективности работы лабораторного диагностического оборудования, качества проводимых исследований, повышения их доступности с августа 2014 года начала работу централизованная клинико-диагностическая лаборатория на базе одного из многопрофильных учреждений. На сегодняшний день в системе централизованной лабораторной службы участвуют 13 медицинских организаций. Более чем в 2 раза расширен спектр выполняемых исследований за счет средств ОМС, удалось добиться сокращения сроков выполнения лабораторных тестов с 2–3 часов до 30 минут, ликвидированы очереди.

Успешно развивается высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП). Развитие ВМП в сочетании с ежегодным увеличением регионального финансирования позволило в сравнительно короткий период времени существенно увеличить ее доступность. За последние пять лет объем оказанной ВМП по числу пролеченных больных увеличился в 9 раз (с 630 человек в 2009 году до 5499 в 2014 году). Объем средств, выделяемых на эти цели в 2014 году, составил 590 млн рублей.

С 2015 года планируется дальнейшее увеличение числа медицинских организаций Ярославской области, оказывающих ВМП, а также дальнейшее развитие ее профилей и видов.

Понимая необходимость комплексного подхода к решению проблемы снижения смертности, в регионе большое внимание уделяют развитию профилактического направления в здравоохранении. Продолжается начатое в 2010 году сотрудничество медицинских организаций с компанией «Новартис-Фарма» в рамках заключенного между правительством Ярославской области и данной компанией Меморандума о взаимопонимании.

Реализуется программа оптимизации работы кардиологической и терапевтической служб области, целью которой является разработка и внедрение комплексного решения проблемы высокой сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности от нее. Повышается качество лечения данной категории пациентов, в первую очередь больных артериальной гипертензией.

За последние 3 года удалось увеличить эффективность лечения пациентов с гипертонией практически в два раза с 17% в 2011 году до 41,7% в 2013 году, снизить смертность от инфаркта миокарда за 2014 год по сравнению с 2013 годом на 2,4%, от инсульта на 16,4 %.

Одно из направлений профилактики – диспансеризация населения. За 2 года в области диспансеризацию прошли 262 215 человек, и только 100 тысяч человек из числа осмотренных не имеют заболеваний или факторов риска развития заболеваний. Поэтому задачей медицинских организаций является эффективное диспансерное наблюдение пациентов с выявленными заболеваниями.

При этом важна не только профилактика, но и проведение реабилитационных мероприятий. В 2014 году открыты два реабилитационных отделения по профилю «травматология и ортопедия» на 15 коек и для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств на 20 коек.

В декабре 2014 года на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ярославской области «Областная клиническая онкологическая больница» открыто единственное в области отделение радионуклидной диагностики, оснащенное современным высокотехнологичным оборудованием. Техническое оснащение отделения осуществлялось за счет средств федерального и областного бюджетов на общую сумму около 70 млн рублей.

Государственно-частное партнерство. ООО «Ярославский диализный центр»

Открытие отделения значительно повысит уровень диагностических услуг населению и обеспечит расширение доступности данного вида помощи не только для жителей Ярославской области, но и соседних регионов.

Особое внимание уделяется укреплению материально-технической базы медицинских организаций.

За счет средств областного бюджета в 2014 году введен в эксплуатацию офис врача общей практики в с. Семеновское Первомайского муниципального района, открыт офис врача общей практики в с. Арефино, ФАП в пос. Назарово Рыбинского района, завершено строительство корпуса Гаврилов-Ямской ЦРБ.

Все проводимые мероприятия способствуют повышению доступности и качества медицинской помощи, сохранению и укреплению здоровья населения Ярославской области, улучшению демографических показателей.

Трехуровневая модель, оптимизация средств

Большое внимание в области уделяется оптимизации и эффективному использованию бюджетных средств.

За последние годы проведена реорганизация учреждений Ярославской области в форме присоединения маломощных медицинских организаций и осуществлен перевод части участковых больниц с неэффективно работающими койками во врачебные амбулатории и (или) ОВОП с дневными стационарами.

В целях повышения эффективности использования имеющихся ресурсов в здравоохранении проведена работа по оптимизации площадей в медицинских организациях для снижения затрат по их содержанию (особенно в сельских районах имеются значительные излишки неиспользуемых площадей), а также сокращению управленческого (немедицинского) персонала.

Выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях,

осуществляется за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилизации и реструктуризации коечного фонда, оптимизации показателей работы койки и др.).

В целях оптимизации и развития сети медицинских организаций в 2013–2014 годах созданы 3 автономных учреждения здравоохранения, реорганизованы путем слияния или присоединения 19 медицинских организаций.

В целом в области сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи. Сеть медицинских организаций Ярославской области сбалансирована и отвечает потребностям населения.

В регионе созданы межмуниципальные медицинские центры, что позволяет оказывать специализированную медицинскую помощь жителям муниципальных районов, удаленных от областного центра, вблизи от места их проживания. Утвержден порядок маршрутизации пациентов в межмуниципальные центры для оказания специализированной медицинской и специализированной первичной медико-санитарной помощи.

Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области с учетом утвержденных на 2014 год целевых индикаторов «дорожной карты» «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», совместно с медицинскими организациями области проведен анализ работы круглосуточного коечного фонда с целью сокращения неэффективно работающих коек.

По итогам индивидуальной работы с медицинскими организациями Ярославской области за 2014 год сокращен коечный фонд круглосуточных стационаров на 1114 койки, не обеспеченных государственным заданием (неработающие), что составляет 9% коечного фонда.

Ожидаемый экономический эффект от преобразования сети медицинских организаций Ярославской области, по предварительной оценке, составил 146,7 млн рублей.

С учетом проводимых в 2014 году мероприятий среднегодовая работа койки составила 310 дней в году, что соответствует целевому показателю «дорожной карты» (310), а средняя длительность лечения – 12,9 дней, что соответствует целевому показателю на 2014 год. В 2015 году целевой показатель среднегодовой работы койки – 331 день в году.

Вопросы эффективного использования коечного фонда медицинских организаций, обеспечения доступности оказания медицинской помощи населению находятся на контроле правительства Ярославской области.

Показатели заболеваемости и смертности

По предварительным данным, в 2014 году рождаемость сохранилась на уровне предыдущих лет и составила 11,9‰ на 1000 родившихся живыми (в 2013 году – 12,1‰, в 2012 – 11,9‰, 2011 – 11,2‰).

На протяжении последних лет в Ярославской области отмечается снижение показателя общей смертности населения с 17,2‰ в 2010 году до 15,5‰ в 2014 году, что чуть

Офис врача общей практики в с. Семеновское Первомайского муниципального района

Введенный в эксплуатацию корпус Гаврилов-Ямской центральной районной больницы

выше целевого показателя «дорожной карты» – 15,4‰.

В 2014 году отмечается снижение показателя смертности от болезней системы кровообращения на 19% по сравнению с аналогичным показателем за 2013 год (2013 год – 874,4 случая, 2014 год – 708,5 случая на 100 тысяч населения), что ниже целевого показателя «дорожной карты» (875,4 случая) на 19,1%.

В целях снижения смертности от болезней системы кровообращения на территории области реализуются мероприятия, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи больным данного профиля. Круглосуточно работают региональный и три первичных сосудистых центра. Их коечный фонд составляет 436 коек. В соответствии с разработанными маршрутами госпитализации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом обеспечен 100%-ный охват населения области медицинской помощью при данных заболеваниях.

В 2014 году (по сравнению с 2010 годом) удалось добиться снижения показателей смертности населения от острых и повторных инфарктов миокарда на 17%, острых нарушений мозгового кровообращения на 54%.

Смертность от новообразований составила 231,3 случая на 100 тысяч населения, что ниже целевого показателя «дорожной карты» на 2014 год (239,2 случая) на 3,3% и меньше на 9,6% показателя 2013 года.

Департаментом разработан план мероприятий, направленных на снижение смертности от онкологических заболеваний, в том числе укрепление материально-технической базы ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница» (строительство нового хирургического корпуса на 335 коек); дальнейшее расширение и оптимизация скрининговых программ; осуществление образовательной программы для врачей области с участием специалистов ведущих профильных клиник России; сохранение и развитие кадрового потенциала, повышение профессионального уровня, оптимизация численности врачей-специалистов; работа со средствами массовой информации по раннему выявлению онкопатологии.

Смертность от дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП) составила 20,7% – 263 человека на 100 тысяч населения, что ниже аналогичного показателя за 2013 год на 0,5% (20,8% – 265 человек на 100 тысяч населения), но превышает целевой показатель «дорожной карты» 2014 года на 16,9%. Погибло на месте по причине травм, несовместимых с жизнью, 77,8% от общего числа погибших.

В целях снижения смертности от ДТП в Ярославской области в 2014 году дооснащены четыре существующих травмоцентра и организованы два дополнительных (Рыбинск, Углич) на общую сумму 333,5 млн рублей за счет средств областного и федерального бюджетов.

Смертность от туберкулеза в Ярославской области в течение последних лет в 1,8–2,3 раза ниже средних показателей по Российской Федерации (предварительные данные по Российской Федерации за 2013 год – 11,4 случая на 100 тысяч населения). За 2014 год смертность от туберкулеза составила 6,2 случая на 100 тысяч населения, что ниже целевого показателя «дорожной карты» 2014 года (6,3 случая на 100 тысяч населения) и аналогичного показателя 2013 года (6,9 случая на 100 тысяч населения).

Департаментом разработан и реализуется план мероприятий, направленных на снижение смертности от туберкулеза, в том числе осуществляется работа по оптимизации системы раннего выявления больных туберкулезом; разработан и утвержден порядок работы в очагах туберкулезной инфекции, предусматривающий расширение границ обследования очага и увеличение круга обследуемых контактных лиц; проводятся мероприятия по снижению риска распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью как наиболее опасной формы заболевания.

Показатель младенческой смертности составил 5,5 случая на 1000 родившихся живыми, что ниже аналогичного периода 2013 года на 29,5% (7,8‰ на 1000 родившихся) и целевого индикатора «дорожной карты» на 26,7% (7,5‰ на 1000 родившихся).

В области разработан и реализуется план мероприятий по снижению младенческой смертности: утвержден порядок оказания акушерско-гинекологической и неонатальной медицинской помощи с определением маршрутизации пациентов в зависимости от уровней оказания помощи, внедрен мониторинг беременных, организована работа выездной неонатальной реанимационно-консультативной бригады государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр», внедрена система пренатального скрининга первого триместра беременности по выявлению врожденных пороков развития плода.

В 2014 году зарегистрировано снижение общей заболеваемости по обращаемости на 4,4% по сравнению с 2013 годом (1389 случаев в 2014 году, 1453,2 случая – в 2013 году). За последние три года общая заболеваемость снизилась на 8,5%.

Первичная заболеваемость по обращаемости всего населения, по предварительным данным, также снизилась на 1% по сравнению с 2013 годом (2014 – 839,5 случая на 1000 населения, в 2013 году – 846,2 случая на 1000 населения).

Показатели общей заболеваемости и первичной заболеваемости по своему уровню приблизились к российским показателям (РФ 2013 год: общая заболеваемость – 1612,4 случая, первичная заболеваемость – 800,3 случая на 1000 населения).

Ведущее место, как и в прежние годы, в структуре общей заболеваемости занимают болезни органов дыхания, далее следуют болезни системы кровообращения. На третьем месте болезни костно-мышечной системы, на четвертом месте болезни глаза.

В структуре первичной заболеваемости самыми распространенными являются болезни органов дыхания, травмы, отравления и другие последствия внешних причин. На третьем месте болезни мочеполовой системы, на четвертом – болезни кожи и подкожно-жировой клетчатки, на пятом – болезни глаза.

Дальнейшая работа будет направлена на снижение заболеваемости путем проведения первичной профилактики, активной работы центров здоровья, пропаганды здорового образа жизни.

Что показывает кадровый регистр, каких специалистов не хватает?

Одной из актуальных проблем в настоящее время остается кадровый дефицит специалистов в медицинских организациях всех уровней. Потребность в медицинских кадрах в целом по области по состоянию на 1 января 2015 года составляет 534 врача, 597 средних медицинских работников.

Возрастная структура врачебных кадров свидетельствует о значительной доле лиц пенсионного и предпенсионного возраста: количество врачей старше 50 лет составляет более 35%, пенсионеры по выслуге лет или по возрасту – более 25%, в медицинских организациях некоторых муниципальных округов 50% врачей – пенсионеры по выслуге лет или возрасту. При выходе на пенсию медицинских работников возникают вакансии, которые не восполняются приходом молодых специалистов. Это стало на сегодняшний день одной из важнейших причин прогрессирующего снижения укомплектованности кадрами.

Проблема обеспечения учреждений медицинскими кадрами усугубляется наличием в области частных медицинских организаций, в которые происходит отток специалистов. Также отмечается убыль за счет переезда в другие регионы, где уровень заработной платы выше.

За 2012–2014 годы убыло в Москву: 16 врачей, из них 8 терапевтов, 2 травматолога-ортопеда, невролог, анестезиолог-реаниматолог, детский хирург, врач скорой помощи, эндоскопист, стоматолог; 29 средних медицинских работников.

Основной отток медицинских кадров произошел за 2008–2010 годы, в этот период здравоохранение Ярославской области потеряло более 50 высококвалифицированных врачей и более 70 средних медицинских работников, в основном из г. Переславля и Переславского района и г. Ярославля из-за значительной разницы в оплате труда.

Для закрепления и снижения дефицита медицинских кадров департаментом совместно с руководителями медицинских организаций и органами местного самоуправления области предпринят ряд мер по сохранению и развитию кадрового потенциала, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава.

Проблема укомплектования медицинских организаций, расположенных в сельской местности, решается путем установления работникам здравоохранения дополнительных мер социальной поддержки.

В целях преодоления кадрового дефицита и текучести кадров разработана и успешно реализуется целевая программа «Улучшение кадрового обеспечения медицинских организаций Ярославской области на 2013–2017 годы». В 2013 году в рамках программы приобретено 25 квартир, в 2014 году 13 квартир. В настоящее время 17 специалистов уже заселены в новое жилье.

За 2012–2013 годы заключено 56 договоров с молодыми специалистами, прибывшими на работу в сельскую местность и рабочие поселки, на предоставление им единовременной компенсационной выплаты в размере 1 млн рублей. Это позволило практически полностью укомплектовать Ярославскую, Некрасовскую, Любимскую центральные районные больницы. В 2014 году заключено 25 таких договоров.

Установлены доплаты стимулирующего характера врачам-специалистам и среднему медицинскому персоналу. На эти цели программой, за счет средств бюджета Ярославской области, предусмотрено ежегодно более 100 млн рублей.

Реализация мероприятий программы позволила существенно улучшить кадровое обеспечение медицинских организаций, привлечь активную молодежь к решению проблемы дефицита кадров. За 2013–2014 годы привлечено 684 врача, 1027 средних медицинских работников.

Планы на перспективу

В 2015 году планируется проведение мероприятий, направленных на достижение показателей, содержащихся в Указах Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (в части роста средней заработной платы медицинских работников) и от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (в части снижения показателей смертности по основным классам причин смерти).

Продолжатся мероприятия по укреплению материально-технической базы медицинских организаций, повышению их технической оснащенности. Стратегически важным направлением остается укрепление кадрового потенциала здравоохранения, повышение профессионального уровня специалистов.

Необходимо обеспечить развитие сельского здравоохранения за счет дальнейшего внедрения выездных форм работы и службы неотложной медицинской помощи (мобильные медицинские комплексы (мобильный ФАП), детский медицинский мобильный комплекс).

Важными направлениями работы остаются формирование здорового образа жизни среди населения, профилактика потребления наркотических веществ, ПАВ, табака, совершенствование системы диспансеризации и профилактических осмотров населения, вакцинопрофилактика.

Конечно, необходимо продолжить внедрение информационных технологий в деятельность медицинских организаций.

ОМС глазами страховщиков

Роль страховой медицинской организации в управлении качеством и доступностью медицинской помощи

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ярославской области
Эдуард Погосов

Эдуард Станиславович, как вы считаете, модель одноканального финансирования уже приобрела законченный вид?

Переход на одноканальное финансирование с оплатой медицинской помощи по полному тарифу осуществляется в Ярославской области с 2011 года. Был разработан план поэтапного перехода: в 2011 году – 16 медицинских организаций; в 2012 году – остальные учреждения.

В 2012–2013 годах одноканальное финансирование осуществлялось в соответствии с законодательством за счет Территориального фонда ОМС. В Территориальном фонде оно формировалось из средств обязательного медицинского страхования и областного бюджета.

Расходы на содержание медицинских организаций с 2014 года финансируются только из средств обязательного медицинского страхования. В условиях полного тарифа за счет средств ОМС покрываются все статьи расходов ЛПУ, связанные с оказанием медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

На территории области действуют единые тарифы, включающие в себя расходы на содержание учреждений, за исключением расходов на приобретение оборудования свыше 100 тысяч рублей, расходов на капитальный ремонт и проектно-сметную документацию.

Как оценивают функционирование новой системы специалисты ТФОМС, страховых компаний, лечебных учреждений? Поступают ли в фонд предложения по ее улучшению?

Руководители медицинских организаций и специалисты фонда положительно оценивают переход на новую схему финансирования. Это фактически заключительный этап реформы здравоохранения, направленной на повышение качества и доступности медицинской помощи, новые возможности, мощный инструмент реформирования сети медицинских учреждений.

Одно из основных преимуществ – консолидация средств, которые раньше шли из разных источников, повысилась их управляемость. Кроме того, возросла мотивация к качественному оказанию медицинской помощи при постоянно возрастающей конкуренции между государственными медицинскими организациями и организациями с частной формой собственности, увеличилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи, упростился бухгалтерский учет.

Насколько сбалансирована сегодня территориальная программа по расходам и доходам?

Территориальная программа обязательного медицинского страхования на 2015 год сбалансирована по доходам и расходам, а также по всем направлениям. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи соответствуют установленным федеральным нормативам, так же как и нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания.

С 2014 года значительная часть высокотехнологичной медицинской помощи передана в зону ответственности ОМС. Что показывает анализ: сократились ли ее объемы в Ярославской области?

С 1 января 2014 года за счет средств ОМС финансируется часть видов медицинской помощи с применением высоких технологий. Из переведенных 459 видов ВМП в систему обязательного медицинского страхования 22 оказываются на территории Ярославской области, в том числе: стентирование коронарных артерий при ишемической болезни сердца, эндопротезирование тазобедренных суставов, некоторые терапевтические виды ВМП.

За счет средств ОМС дополнительно оказана высокотехнологичная медицинская помощь 1714 пациентам. В настоящее время доступность ее получения повышается.

У медицинских организаций Ярославской области имеется реальная возможность внедрять в практику здравоохранения новые методы и виды ВМП.

Эдуард Станиславович, близость региона к Москве – огромное благо, но в то же время это не может не порождать и определенные проблемы. Например, жители области могут поехать лечиться в городские и федеральные клиники столицы. А оплату за их лечение потом производит ТФОМС…

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ярославской области осуществляет расчеты с медицинскими организациями Ярославской области за медицинскую помощь, оказанную иногородним застрахованным лицам, и выступает гарантом оплаты медицинских услуг, оказанных гражданам Ярославской области вне территории страхования.

Порядок осуществления расчетов за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (межтерриториальные расчеты), определен Правилами обязательного медицинского страхования.

Необходимо подчеркнуть, что объем средств, направленных Территориальным фондом ОМС Ярославской области, в том числе в Москву, составляет не более 3% от финансовых средств, направленных в медицинские организации области.

На ваш взгляд, насколько реальны сегодня такие критерии, как доступность и качество медицинской помощи, в условиях, когда большое внимание уделяется эффективности работы лечебных учреждений?

В последнее время все больше внимания уделяется эффективности здравоохранения. Постоянный рост затрат на содержание отрасли вызывает необходимость оценить результативность ее функционирования. Иначе говоря, найти пути достижения максимального эффекта при минимальных затратах. Прямой экономический эффект обусловлен улучшением методики или организации того или иного мероприятия, ведущим к его удешевлению. Например: внедрение новых форм организации труда медицинских работников и оказания медицинской помощи (отделение сестринского ухода, стационар одного дня, стационар на дому, дневной стационар) ведет к экономии коечного фонда. Применение более прогрессивных методов диагностики и лечения позволяет снизить стоимость лечения больного и стоимость одного койко-дня.

Повышение уровня качества и доступности медицинской помощи обеспечивается разработкой, освоением в производстве и внедрением в практику новых видов медицинской техники, инструментов, оборудования; более современных способов и средств профилактики, диагностики и лечения, улучшением санитарно-гигиенического воспитания населения и пропаганды здорового образа жизни. Совершенствуется и профессиональный уровень специалистов, работающих в отрасли.

Только такой системный подход будет способствовать оптимальному решению задач полного удовлетворения потребности общества в высококвалифицированной медицинской помощи на современном уровне.

Как добиться, чтобы здравоохранение в полной мере могло обеспечить гарантированную бесплатную медицинскую помощь?

Для решения данного вопроса необходимо рассматривать здравоохранение как открытую систему, деятельность которой зависит не только от внутренних факторов, но и от внешнего окружения, и в этих условиях необходимо отчетливо видеть связь между социально-экономическими процессами в обществе и системой охраны здоровья населения в целом.

Для полноценного, гарантированного обеспечения бесплатной медицинской помощью необходимо проведение реформирования здравоохранения как процесса, подчиненного общим законам развития систем и в то же время обладающего определенными особенностями, связанными со спецификой здравоохранения. Исходя из этого, основными путями развития отрасли можно считать: сохранение и развитие важнейших элементов системы здравоохранения; развитие обязательного медицинского страхования; развитие системы управления качеством в здравоохранении.

Что показывает анализ жалоб застрахованных в системе ОМС?

Как правило, заявителей не устраивает не столько качество лечения, сколько организация работы медицинских учреждений. Сильнейшим раздражающим фактором являются, например, очереди в ряде поликлиник на прием к терапевтам и узким специалистам.

Еще одна проблема: до сих пор не все лечебные учреждения оборудованы специальными пандусами, и для лиц с ограниченными возможностями доступ в них затруднен.

По мнению респондентов, в большинстве медицинских организаций остаются по-прежнему малодоступными некоторые виды лабораторных и диагностических исследований. Получить их можно только в виде платной услуги.

На наш взгляд, ситуация могла быть значительно лучше, если бы все главные врачи медицинских организаций постоянно анализировали результаты деятельности своего учреждения и оперативно принимали правильные управленческие решения.

Работают ли частные клиники в системе обязательного медицинского страхования Ярославской области?

Для целей обязательного медицинского страхования области в соответствии с действующим законодательством Территориальным фондом обязательного медицинского страхования ежегодно формируется и актуализируется реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС. Законодательством предусмотрено включение в реестр медицинских организаций любой организационно-правовой формы.

На сегодняшний день в системе ОМС региона работают 17 медицинских организаций частной формы собственности.

Объем медицинской помощи, оказываемый частными клиниками в рамках программы ОМС, составляет не более 0,5% от общего объема медицинских услуг, оказываемых всеми медицинскими организациями.

С перечнем частных клиник и видов медицинской помощи, оказываемых бесплатно в рамках программы ОМС, можно ознакомиться на официальном сайте ТФОМС Ярославской области.

Как выполняется «дорожная карта» по повышению заработной платы ярославских медиков?

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 65 от 26 марта 2013 года фонд ежемесячно осуществляет сбор, обработку и анализ отчетности о заработной плате работников медицинских организаций.

Согласно данным отчетности, среднемесячная заработная плата в государственных и ведомственных учреждениях, работающих в системе ОМС, в 2014 году составила: врачи и иные работники, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее профессиональное образование, предоставляющие медицинские услуги, – 34,32 тысячи рублей при плановом показателе 33,0 тысячи рублей; средний медицинский (фармацевтический) персонал – 20,15 тысячи рублей при плановом показателе 19,24 тысячи рублей; младший персонал – 11,51 тысячи рублей при плановом показателе 12,88 тысячи рублей.

Следует отметить, что прирост размера средней заработной платы младшего персонала по сравнению с 2013 годом составил 28,3%.

При расчете плановых показателей использовались предварительные данные о средней заработной плате в субъекте в размере 25,25 тысячи рублей.

На ваш взгляд, какие задачи стоят перед участниками системы ОМС в 2015 году?

Деятельность участников обязательного медицинского страхования Ярославской области в 2015 году должна быть ориентирована на решение следующих задач:

- обеспечение реализации норм, установленных Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- реализация мероприятий, направленных на дальнейшее развитие системы управления качеством медицинской помощи;
- внедрение комплексных автоматизированных информационных систем;
- интеграция с региональными медицинскими системами в целях реализации концепции единого информационного пространства в системе ОМС на территории Ярославской области по обеспечению информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, прикрепления населения с учетом реализации права граждан на выбор медицинской организации;
- реализация мероприятий, направленных на дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования, предусматривающих повышение ответственности субъектов и участников обязательного медицинского страхования, в том числе усиление контроля за деятельностью страховых медицинских организаций в части проведения повторных медико-экономических экспертиз, экспертиз качества медицинской помощи (реэкспертизы);
- обеспечение оказания высокотехнологической медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Ярославской области, за счет средств обязательного медицинского страхования;
- увеличение объемов высокотехнологической медицинской помощи гражданам, регламентированных в Послании Президента Российской Федерации;
- внедрение в систему обязательного медицинского страхования Ярославской области формы индивидуального информирования застрахованных лиц с перечнем оказанных медицинских услуг и их стоимости, содержащихся в Поручении Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 года № Пр-1788.

150054, г. Ярославль, ул. Чкалова, д. 2
Тел./факс: (4852) 32-11-57
Сайт: http://tfoms.yar.ru

Доступные технологии

Ярославская областная клиническая больница – крупнейший в регионе лечебно-диагностический, научный и учебный центр

Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая больница», заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук
Олег Белокопытов

История учреждения уходит корнями в 70–80 годы XVIII века. ЯОКБ – преемница лечебных учреждений, которые на протяжении более чем двух столетий подавали исцеление жителям Ярославской области.

В 1912 году на пожертвование вдовы купца Голодухина – Ю.Г. Голодухиной – началось проектирование, а затем строительство «старого» корпуса больницы. Открыли больницу уже при советской власти в 1927 году. В результате реформы здравоохранения в 1948 году на основании приказа облздравотдела была организована Ярославская областная клиническая больница с 4 отделениями общей численностью 300 коек.

В марте 1984 года завершилось строительство главного корпуса ЯОКБ на 1000 коек. На два года раньше начала функционировать консультативная поликлиника на 480 посещений в смену.

В настоящее время ЯОКБ – это крупнейшее в области многопрофильное высокоспециализированное лечебное учреждение, оказывающее специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Стационар насчитывает 25 профильных клинических отделений, где за год проходят лечение более 25 тысяч пациентов. Выполняется более 13 тысяч операций, из них около двух с половиной тысяч высокотехнологичных.

В консультативной поликлинике ведут прием по 25 специальностям на 64 врачебных приемах. За 2014 год число обращений составило 170 633. Хорошее оснащение диагностическим оборудованием позволяет проводить все необходимые исследования.

Кроме поликлиники, имеется современный диагностический центр, оказывающий специализированную помощь с использованием лучевых методов.

Благодаря Программе модернизации здравоохранения, целевой программе «Совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» лечебное учреждение значительно улучшило свое материально-техническое состояние.

На базе областной клинической больницы развернуты 12 кафедр Ярославского государственного медицинского университета (ЯГМУ), в основном последипломного образования. Это самый крупный учебный центр в Ярославской области.

Коллектив лечебного учреждения достаточно молодой. Средний возраст врачей – 45 лет, 86% имеют первую и высшую квалификационные категории; 41 врач защитил кандидатскую диссертацию, 4 – докторскую. Не побоюсь сказать, что коллектив больницы и сотрудники ЯГМУ – это одна «семья».

Областная клиническая больница постоянно развивается, быстро откликается на новые веяния времени. Реструктуризируется коечный фонд, который к 2015 году насчитывает 897 коек. Но самое главное – нам удается сохранять коллектив, не было ни одного сокращения, связанного с уменьшением коечного фонда.

В 2007 году открыто отделение кардиохирургии на 30 коек. За счет средств областного бюджета была оказана поддержка в вопросах финансового обеспечения этого нового направления ярославского здравоохранения. Мы пригласили на работу молодого, талантливого кардиохирурга из Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина. Благодаря помощи руководства области был решен вопрос по обеспечению его жильем.

Региональный сосудистый центр. Б.Г. Алекян с сотрудниками центра

В настоящее время мы достигли, я считаю, хороших результатов: выполняем более 200 операций АКШ, причем 75,1% – на работающем сердце – врожденные и приобретенные пороки сердца. Успешно выполняем операции по имплантации биологических протезов клапанов сердца. Данные операции более сложны технически, но для определенной категории пациентов имеют преимущества.

В отделении хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца, помимо имплантации электрокардиостимуляторов, в 2014 году до 115 возросло количество радиочастотных абляций.

Хирурги сосудистого отделения в прошедшем году значительно увеличили объем реконструктивных операций на ветвях дуги аорты – до 425 вмешательств. Количество операций могло быть и больше, но мы ограничены квотами.

Необходимые акценты

В больнице уже пять лет работает Региональный сосудистый центр. Он является координирующим головным центром в регионе, оказывающим медицинскую помощь больным с сосудистой патологией по единому стандарту, основанному на системном, мультидисциплинарном подходе, включающем координацию всех служб лечебно-профилактических учреждений региона и специалистов. В это подразделение входят:

- неврологическое отделение для больных с ОНМК по ишемическому типу на 60 коек, в том числе 12 коек – блока интенсивной терапии;
- нейрохирургическое отделение на 30 коек для больных геморрагическим инсультом;
- отделение кардиологии на 62 койки, в том числе 12 коек – БИТ для больных с ОКС;
- отделение кардиохирургии на 30 коек;
- отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения;
- кабинеты КТ и УЗИ, работающие круглосуточно;
- мультидисциплинарная бригада.

Необходимо отметить важную роль Регионального сосудистого центра ЯОКБ и первичных центров в Ярославле, Угличе, Рыбинске в снижении показателей общей сердечно-сосудистой смертности в регионе. Своевременная госпитализация и широкое внедрение реперфузионных методов лечения сосудистых катастроф позволили снизить показатели летальности в отделениях неотложной кардиологии до 9,4%, неотложной неврологии от инфаркта мозга до 18,4%.

Подводя итоги работы, можно констатировать снижение показателей:

- сердечно-сосудистой смертности с 918,3 до 880,5 случаев на 100 000 населения;
- удельного веса сердечно-сосудистой смертности в структуре общей смертности с 59 до 55,5%;
- количества зарегистрированных инфарктов миокарда с 2555 до 2313 случаев;
- смертности от инсультов со 164 до 137,5 случаев на 100 000 населения;
- смертности от инфарктов с 54 до 49 случаев на 100 000 населения.

Региональный сосудистый центр. Посещение министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой

Мастер-класс проводят коллеги из США

Правильные решения

С 2011 года в Ярославской области реализуется проект по лечению артериальной гипертонии, основанный на сотрудничестве ведущих специалистов региональной системы здравоохранения и представителей фармацевтической индустрии «Новартис Фарма». Ключевой целью проекта является комплексное решение проблемы региона, связанной с высокой сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью, ухудшением прогноза жизни пациентов с артери-

Слева направо: О.П. Белокопытов, И.Н. Каграманян, Л.А. Бокерия

Оперируют Л.А. Бокерия, врачи ЯОКБ

Нейрохирургическая операция

альной гипертонией. Благодаря проекту удалось достигнуть ощутимого повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией.

Сотрудничество

Областная клиническая больница работает в тесном сотрудничестве с ведущими федеральными центрами, особенно с ФГБНЦ «НЦССХ им. А. Н. Бакулева», и не случайно, что, когда было открыто отделение кардиохирургии, первые операции выполнил Лео Антонович Бокерия.

Нам оказывают методическую и практическую помощь ФГБУ РКНПК Минздрава России, ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», НМХЦ им. Н.И. Пирогова.

Мы поддерживаем тесные контакты и с зарубежными клиниками, такими как Университетская клиника Людвиг Максимилианс университета, г. Мюнхен, Германия, госпиталь Klinik Im Park, г. Цюрих, Швейцария. В них сотрудники ЯОКБ проходят стажировки, ведущие специалисты клиник приезжают к нам делиться опытом.

Сегодня и завтра

Не останавливаясь на достигнутом, живем реализацией планов по дальнейшему развитию учреждения. Вопросы оптимизации работы находятся под постоянным пристальным вниманием. Несмотря на сокращение коечного фонда (с 935 до 915), мы оказали помощь 25 334 больным. Это самое большое количество пролеченных пациентов за все годы работы больницы. Койка в стационаре работала 342 дня, средняя длительность пребывания больного на койке сократилась до 12,54 дня по всем видам помощи, в том числе и ВМП. Оборот вырос до 27,4 дня, простой койки сократился до 0,8 дня. Интенсивность работы персонала растет с каждым годом. В больнице выполнено 13 276 операций, более половины IV и V категорий сложности.

Постоянно растет количество малоинвазивных вмешательств – более 50% от общего числа, внедрены новые виды операций в урологии, ЛОР-отделении, глазной практике. При увеличении объемов операций снизились послеоперационные осложнения до 2,2%, летальность до 1,9%.

Больница, а следовательно, и наш коллектив постоянно находится в поступательном позитивном движении, обеспечивает качественной и доступной помощью население региона.

В планах на будущее – сохранить коллектив специалистов и обеспечить их движение вперед в плане профессионального роста и материального благополучия.

150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, д. 7
Тел.: (4852) 58-23-01 • Факс: (4852) 24-16-52
E-mail: okb@okb.yar.ru • Сайт: yrh.yar.ru

Инновации в онкологии

Ярославская областная клиническая онкологическая больница является ведущим учреждением здравоохранения, оказывающим высококвалифицированную специализированную онкопомощь

Автор: Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая онкологическая больница», кандидат медицинских наук
Николай Ахапкин

Соавторы: Врачи-онкологи ЯОКОБ
Александр Васин, Алексей Дыленок

Врач-эндоскопист ЯОКОБ
Роман Куваев

В России к концу 2013 года на учете у онкологов состояло 3 098 855 пациентов. В структуре заболеваемости преобладали больные раком молочной железы, кожи, ободочной кишки, шейки и тела матки, бронхов и легких.

В Ярославской области в течение последних 5 лет регистрируется высокий уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями. В 2012 году по уровню заболеваемости онкологической патологией регион оказался на первом месте среди всех субъектов Российской Федерации. В 2013 году переместился на третье место.

Контингент пациентов, зарегистрированных в канцер-регистре Ярославской области, в 2012 году составил 31 400 человек, в 2013 году – 33 197 человек, в 2014 году – 34 453 человека. Ежегодный прирост составляет 5,72%. Стандартизированный показатель заболеваемости в 2012 году – 263,87 случая, в 2013 году – 253,2 случая на 100 тысяч населения. Ежегодно выявляется около 6000 больных со злокачественными новообразованиями (в 2013 году – 5944 пациента, в 2014 году – 6139 пациентов).

В РФ смертность от онкологической патологии в 2013 году зарегистрирована на уровне 201,13 случая на 100 тысяч населения. В Ярославской области она составила 259 случаев на 100 тысяч населения (третье место среди регионов Центрального федерального округа), в 2014 году – 232 случая на 100 тысяч населения.

Комплексный подход

В Ярославской области развитие онкологической помощи осуществляется с позиций системного подхода.

Оценка и анализ показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО), смертности от них определяют приоритетность развития и совершенствования онкологической помощи населению региона. Среди первоочередных направлений можно выделить:

I. Мероприятия по раннему выявлению ЗНО:
- Обучение медицинского персонала по внедрению современных технологий в диагностике злокачественных новообразований для медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в том числе медицинских работников ФАП и смотровых кабинетов.
- Разработана маршрутизация пациентов на уточняющую диагностику и последующее лечение.

II. Мероприятия по совершенствованию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению:
- Обучение персонала медицинских учреждений, оказывающих специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь по внедрению современных технологий лечения злокачественных новообразований.
- Оснащение клиники современным диагностическим и лечебным оборудованием.
- Научно-практическая деятельность подразделений и сотрудников, направленная на улучшение медицинской помощи населению.
- Внедрение современных, в том числе высокотехнологичных методов лечения.
- Мониторинг результатов лечения пациентов, в том числе пролеченных по методикам высокотехнологичной медицинской помощи.

III. Анализ медицинской и экономической эффективности деятельности онкологической службы области.

IV. Информирование населения о внедряемых технологиях диагностики и лечения онкологических заболеваний и позитивных результатах лечения этой патологии.

Повышение квалификации и международное сотрудничество

Ярославская областная клиническая онкологическая больница является базой кафедры онкологии с гематологией Ярославского государственного медицинского университета и Института последипломного образования ЯГМУ. Сотрудники кафедр участвуют в лечебно-диагностической работе и проводят традиционные формы обучения персонала, такие как специализация, повышение квалификации по специальности «онкология».

На базе онкологической больницы дважды в год проводятся ставшие традиционными масштабные международные конференции с трансляциями высокотехнологичных операций и диагностических процедур, в которых принимают участие эксперты из Японии, Италии, Франции, Бельгии.

Учреждением установлены прочные связи с ведущими клиниками Европы. Врачи больницы прошли длительные стажировки в медицинских центрах Италии, Франции, Германии. Налажено тесное и плодотворное сотрудничество с медицинским университетом г. Канадзавы (Япония), где за последние 5 лет в университетской клинике прошли обучение более 10 врачей.

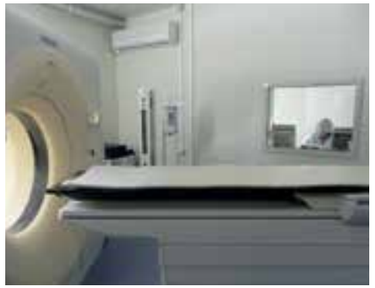
Благодаря достигнутым договоренностям в рамках международного партнерства врачи и медицинские сестры получили возможность обмениваться опытом с восточными и западными коллегами и повышать квалификацию по вопросам ранней диагностики и малоинвазивным методам лечения злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Совместно с ЯГМУ организован тренинг-центр, где для специалистов не только из Ярославской области, но и других регионов России проводятся практические семинары по освоению методик лечения ранних форм онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта под руководством зарубежных коллег с использованием тренажеров и органов-моделей (свиные желудки).

Для специалистов терапевтического профиля областная клиническая онкологиче-

Выполнение 3D-конформной лучевой терапии на линейном ускорителе

Отделение оперативной и диагностической эндоскопии



Мультиспиральный компьютерный томограф, синхронизированный с линейным ускорителем электронов

ская больница организует проведение регулярных межрегиональных конференций под руководством ведущих экспертов страны по современному лекарственному лечению злокачественных новообразований.

Внедрение организационных технологий

В целях повышения качества и доступности оказания медицинской помощи в областной клинической онкологической больнице широко используются возможности Интернета и инфоматов. В поликлинике установлено новое оборудование для записи на консультативный прием, диагностические исследования.

Кроме того, создаются автоматизированные рабочие места во всех подразделениях и службах для получения оперативной информации для диагностики и лечения пациента.

Создан маммологический центр для обследования и лечения больных с патологией молочных желез, что обеспечивает комплексное лечение и наблюдение. Для оптимизации процесса лечения пациенток организованы дневной и круглосуточный стационары. При проведении маммографического скрининга применяются цифровые технологии – по всей Ярославской области организована сеть маммографов, связанных через Интернет с головной клиникой. Полученная при маммографии информация обрабатывается системой дигитайзеров и в электронном виде отправляется к врачу-рентгенологу ЯОКОБ для консультации.

Благодаря оптимизации структуры коечного фонда и увеличению пропускной способности операционного блока удалось ликвидировать очередь на профильные койки. В настоящее время очереди на госпитализацию во все подразделения клиники соответствуют срокам, установленным территориальной программой государственных гарантий.

Отработана маршрутизация онкологических пациентов в области и внутри учреждения, включая амбулаторный этап, диагностические исследования, стационарное лечение, диспансерное наблюдение (с 2009 года в Ярославской области реализуется принцип этапности обследования и лечения онкологических пациентов от фельдшерско-акушерских пунктов до федеральных клиник). Данная концепция закреплена приказом Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области.

Техническая оснащенность

За период реализации программы «Онкология» и Программы модернизации системы здравоохранения Ярославской области онкологическая больница получила в свой арсенал мультиспиральный компьютерный томограф, синхронизированный с линейным ускорителем электронов, магнитно-резонансный томограф мощностью 1,5 Тл, аппарат ОФЭТ-КТ, полное оснащение отделения радионуклидной диагностики, пять аппаратов УЗИ экспертного класса.

Операционный блок клиники реконструирован и расширен, дополнительно оборудован двумя ультразвуковыми скальпелями, аппаратом высокочастотной термоабляции, высокоэнергетическими элекрохирургическими блоками, лапароскопическим оборудованием для выполнения операций на органах брюшной полости и малого таза. Произведено дооснащение отделения диагностической и оперативной эндоскопии. Современная гистологическая лаборатория позволяет выполнять полный спектр морфологических исследований. В отделении анестезиологии и реанимации установлены новейшая дыхательная и наркозная аппаратура, аппараты слежения.

В настоящее время ЯОКОБ располагает 3 компьютерными томографами, ЯМРТ на 1,5 Тл, 33 видеоэндоскопами с технологией узкоспектральной и увеличительной эндоскопии. Таким образом, учреждение оснащено в полном объеме всем необходимым оборудованием для оказания специализированной и высокотехнологичной помощи онкологическим больным.

Научно-практическая деятельность

Квалификация сотрудников, работающих в ЯОКОБ, очень высокая. Среди специалистов 15 врачей имеют ученые степени, 2 – доктора медицинских наук. Все диссертационные работы выполнены на материале клиники. Сфера научно-практической деятельности постоянно расширяется, каждый 5-й врач стационара проводит научные исследования и принимает участие с докладами в национальных и международных конференциях, симпозиумах, съездах.

Лидером научных изысканий является отделение оперативной и диагностической эндоскопии, исследующее автоматизированные системы поддержки принятия решений (computer-aideddecisionsupportsystems – CADSSs) – компьютерные системы, позволяющие выявлять и классифициро-

Совместная работа специалистов клиники в рамках ежегодных симпозиумов по ранней диагностике и лечению онкологической патологии

Международная конференция 2014 года с «живой» демонстрацией диагностических и лечебных высокотехнологичных вмешательств

Обучающий курс под руководством профессора Т. Ито (Япония)

вать патологические состояния и тем самым повышать точность диагностики.

Автоматизированные системы принятия решения используются в современной эндоскопии с целью сокращения времени и финансовых расходов на исследования, улучшения качества диагностики, а также обучения молодых специалистов и совершенствования навыков экспертов. Они позволяют идентифицировать области интереса, которые, как правило, представляют собой патологические изменения слизистой оболочки (прежде всего метапластические и неопластические). Последующее выполнение прицельной биопсии из этих участков приводит, с одной стороны, к повышению эффективности диагностики, с другой стороны – к уменьшению количества ненужных биопсий. Это обеспечивает сокращение времени на эндоскопическое исследование и морфологическую оценку патологических участков и, как следствие, снижение финансовых затрат.

Важным преимуществом автоматизированных систем является постоянный уровень «концентрации внимания», что исключает человеческий фактор усталости при проведении длительных эндоскопических исследований с применением дополнительных методов, в особенности при диагностике минимальных изменений слизистой оболочки. Также с помощью специальных программ могут быть успешно решены проблемы с недостаточным освещением, плохим качеством и низким контрастом изображения. Более того, причиной недостаточной выявляемости патологических образований может служить недостаточная квалификация врача и разночтения в интерпретации полученных при эндоскопическом исследовании данных. Автоматизированные системы функционируют с использованием стандартов диагностики, что решает проблему низкого уровня согласованности в диагностике некоторых патологических состояний. Поэтому подобные системы могут не только служить обучающим ресурсом для молодых врачей, но и совершенствовать навыки опытных специалистов.

В настоящее время Ярославским государственным университетом имени П.Г. Демидова (ЯрГУ) совместно с отделением эндоскопии Ярославской областной клинической онкологической больницы проводится разработка такой автоматизированной системы.

В процессе создания автоматизированной системы проведены обучение и многократные тестирования программы для классификации эндоскопических изображений, которые помогли выбрать наиболее эффективный набор признаков. По результатам тестирования доля правильно классифицированных точек составила от 90 до 100% (среднее значение 89%). В настоящее время проводится апробация этой системы в условиях клинической практики совместно с Медицинским университетом г. Токио.

Разработка и внедрение в практику таких автоматизированных систем в диагностической эндоскопии открывают новые перспективы диагностики заболеваний пищеварительной системы. Это позволяет решить важнейшие задачи эффективного выявления предраковой патологии и раннего рака, которые составляют основу стратегии вторичной канцерпревенции.

Кроме исследований в сфере цифровых технологий в эндоскопическом отделении ЯОКОБ внедрены в повседневную практику малоинвазивные методы уточняющей диагностики, такие как эндоскопическая пункция лимфоузлов средостения под контролем эндосоноскопии, эндоскопическая пункция подслизистых новообразований пищевода, желудка и опухолей поджелудочной железы.

Полученные результаты работы регулярно докладываются на ежегодной Европейской гастронеделе. С 2010 года научные доклады наших сотрудников уже четырежды получали приз за лучшую работу. Представители эндоскопического отделения ЯОКОБ являются членами рабочих групп международных комитетов Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии.

Внедрение современных методов лечения

Развитие видеоэндоскопических технологий в диагностике злокачественных неоплазий желудочно-кишечного тракта, переоснащение учреждения новейшей лечебно-диагностической аппаратурой позволили перейти к малоинвазивным высокотехнологичным методикам на этапе лечения онкологических пациентов. В эндоскопическом отделении ЯОКОБ внедрены и широко используются эндоскопические эндолюминальные вмешательства при ранних формах карцином желудка и толстой кишки: эндоскопические резекции слизистой и подслизистые диссекции слизистой (EMR и ESD). За 2014 год выполнены 40 внутрипро-

Работа автоматизированной системы поддержки принятия решения, разрабатываемой специалистами отделения эндоскопии

светных радикальных операций при раннем раке желудка и ободочной кишки.

При выявлении противопоказаний к эндолюминальному доступу к новообразованию желудочно-кишечного тракта определяются показания к лапароскопическим операциям. В хирургических отделениях выполнено более полусотни малоинвазивных хирургических вмешательств на органах грудной, брюшной полостей и малого таза. Пациентам выполняются органосохраняющие операции при эпителиальных и неэпителиальных, злокачественных и доброкачественных опухолях желудка.

В комплексном лечении больных применяются методы химиотерапии и лучевой

терапии. На линейном ускорителе выполняется 3D-конформная лучевая терапия, широко используются фиксирующие приспособления. Лечение электронами выполняется с применением как индивидуальных компенсаторных болюсов собственного производства, так и стандартных гелевых болюсов. Для лечения опухолей кожи применяется современный аппарат Xstrahl 300 с высокой пропускной способностью.

За 2014 год накопленные знания и навыки реализовались в более чем 700 случаев оказанной высокотехнологичной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями различных локализаций.

Мониторинг результатов лечения

Силами организационно-методического отдела в ЯОКОБ проводится постоянный мониторинг результатов лечения пациентов. Особое внимание уделяется итогам лечения в рамках программы высокотехнологичной медицинской помощи. Данные мониторинга обсуждаются на врачебных конференциях и медицинских советах с принятием коррегирующих мер по повышению качества медицинской помощи и эффективности лечения. В областной клинической онкологической больнице проводятся регулярные анонимные опросы (анкетирование) пациентов как амбулаторного, так и стационарного профиля с целью определения степени удовлетворенности больных оказываемой помощью. В 2014 году отмечается существенный рост показателя удовлетворенности пациетов по сравнению с 2013 и 2012 годами.

Подводя итоги

Благодаря системной работе онкологической службы Ярославской области по своевременной диагностике и лечению злокачественных новообразований улучшились показатели ранней выявляемости и запущенности, увеличилась продолжительность жизни, возрос контингент онкологических больных. Смертность от онкопатологии в 2014 году, по предварительным данным, уменьшилась на 10,4% и составила 232 случая на 100 тысяч населения.

Полученные положительные результаты являются итогом системной работы и определяют вектор дальнейшего совершенствования онкологической помощи населению области.

150054, г. Ярославль,
проспект Октября, д. 67
Тел.: (4852) 25-16-63, 32-98-96
E-mail: yar_okob@mail.ru
Сайт: http://onkoyar.ru

Семейно-ориентированное родовспоможение

Областной перинатальный центр – один из самых крупных в Российской Федерации. Его миссия - доступная, качественная и высокотехнологичная медицинская помощь женщине и ребенку, содействие сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья в семье и, как следствие, – снижение материнских и перинатальных потерь, детской инвалидности, улучшение качества и продолжительности жизни населения, демографический рост

Директор Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр»
Татьяна Волкова

Главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ярославской области «Областной перинатальный центр»
Дмитрий Гурьев

Становление учреждения пришлось не на самые простые годы: практически параллельно с вводом в эксплуатацию перинатального центра на территории Ярославской области проводилась реорганизация акушерско-гинекологической службы, частичное сокращение акушерских коек, отрабатывалась новая маршрутизация пациенток. На волне этих не всегда позитивно воспринимавшихся преобразований наработать кредит доверия было непросто.

Одновременно формировалась новая команда единомышленников и осознание «Мы вместе!». Самой большой удачей было то, что наряду с высококлассными профессионалами работать в учреждение пришли молодые специалисты, более пластичные, восприимчивые к нововведениям, способные подстроиться к требованиям системы, открытые к восприятию, готовые учиться, осваивать и побеждать. В процессе становления коллектива формировалась система ценностей, понимание миссии перинатального центра, этический кодекс.

Ярославской области есть чем гордиться: создано уникальное учреждение, оборудованное самой передовой техникой, с учетом современных требований, предъявляемых к учреждениям родовспоможения.

Концепция успешного развития заложена уже в самой структуре учреждения, и наша задача – позволить перинатальному центру развиваться, удовлетворяя новые, все возрастающие потребности в качественной и эффективной медицинской помощи, делая ее максимально доступной.

Точка роста здоровья нации

Сегодня перинатальный центр – это прежде всего высококвалифицированный персонал и высокотехнологичное наукоемкое оборудование, позволяющие решать самые серьезные акушерско-гинекологические и неонатальные проблемы, комфорт пребывания будущих мам, семейно-ориентированная медицинская помощь, возможность общения с родственниками в течение всего периода госпитализации. Работа центра организована таким образом, чтобы в его структурных подразделениях пациентки могли получать качественную медицинскую помощь от момента планирования беременности до реабилитации недоношенного ребенка.

Основной принцип работы – однородность предоставляемых услуг вне зависимости от времени суток и места проживания. Стоит отметить, что в центре оказывают уникальные виды помощи, которые не доступны в других лечебных учреждениях области.

В отделении охраны репродуктивного здоровья, которое функционирует уже более 30 лет, в 2015 году начато проведение процедур экстракорпорального оплодотворения. Теперь ярославны смогут в комфортных условиях получать этот вид специализированной помощи, не выезжая за пределы региона.

Важным структурным подразделением центра является медико-генетическая консультация (МГК). С 1993 года в рамках целевой программы «Дети России», а с 2006 года национального проекта «Здоровье» в МГК проводится обследование новорожденных на пять наследственных заболеваний. С 2012 года Ярославская область вошла в Федеральную программу пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка. В рамках этой программы проводится комплексный скрининг беременных 1-го триместра на хромосомные заболевания с расчетом индивидуального риска и с дальнейшим направлением беременных из группы высокого риска на инвазивную диагностику.

Анализ трехлетней работы перинатального центра позволяет констатировать, что учреждение стало эпицентром перинатальной помощи на территории Ярославской области. В год принимается более 4 тысяч родов, 8 тысяч пролеченных пациентов, свыше 80 тысяч посещений на амбулаторном этапе. Количество желающих получить квалифицированную медицинскую помощь именно в нашем учреждении увеличивается, и мы стараемся помочь всем обратившимся.

Трехуровневая система

На территории Ярославской области внедрена и эффективно функционирует система трехуровневого оказания акушерско-гинекологической помощи, четко соблюдаются принципы маршрутизации пациенток. Квалифицированная помощь в родах оказывается на каждом этапе, но ее объем, интенсивность и технологичность наращивается индивидуально, в зависимости от имеющихся рисков у беременной женщины. Своевременно определиться с объемом медицинской помощи, способом и местом родоразрешения позволяет внедренная на всей территории региона система мониторинга беременных, охват которой составляет около 80% будущих мам. В консультативно-диагностическом отделении функционирует специализированный кабинет по невынашиванию беременности, где пациентки могут пройти полное обследование и выявить причину патологии.

Под методическим руководством перинатального центра на территории Ярославской области в течение последних двух лет проводится активная работа по профилактике сверхранних преждевременных родов. Все пациентки с наличием в прошлом эпизодов самопроизвольного прерывания беременности проходят консультацию в кабинете по невынашиванию. При наличии показаний решается вопрос о наложении шва на шейку матки в условиях гинекологического отделения центра, где имеется опыт лапароскопического циркляжа. Кроме того, при проведении скринингового ультразвукового исследования в 20 недель всем пациенткам с преждевременными родами в прошлом, а также при наличии у беременной дополнительных показаний, выполняется специальное исследование шейки матки. При ее укорочении проводится медикаментозная профилактика преждевременных родов.

Об эффективности проводимых мероприятий свидетельствуют результаты: число рождений детей с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г) снизилось со 120 в 2012 году до 84 в 2014 году, снижается и число новорожденных с массой от 1000 до 1500 г – со 109 в 2012 году до 94 в 2014 году.

В целом число преждевременных родов по области даже увеличилось с 6,2 до 6,6%, но рост произошел за счет поздних преждевременных родов, что, безусловно, сказалось на показателе младенческой смертности, который с момента перехода Российской Федерации на новые критерии регистрации рождения снизился в 2014 году на 30% и составил 5,5‰.

Акушерское отделение

Сердцем нашего центра является акушерское отделение, в котором с момента открытия появилось на свет более 13 000 младенцев, из них 7 троен, более 300 двоен. В акушерском отделении центра проводится 67% преждевременных родов, 93% родов на сроке до 33 недель, 87,1% родов с преэклампсией и эклампсией от общего количества родов по региону. Основной контингент – это пациентки из группы риска (около 70%), 93% родоразрешенных женщин имеют различную экстрагенитальную патологию. При этом есть и неосложненные, нормальные роды. Их доля невысока – не более 10% от всех родов.

Работа отделения построена по принципу семейно-ориентированных родов. Одноместные комфортные палаты с функциональной кроватью и индивидуальным санузлом позволяют обеспечить присутствие на родах близкого человека – мамы, мужа. Это, безусловно, позволяет роженице легче переносить схватки, добавляет ей позитивных эмоций и делает ощущения от появления на свет новорожденного незабываемыми.

В акушерском отделении практикуется консервативное родоразрешение с максимальным обезболиванием существующими современными методиками, в том числе эпидуральной аналгезией. Частота кесарева сечения невысокая – всего около 17,8%. Это один из самых низких показателей среди перинатальных центров в Российской Федерации. Мы относимся к данной операции с осторожностью, выполняем ее только по строгим показаниям, что существенно снижает материнскую заболеваемость, но ни в коем случае не сказывается на показателях заболеваемости новорожденных.

Послеродовое отделение

Послеродовое отделение – это домашняя атмосфера и квалифицированный персонал. В перинатальном центре оборудованы индивидуальные палаты «Мать и дитя» со свободным посещением родственников. Женщина во время нахождения в акушерском отделении не должна ощущать никакого психологического дискомфорта, эмоции должны быть только позитивными – от встречи с новорожденным, от общения с родственниками и от своего нового статуса.

В стенах перинатального центра новоиспеченные папы с огромным желанием включаются в процесс ухода за малышом практически с момента рождения. В послеродовом отделении опытные акушерки и детские сестры всегда помогут молодым

мамам. Инструктор по грудному вскармливанию подробно объяснит, как правильно кормить грудью. При возникновении нестандартных ситуаций консультацию проведет квалифицированный психолог.

Неонатальная помощь

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных оказывает помощь детям, родившимся раньше срока и в тяжелом состоянии, появившимся на свет не только в стенах перинатального центра, но и в других родильных домах области. Выездной реанимационно-консультативный блок отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных позволяет максимально приблизить неонатальную реанимационную помощь к малышу и обеспечить максимально щадящую транспортировку в центр. Только за 2014 год выполнено 390 выездов, транспортировано 379 новорожденных.

Следует отметить, что в отделение реанимации новорожденных пришли работать лучшие в области врачи и медицинские сестры, используется высокотехнологичное оборудование. В клиническую практику внедрены самые современные виды респираторной поддержки, парентерального питания, антибиотикотерапии и многое другое.

Модуль интенсивной терапии одного новорожденного выглядит как центр управления космическим полетом – огромное количество мониторирующей техники, аппаратуры для дыхательной поддержки, устройств для проведения лекарственной терапии.

С 2014 года в отделении внедрена методика тотальной терапевтической гипотермии новорожденных, которая позволила в ряде случаев предотвратить развитие серьезных неврологических последствий у новорожденных, вызванных тяжело протекавшей беременностью и родами.

В течение 2014 года отделение испытывало определенный «недостаток» в пациентах, что, конечно, прежде всего, свидетельствует о повышении качества работы акушеров-гинекологов и неонатологов не только перинатального центра, но и других акушерских отделений области.

Наряду с высокотехнологичными методами диагностики и лечения, активно ведется работа по гуманизации процесса выхаживания, снижению агрессивности окружающей среды путем создания температурного, светового и шумового комфорта, неинвазивного мониторинга, тактильного контакта с родственниками. Принцип семейно-ориентированной помощи сохраняется в течение всего времени нахождения малыша в отделении. В процессе ухода за ним активно участвуют родители, которые в полной мере начинают ощущать ответственность за своего ребенка: присутствуют на процедурах, манипуляциях, общаются с новорожденным. В последующем мама с ребенком переводится в отделение патологии новорожденных, где находится с ним в отдельной палате до выписки на педиатрический участок.

Реабилитационные мероприятия

Амбулаторное отделение для детей раннего возраста предназначено для обеспечения консультативной и реабилитационной помощи детям, имевшим проблемы в перинатальном периоде.

Организация отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, широкое внедрение новых технологий выхаживания недоношенных детей, в том числе с низкой (до 1500 г) и экстремально низкой массой тела (менее 1000 г), позволили повысить выживаемость этих малышей, в 2014 году выживаемость детей с экстремально низкой массой тела составила 81,5%, снизилась и ранняя неонатальная смертность на 24,4%, по Ярославской области она составила 2,2‰.

Однако этот, безусловно, гуманистический процесс влечет за собой множество проблем и ставит множество вопросов: общечеловеческих, научных и медицинских.

Задачей медицины в этой области является не только обеспечение биологической жизни недоношенному младенцу, но и полноценное развитие ребенка, хорошее функционирование всех систем, и прежде всего нервной.

Поступательное развитие такого малыша должно происходить под наблюдением специалистов, которые могут правильно оценить его динамику, своевременно и адекватно корректировать процессы созревания. Учет особенностей развития детей на первом году жизни позволяет планировать и их дальнейшую реабилитацию. Реабилитационные мероприятия – это реальная возможность для незрелого, недоношенного ребенка как можно раньше достичь уровня сверстников.

Отделение укомплектовано необходимыми специалистами: педиатр, невролог, врач лечебной физкультуры, врач-физиотерапевт, логопед, психолог, массажисты, инструктор ЛФК. Они разрабатывают план динамического наблюдения и формируют комплекс реабилитационных мероприятий индивидуально для каждого ребенка с учетом ведущего синдрома.

Лабораторные и диагностические возможности перинатального центра, современное высокотехнологичное оборудование позволяют проводить широкий спектр обследования детей: общеклинический и биохимический анализы крови, анализы крови на гормоны, ультразвуковая диагностика органов и систем, рентген-диагностика, функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы и другое.

Сегодня в отделении проводятся массаж, гимнастика, лечебное грудничковое плавание, различные физиопроцедуры. Проводятся занятия с логопедом, психологом. Малыши с удовольствием занимаются с природным материалом, рисуют песком, играют в сенсорной комнате-помещении, где, пребывая в безопасной, комфортной обстановке, наполненной разнообразными стимулами, в сопровождении специалиста исследуют окружающий мир.

Сочетание разных стимулов (света, музыки, цвета, запахов, тактильных ощущений) оказывает различное воздействие на психическое и эмоциональное состояние ребенка, развивает общую и мелкую моторику и корректирует двигательные нарушения.

Курс реабилитации длится 10–15 сеансов, и наша задача не только помочь ребенку развить и освоить определенные навыки, но и научить родителей заниматься с малышом дома, вселить уверенность в них, что проводимые мероприятия приведут к хорошим результатам.

На занятиях в школе молодой матери родители учатся ухаживать за ребенком, проводить ему массаж, гимнастику, оказывать помощь при различных заболеваниях, развивать интеллект, память, речь, мышление.

На сегодняшний день на учете в амбулаторном отделении состоит около 2000 недоношенных детей, из них более 70 с экстремально низкой массой тела при рождении. Самый маленький малыш – это девочка, родившаяся с массой 560 грамм. Сейчас ей почти три года, и она практически не отстает от сверстников. Безусловно, дети имеют определенные проблемы, и задача отделения – помочь малышам вырасти здоровыми и крепкими.

Текущие задачи

В современных условиях особую значимость приобретает проблема создания и внедрения новых прогрессивных форм управления, обеспечивающих максимальную эффективность деятельности при сокращении финансовых затрат и при этом обеспечении высокого качества услуг.

В 2014 году на основе анализа внешней и внутренней ситуации учреждением было принято стратегическое решение о разработке и внедрении системы менеджмента качества на основе международного стандарта ISO 9001:2008. В настоящее время система менеджмента качества в учреждении внедрена, целью ее функционирования является достижение стабильных показателей, планирование и реализация значимых для перинатального центра целей в области качества, гарантированное их достижение при оптимальном использовании ресурсов. В 2014 году мы учились работать эффективно, планомерно, поэтому определенный запас прочности на 2015 год мы имеем. Эффективная финансовая политика учреждения позволяет повышать уровень заработной платы медицинских работников (сейчас у врачей он составляет 170% к средней по региону), расширять диагностические возможности, закупать новое оборудование и создавать более комфортные условия пребывания в учреждении как для пациентов, так и для сотрудников центра.

Платные услуги по родовспоможению в учреждении составляют 1,6% в общей структуре, что вполне объяснимо, так как учреждение в основном работает на группу риска. Преждевременные, осложненные роды финансово затратны, в последующем часто требуется выхаживание недоношенного ребенка, частному лицу оплатить эти услуги не представляется возможным. Доля нормальных родов невелика, но здесь женщина может сделать выбор в пользу индивидуального наблюдения, и мы ей это право предоставляем.

Жизнь и здоровье человека – наивысшая ценность, которой мы служим!

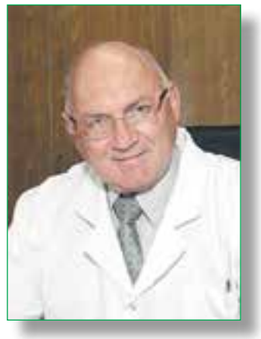
Областной перинатальный центр функционирует на базе современного комплекса, состоящего из двенадцати зданий различной этажности. Учреждение оборудовано современной техникой, обеспечивающей высокий уровень обслуживания даже самых тяжелых пациентов. На сегодняшний день в перинатальном центре функционируют восемнадцать подразделений, каждое из которых имеет узкую направленность и оказывает высококвалифицированную помощь беременным женщинам, молодым матерям, новорожденным и грудным детям.

150018, г. Ярославль,
Тутаевское шоссе, д. 31в
Телефон: (4852) 78-81-03
Факс: (4852) 78-83-57
E-mail: priemnaya.optz@yandex.ru
Сайт: http://yaropc.ru

Настоящее и будущее

Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьева представляет собой единый травматолого-ортопедический центр для Ярославской области. Ежегодно за помощью сюда обращается более 15 000 пациентов из всех регионов РФ и стран ближнего зарубежья

Главный врач ГАУЗ Ярославской области «Клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.В. Соловьева», главный травматолог-ортопед Ярославской области, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук **Александр Дегтярев**



Клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.В. Соловьева является старейшим лечебным заведением в России. Она была основана в 1781 году в Ярославской губернии и занимала один трехэтажный корпус.

В настоящее время это современное многопрофильное учреждение, оказывающее круглосуточную специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь жителям области и других регионов РФ, травмоцентр первого уровня для пациентов, пострадавших в ДТП на трассе М-8 в Ярославской области. В конце 2014 года больница приобрела статус автономного государственного учреждения.

В состав больничного комплекса входят отделение экстренной медицинской помощи (травмпункт), приемное, противошоковое, 6 травматологических, 2 нейрохирургических, комбустиологическое, реанимационное и анестезиологическое отделения, а также отделения кардиологии и терапии. Стационарные отделения развернуты на 485 коек, ежегодно в больницу госпитализируются более 15 000 пациентов. Кроме того, амбулаторно-поликлиническое подразделение включает экстренный стоматологический и оториноларингологический прием, лечебно-диагностический центр остеопороза. Ежегодно регистрируются около 90 000 амбулаторных обращений пациентов.

В настоящее время в больнице функционируют 24 операционных зала, в которых каждую неделю выполняется более 200 оперативных вмешательств. В целом оперативная активность в больнице составляет 140%, хирургическая – 73%. В 2014 году выполнено более 12 000 операций.

Современное оснащение больницы соответствует стандартам оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Это стало возможным благодаря реализации двух федеральных программ – модернизации здравоохранения и повышения эффективности медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях.

Кроме того, Программа модернизации позволила провести капитальные ремонты в корпусах и отделениях больницы, улучшить санитарное состояние и комфортность пребывания пациентов в отделениях.

В круглосуточном режиме

Параклиническая служба обеспечивает круглосуточную диагностику на самом современном уровне и включает клинико-диагностическую лабораторию (КДЛ), оснащенную мощными автоматическими анализаторами, позволяющими своевременно получать высокоточные результаты всех необходимых клинических и биохимических анализов сыворотки крови и мочи.

Возглавляет КДЛ Екатерина Дмитриевна Светалкина.

В настоящее время на базе лаборатории больницы создана централизованная клинико-диагностическая лаборатория. Планируется, что она заменит все лаборатории города и области. Это является целесообразным с медико-экономической точки зрения, повысит доступность и своевременность лабораторной диагностики для населения.

Наряду с этим в больнице функционируют два современных 64-срезовых компьютерных томографа, рентгеновские аппараты с оцифровщиками, недавно установленный магнитнорезонансный томограф. Круглосуточную диагностику пострадавших, включая ультразвуковую диагностику патологии внутренних органов и сосудов, обеспечивает отделение функциональной диагностики, а также эндоскопическая служба.

Организация работы всех параклинических служб в круглосуточном режиме помогает дежурной бригаде, состоящей из травматологов, нейрохирургов, анестезиологов-реаниматологов, отоларинголога, стоматолога, кардиолога и терапевта, своевременно, качественно, на высоком профессиональном уровне оказывать экстренную специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь поступающим пациентам.

Руки у наших специалистов золотые

Самое главное богатство больницы – это люди, специалисты высокого класса, постоянно совершенствующие свой профессиональный уровень, занимающиеся научной работой, участвующие в работе российских и международных конгрессов, имеющие ученые степени и звания, а также награды разного достоинства за безупречный труд. В настоящее время в больнице трудятся 230 врачей и 450 лиц среднего медицинского персонала.

Следует отметить, что специалисты больницы владеют уникальными технологиями, используют в своей повседневной практике самые современные способы лечения профильной патологии.

Так, в отделении микрохирургии кисти, реконструктивной и пластической хирургии, возглавляет которое заведующая, кандидат медицинских наук Валентина Анатольевна Калантырская, выполняются операции на сосудах и нервах, пересадки пальцев, эндопротезирование мелких суставов кистей. Отделение, единственное в стране, имеет лицензию на пересадку донорских верхних конечностей. В 2014 году получило международную аккредитацию как центр хирургии и микрохирургии кисти. Врач отделения кандидат медицинских наук М.Л. Новиков – один из немногих в мире специалистов, выполняет уникальные операции при синдроме Мебиуса, возвращая детям и взрослым возможность выражать свои эмоции улыбкой.

Выполнена реплантация указательного пальца

Результат через год

В отделении повреждений и заболеваний крупных суставов (заведующий кандидат медицинских наук Михаил Викторович Белов) выполняется эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов, в том числе самым пожилым пациентам (в возрасте 100 лет и более) с переломами проксимального отдела бедра на фоне остеопороза. В 4-м отделении повреждений и заболеваний крупных суставов (заведующий травматолог-ортопед высшей квалификационной категории Алексей Вячеславович Кротков) проводится остеосинтез при данной патологии. В этом смысле наша клиника тоже уникальна, так как в отличие от большинства регионов РФ в больницу по СМП госпитализируются 100% пациентов с переломами бедра, независимо от возраста и сопутствующей патологии, а оперативная активность при этом составляет 85% при внутрибольничной летальности 1,5–2%.

Операция эндопротезирования по поводу перелома шеек обоих бедер

Нейрохирургическая помощь осуществляется по двум направлениям: черепно-мозговая травма, заведующий нейрохирургическим отделением – Юрий Викторович Ледовский, а также спинномозговая травма и заболевания позвоночника, заведующий отделением хирургии позвоночника – кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Олег Рудольфович Герасимов. В данном отделении выполняются также высокотехнологичные оперативные вмешательства при сколиозах, в том числе у детей и подростков, позволяющие улучшить качество жизни больных с данной патологией.

Единственный в области комбустиологический центр оказывает специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь пострадавшим от ожоговой травмы (заведующий ожоговым отделением – главный специалист департамента здравоохранения и фармации Ярославской области по термической травме, заслуженный врач РФ Виктор Николаевич Березин). С 1993 года ожоговое отделение совместно с институтом хирургии имени А.В. Вишневского вышло в разработку государственной научно-технической программы нового метода лечения ран и ожогов с использованием культивированных клеток человека – фибробластов, а с 2004 года совместно с НИИ травматологии и искусственных органов МЗ РФ при лечении обширных ожогов стали применять культивированные фибробластоподобные стволовые клетки. Внедрение данных методик позволило спасти жизни детям и взрослым при обширных и критических ожогах, особенно при дефиците донорских ресурсов. Ожоговое отделение одно из первых в России широко применяет ранние некрэктомии и первичные пластики при глубоких ожогах.

Возможность использования длительной искусственной вентиляции легких в реанимационном отделении позволяет эффективно оказывать медицинскую помощи больным с термоингаляционной и черепно-мозговой травмами, что значительно увеличивает выживаемость данных пациентов. Возглавляет отделение Семен Владимирович Краснов.

В настоящее время отмечается тенденция к уменьшению дорожно-транспортной травмы, однако при этом увеличивается удельный вес политравмы, сопровождающейся шоком. В отделении политравмы находятся самые тяжелые пациенты, как правило, прошедшие через реанимационное отделение, у которых, наряду с травмами скелета, имеются повреждения внутренних органов, требующие экстренных полостных хирургических оперативных вмешательств. Заведующий отделением – кандидат медицинских наук Сергей Казимирович Шакола.

В единственном в области отделении гнойной травмы, руководит которым заведующий отделением Виктор Николаевич Тихомиров, сосредоточены пациенты с остеомиелитами и другими гнойными осложнениями. Лечение таких больных длительное и очень затратное, часто требующее многократных оперативных вмешательств и использования большого количества современных антибактериальных препаратов.

Перспективы

В настоящее время больница продолжает развиваться и обновляться, наращивает мощность, обороты. Осуществляются ремонты в отделениях, закупается современное оборудование, продолжает реализовываться проект централизации клинико-диагностической лаборатории. Происходит процесс перехода на электронный обмен данными и ведение историй болезни. Централизованная клинико-диагностическая лаборатория больницы уже передает результаты лабораторных анализов в ЛПУ Ярославля в электронном виде, что значительно ускоряет их получение пациентами и врачами.

Оказывается высокотехнологичная медицинская помощь в рамках областных и федеральных квот как плановым пациентам, так и экстренным, причем последним в 75–80% случаев.

В 2015 году мы надеемся и планируем завершить основные ремонты, прежде всего в травматологическом корпусе № 1 и операционном блоке для этого корпуса, что позволит комфортно размещать пациентов, улучшить условия труда персонала, развивать такие направления, как хирургия боли, нейрохирургия периферических нервных сплетений, спортивную травматологию и другие.

150003, г. Ярославль,
ул. Загородный сад, д. 11
Тел.: (4852) 73-80-46, 73-88-50
Факс: (4852) 73-25-60
E-mail: kbsmp@rambler.ru
Сайт: http://bolnica-solovyeva-76.ru

Профессиональный подход к каждому пациенту

Областная детская клиническая больница – единственное многопрофильное учреждение здравоохранения Ярославской области, в котором оказывается специализированная консультативная, диагностическая, лечебная, реабилитационная помощь детям региона от рождения до 18 лет

Главный врач ГБУЗ Ярославской области «Областная детская клиническая больница», организатор здравоохранения высшей категории, заслуженный врач Российской Федерации
Татьяна Нечаева

Первым областным детским учреждением здравоохранения в Ярославской области стал созданный в 2003 году Областной клинический консультативно-диагностический центр для детей. До этого времени специализированная медицинская помощь детям г. Ярославля и области оказывалась в других учреждениях здравоохранения г. Ярославля. Введенный в эксплуатацию центр для детей за небольшой период своей деятельности решил вопросы доступности специализированной консультативно-диагностической помощи детям, проживающим в муниципальных районах области.

Татьяна Николаевна Нечаева в 2003 году была назначена главным врачом строящегося Консультативно-диагностического центра для детей, а с 1 декабря 2007 года возглавила созданную Областную детскую клиническую больницу.

За вклад в развитие здравоохранения области была награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения РФ, Почетной грамотой Губернатора Ярославской области. В ноябре 2013 года награждена серебряной медалью Ярославской Епархии за усердные труды на благо Святой Церкви на Ярославской земле.

Областная детская клиническая больница создана 1 декабря 2007 года постановлением администрации Ярославской области путем объединения ГУЗ ЯО «Областной клинический консультативно-диагностический центр для детей» и стационара МУЗ «Детская клиническая больница № 3». Создание больницы позволило повысить качество оказания медицинской помощи, внедрить новые медицинские и организационные технологии, улучшить материально-техническую базу стационара.

Областная детская клиническая больница сегодня – это крупное учреждение здравоохранения области, оказывающее консультативную, диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь детям Ярославской области. В ее составе многопрофильный стационар на 310 коек, имеющий 10 отделений, оказывающих медицинскую помощь по 15 профилям медицинской помощи, и консультативно-диагностический центр, рассчитанный на 225 посещений в смену. В структуре КДЦ: консультативное отделение, врачи-специалисты которого консультируют по 23 педиатрическим специальностям; дневной стационар на 50 мест, являющийся эффективным стационарозамещающим видом оказания медицинской помощи; сурдологический центр; центр здоровья для детей; выездная консультативно-диагностическая поликлиника, информационно-аналитическая служба. Кроме того, консультативно-диагностический центр располагает совершенной высокотехнологичной диагностической базой (отделения лучевой, ультразвуковой, функциональной, эндоскопической диагностики, клинико-диагностическая лаборатория).

За семь лет больница прошла трудный, но интересный путь: открыты новые отделения, внедрены современные медицинские технологии, осуществлена реструктуризация коечного фонда в соответствии с потребностью в специализированной помощи, оптимизирована работа диагностических служб, постоянно повышается профессиональный уровень специалистов, завершен капитальный ремонт шестиэтажного здания больницы и переоснащены хирургические отделения стационара, операционный блок, введена в строй новейшая модульная операционная, установлено новое оборудование в отделении реанимации с созданием единой электронной системы контроля за состоянием пациентов, создана структурированная кабельная система, позволившая объединить структурные подразделения стационара и консультативно-диагностического центра в единую локальную сеть.

Борьба за сохранение каждой детской жизни, охрана и укрепление здоровья детей, повышение качества медицинской помощи – основные задачи деятельности больницы.

Коллектив учреждения – это команда единомышленников, работающая под девизом: «Качество медицинской помощи – это воля руководителя, творчество команды, энтузиазм коллектива».

В больнице с момента ее создания постоянно ведутся капитальные ремонты корпусов стационара. В рамках Программы модернизации здравоохранения Ярославской области проведен капитальный ремонт основного корпуса стационара, приобретено современное высокотехнологичное медицинское оборудование (эндоскопическое, реанимационное, диагностическое), что позволило провести техническое переоснащение всех отделений больницы.

С 2008 года Областная детская клиническая больница осуществляет оказание высокотехнологичной медицинской помощи по 10 видам: педиатрия, детская онкология, детская урология-андрология, детская хирургия, гематология, детская эндокринология, нейрохирургия, неврология и ортопедия-травматология, что делает доступными данные виды помощи для детей Ярославской области.

Ежегодно в стационаре проходят лечение более 10 тысяч пациентов, 47% которых дети из муниципальных районов. Более 40% детей госпитализируются в стационар по экстренным показаниям. Ежегодно в больнице выполняется от 3500 до 4000 операций, из них более 200 относится к высокотехнологичным.

В консультативно-диагностическом центре ежегодно регистрируется от 80 до 85 тысяч посещений. База первичных пациентов, обратившихся в консультативно-диагностический центр за 11 лет работы, насчитывает более 162 тысяч пациентов из 220 323 детей области.

С конца 2013 года была модернизирована электронная система записи на прием по принципу удаленной регистратуры: расписание работы специалистов получают и ЦРБ. Родители могут записать ребенка на прием в консультативно-диагностический центр ОДКБ сразу после получения направления прямо в регистратуре по месту жительства.

Структурные подразделения

Консультативная помощь

В консультативно-диагностическом центре ежегодно получают амбулаторную специализированную медицинскую помощь более 38 тысяч пациентов.

Отработана система отбора и направления пациентов с врожденными пороками сердца для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, ведется динамическое наблюдение за детьми, перенесшими оперативное лечение, создана и постоянно обновляется база данных пациентов с ВПС, а также детей с тяжелой и редкой патологией, орфанными заболеваниями. Врачи отделения постоянно участвуют в акциях, проводимых специалистами федеральных клиник, по отбору и направлению детей на оперативное и консервативное лечение в рамках высокотехнологичной и специализированной помощи. Врачом-эндокринологом отделения проводится второй этап неонатального скрининга на наследственные заболевания, ведется региональный сегмент Федерального регистра пациентов с низкорослостью. Гематолог осуществляет лечение на амбулаторном этапе по протоколам полихимиотерапии, динамическое наблюдение и реабилитацию детей с онкогематологическими заболеваниями. Внедрены современные методики аллерготестирования и проведения аллергенспецифической иммунотерапии современными препаратами. Отработаны вопросы преемственности в оказании специализированной помощи между амбулаторным и стационарным этапами.

Лабораторная служба

В клинико-диагностической лаборатории ОДКБ выполняются все виды клинических, биохимических, коагулологических, гормональных, большинство иммунологических исследований. Отделение оснащено современным высокотехнологичным оборудованием. Совместно с профильными специалистами ежегодно внедряются новые методики. Большинство результатов исследований можно получить в день забора биологического материала. Лаборатория участвует в Федеральном контроле качества, результаты которого в течение многих лет остаются очень высокими.

Лучевая диагностика

Сегодня ОДКБ располагает уникальным отделением лучевой диагностики, оснащенным аппаратом КТ, двумя аппаратами МРТ, тремя цифровыми рентгенодиагностическими комплексами, передвижными рентгенодиагностическими аппаратами, в том числе интраоперационной рентгеновской системой С-дуга для обеспечения визуализации во время операций. Врачи отделения владеют всеми методами лучевой диагностики и составляют программу комплексного (мультиимиджингового) обследования пациента, когда решение о проведении дополнительного лучевого обследования принимается врачом-рентгенологом, без необходимости повторной явки к профильному специалисту и дополнительной записи на исследование.

В отделении имеется возможность создания базы данных и архивирования результатов обследования с возможностью сравнительного контроля результатов в процессе повторных исследований. В настоящее время в базе данных хранятся исследования более чем 15 000 пациентов.

Отделение функциональной диагностики

Единственное отделение, где сосредоточены все самые современные методики обследования функционального состояния сердца, центральных и периферических сосудов, физиологии и патологии центральной и периферической нервной систем, исследование функции внешнего дыхания (спирометрия, бодиплетизмография, импульсная осциллометрия, которая разработана специально для выявления на ранней стадии нарушений проходимости периферических отделов дыхательных путей у детей с трех лет). Отделение является единственным, где проводится весь спектр исследований центральной нервной системы у детей – электроэнцефалография, холтеровское мониторирование ЭЭГ, видеомониторинг ЭЭГ длительностью до 2–4 часов. Уникальное современное оборудование позволяет проводить длительное наблюдение за ребенком как в часы бодрствования, так и во время сна. Также проводится исследование периферической нервной системы – миография. Результаты проведенных исследований сразу же попадают в компьютерные базы данных, что позволяет врачам мгновенно ознакомиться с результатами и дать заключение в динамике о ходе процесса. Все заключения соответствуют стандартным протоколам.

Дневной стационар

В консультативно-диагностическом центре Областной детской клинической больницы есть все для того, чтобы полно, точно, а главное быстро обследовать ребенка и выявить у него заболевание на ранней стадии. При необходимости лечения по результатам проведенного обследования ребенок может быть госпитализирован как в дневной стационар КДЦ, так и в круглосуточный стационар. Дневной стационар работает на 50 мест по 6 профилям – педиатрия, офтальмология, нефрология, аллергология, хирургия, проктология. Дневной стационар КДЦ – единственный в области, где проводится видеомониторинг ЭЭГ в течение длительного времени, а также обеспечивается введение таких биологически активных препаратов, как ремикейд, энплейт, хумира, солирис.

Рентгенодиагностический комплекс на три рабочих места «Миллениум»

Травматолого-ортопедическая операционная

Отделение анестезиологии-реанимации

Сотрудники отделения, переоснащенного с учетом современных требований, на высоком уровне оказывают анестезиологическую и реанимационную помощь детям после обширных оперативных вмешательств на органах грудной и брюшной полости, с тяжелейшими травмами головного мозга, политравмой, тяжелыми инфекционными поражениями, врожденными пороками развития. Впервые в педиатрической практике в области внедрен метод перитонеального диализа, освоена методика диагностики диализного перитонита, наблюдения за детьми, находящимися на заместительной почечной терапии.

Отделение хирургии

В отделении хирургии выполняются плановые оперативные вмешательства пациентам с врожденными и приобретенными пороками пищеварительного тракта, передней брюшной стенки, грудной клетки, толстой кишки и анальной области, челюстно-лицевой области, по экстренным показаниям оказывается медицинская помощь детям с гнойно-воспалительными заболеваниями костей, суставов и мягких тканей, органов брюшной полости, органов грудной клетки, кишечной непроходимостью, острыми гинекологическими проблемами у девочек, травмами внутренних органов, химическими ожогами полости рта, пищевода, желудка.

В схемы лечения больных с онкологическими заболеваниями внедрены современные международные протоколы лечения лимфом, опухолей костной системы, головного мозга. В практике работы отделения успешно применяются оригинальные операции при болезни Гиршпрунга, разработанные на кафедре детской хирургии ЯГМУ и имеющие патент, при осложненных формах гнойно-воспалительных заболеваний и спаечном процессе в брюшной полости (диагностическая лапароскопия), при тяжелых рубцовых стенозах пищевода.

Дальнейшие перспективы развития отделения связаны с современными эндоскопическими технологиями с использованием эндохирургической аппаратуры и инструментов, аппаратов высокочастотной хирургии и ультразвуковой кавитации. Малоинвазивные, щадящие, высокоинформативные методы позволят на более высоком уровне решать проблемы в абдоминальной, торакальной хирургии, проктологии и онкологии детского возраста.

Отделение травматологии-ортопедии

Врачи-ортопеды ОДКБ одними из первых в России внедрили прогрессивный метод лечения врожденной косолапости гипсованием по методу американского профессора Игнасио Понсетти, что позволило избегать оперативных вмешательств при самой частой врожденной ортопедической патологии. На лечение по данной методике направляются дети из всех регионов Российской Федерации и стран СНГ. В отделении выполняются реконструктивно-пластические операции длительностью до 16 часов при различных повреждениях плечевого сплетения, периферических нервов. Приобретение новой артроскопической стойки фирмы Karl Storz позволило расширить возможности врачей по диагностике и лечению суставной патологии.

Отделение эндокринологии

В связи с ростом распространенности за последние 15 лет в Ярославской области сахарного диабета 1-го типа у детей более чем в 2,5 раза, увеличением уровня заболеваемости более чем в 3 раза на базе КДЦ ОДКБ открыт прием диабетолога. В амбулаторных условиях все дети с сахарным диабетом в стадии компенсации проходят комплексное обследование, необходимое для мониторинга гликемии и коррекции инсулинотерапии, что значительно снижает затраты на стационарное обследование и лечение, позволяет значительно быстрее достичь комплаенса между врачом и пациентами и их родителями.

В лечении детей с сахарным диабетом эффективно используется метод помповой инсулинотерапии, что позволяет проводить мониторирование глюкозы в режиме реального времени и добиваться компенсации процесса в более короткие сроки, снижая тем самым число осложнений и повышая качество жизни пациентов. Дети получили возможность вести полноценный образ жизни, играют в профессиональный футбол, хоккей.

Гематологическая служба

Одним из достижений Ярославского здравоохранения стало создание детской гематологической службы области, которая на сегодняшний день имеет 40-летнюю историю. В отделение гематологии ежегодно госпитализируется более 600 детей с различными заболеваниями крови. Для лечения детей с острым лимфобластным лейкозом внедрены протоколы полихимиотерапии – немецкий и российско-немецкий, жесткие протоколы полихимиотерапии для миелобластного лейкоза и противорецидивные для лимфобластных лейкозов, что позволило повысить выживаемость больных, достигать ремиссии и направлять пациентов на трансплантацию костного мозга. Многое изменилось за эти годы, но неизменным осталось понимание того, что достижение высоких результатов работы в столь сложном по профилю больных отделении возможно только при наличии команды грамотных, преданных своему делу единомышленников. И такая команда в ОДКБ есть.

Оториноларингологическая помощь

В ЛОР-отделении внедрена в практику методика хирургии миндалин и аденоидов с визуальным контролем под общим обезболиванием, что является уникальным для многих регионов России. Отделение располагает эндоскопическим оборудованием для диагностики и лечения патологии верхних дыхательных путей. Микрохирургический инструментарий позволяет проводить прецизионные вмешательства в гортани, полости носа, носоглотке. Операционный микроскоп широко применяется при диагностике и хирургии заболеваний среднего уха. Эндоскопические эндоназальные вмешательства при орбитальных осложнениях синуситов у детей являются наиболее показательными в плане эффективности. Все врачи отделения владеют диагностической эндоскопией и базовой техникой эндоскопической хирургии.

Неонатальная служба

Основной задачей службы является сохранение жизни новорожденному ребенку и полноценное его развитие в дальнейшем. В отделении патологии работа ведется с соблюдением принципа «мать и дитя». Применяются самые прогрессивные методики выхаживания крайне тяжелых пациентов и детей с экстремально низкой массой тела. В числе высоких технологий применяются методики коррекции нарушений гемодинамики у глубоко недоношенных детей, успешно применяется метод медикаментозного закрытия открытого артериального протока препаратом «Педеа». С целью снижения инвалидности, смертности от осложнений, пока системы органов не будут полноценными и достаточно развитыми, чтобы функционировать без медицинской помощи, используется система реабилитации новорожденных и маловесных детей, перенесших респираторный дистресс-синдром, церебральную ишемию, внутриутробную инфекцию. В комплекс реабилитационных мероприятий на сегодняшний день включается методика «сухой иммерсии», индивидуальные занятия лечебной гимнастикой с использованием фитболов, массаж, занятия с логопедом для формирования и закрепления рефлекса сосания.

В последние годы в больнице развивается неонатальная хирургия. В настоящее время маленькие пациенты, нуждающиеся в хирургической помощи, наблюдаются детскими хирургами совместно с неонатологами. В больнице имеется первый опыт хирургической коррекции гемодинамически значимых ОАП. Детские хирурги ОДКБ – высокопрофессиональные специалисты, они оперируют все виды врожденных аномалий, кроме пороков сердца.

Кроме того, патология диагностируется внутриутробно, проводится перинатальный консилиум, будущим мамам дается прогноз: сможем мы справиться с выявленной патологией или нет. На счету ОДКБ случай успешно проведенной внутриутробно операции малышу с патологией легких. Когда он родился, был осуществлен второй этап операции. Сейчас ребенок нормально развивается.

Уроандрологическое отделение

С 2011 года на базе больницы открыто детское уроандрологическое отделение на 25 коек, что позволяет обеспечить доступность данного вида помощи для детей Ярославской области, расширить спектр и увеличить объем проводимых высокотехнологичных вмешательств. Основными научными направлениями работы отделения являются хирургическая коррекция врожденных пороков развития органов мочевыводящей системы, сохранение репродуктивного здоровья у детей с андрологической патологией.

Неврологическое отделение

Ранняя диагностика сосудистых заболеваний у детей и своевременная их коррекция являются одними из направлений работы неврологического отделения и основной задачей детских неврологов и педиатров. Поводом для углубленного исследования послужила постоянно возрастающая группа пациентов с нарушением мозгового кровообращения, транзиторными ишемическими атаками. У детей с патологией сосудов головного мозга существует потенциальная угроза развития тяжелых сосудистых нарушений в более старшем возрасте, и наша цель – помочь им этого избежать.

Сурдологический центр

На базе ОДКБ с августа 2012 года функционирует сурдологический центр для детей, который является консультативным, реабилитационным и методическим центром для пациентов с проблемами слуха. Основными задачами работы центра являются организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику заболеваний органа слуха, раннее выявление нарушения слуха у детей, начиная с периода новорожденности.

Центр здоровья для детей

Центр здоровья для детей организован на базе ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница» в январе 2011 года. Оснащение ЦЗ позволяет проводить тестирование на аппаратно-программном компьютерном комплексе для определения уровня физиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, ЭКГ, пульсоксиметрию, определение глюкозы и холестерина в крови, комплексную оценку функции дыхательной системы, анализ состава тела – процентное отношение воды, жировой и мышечной массы, измерение роста и веса, динамометрию, определение угарного газа в выдыхаемом воздухе. Всех пациентов консультирует стоматолог-гигиенист. Врач-педиатр, прошедший специальную подготовку по основам здорового образа жизни, оценивает результат проведенного обследования, выявляет имеющиеся факторы риска развития заболеваний, функциональные отклонения органов и систем, дает рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям учебы и отдыха. Работа Центра здоровья для детей организована как на базе ОДКБ, так и путем выездов в общеобразовательные учреждения, в летний период – в оздоровительные лагеря области.

Зав. отделением эндокринологии, главный детский эндокринолог ДЗиФ ЯО, врач высшей категории В.В. Туз

Врач – детский хирург высшей категории С.А. Троицкий

Зав. отделением УЗИ, врач первой категории А.Е. Михайлова

Зав. отделением функциональной диагностики, к.м.н., врач первой категории Э.Ю. Нагорнова

Зав. отделением ЛФК, врач высшей категории О.Ю. Гусева

Зав. отделением эндоскопии Г.Б. Трифонов

Врачи отделений хирургии и травматологии-ортопедии А.И. Андреев, С.В. Мельников, к.м.н. М.А. Вавилов

Мобильный комплекс. Врачи консультативного отделения, ультразвуковой, функциональной диагностики на выезде

Приближение консультативной помощи к месту проживания детей

Важнейшее направление работы – выездная консультативно-диагностическая помощь. Первый выезд врачей консультативно-диагностического центра в муниципальный район состоялся в феврале 2004 года. Это было острой необходимостью, потому что уровень специализированной медицинской помощи детям во многих отдаленных населенных пунктах невысок, а ждать, пока педиатр направит, а родители привезут, не всегда возможно и правильно. Первоначально выезды осуществлялись регулярно по вторникам и четвергам. Сейчас эта работа значительно усовершенствована.

Более 50 выездов ежегодно осуществляется специалистами больницы в учреждения здравоохранения Ярославской области (ЦРБ, офисы ВОП, ФАПы, участковые больницы, детские дома, школы-интернаты). Такая форма работы позволяет приблизить специализированную помощь к месту проживания детей, делая ее доступной для пациентов из отдаленных уголков Ярославской области, детей из малообеспеченных семей, воспитанников детских домов, школ-интернатов.

С августа 2013 года выезды осуществляются также и с использованием мобильного медицинского комплекса на платформе КамАЗ, приобретенного за счет средств Программы модернизации здравоохранения Ярославской области. Мобильный комплекс – это новый стандарт в выездной форме медицинской помощи детскому населению. Отличительными чертами комплекса являются высокий уровень разработки и изготовления комплекта медицинского оборудования, надежность систем жизнеобеспечения. Он оснащен всем необходимым диагностическим оборудованием для проведения комплексного обследования пациента, уточнения и постановки диагноза, корректировки и назначения лечения на месте в день выезда. В фургоне размещен кабинет для приема, лаборатория с анализаторами крови, мочи, биохимическим анализатором, оборудование для диагностики: УЗИ, аппарат для исследования ЭКГ, маммограф, аппарат для определения плоскостопия у детей. Мобильный комплекс может использоваться самостоятельно или как дополнительный диагностический модуль в совместной работе с принимающим медицинским учреждением для расширения перечня оказываемых медицинских услуг и увеличения пропускной способности. Комплекс оснащен дизель-генератором, что позволяет в автономном режиме развернуть мини-поликлинику где угодно. Сейчас частота выездов в область составляет около 20 раз в году.

Во всех учреждениях здравоохранения муниципальных районов силами специалистов ОДКБ организуются выездные семинары и мастер-классы по актуальным вопросам оказания медицинской помощи детям, проводятся скрининговые обследования по выявлению патологии опорно-двигательного аппарата с использованием мобильного аппарата компьютерной оптической топографии – КомОТ.

Профессиональный уровень

Медицинские кадры являются основным ресурсом, способным во много раз повысить эффективность деятельности учреждения. Из 145 врачей и 182 человек среднего медперсонала больницы соответственно 63 и 67% специалистов имеют квалификационные категории. В ОДКБ работают 11 кандидатов медицинских наук, 2 заслуженных врача РФ. Большинство главных детских специалистов департамента здравоохранения и фармации области являются сотрудниками больницы.

За последние 2 года принят на работу 21 врач – все молодые специалисты, 6 из которых прошли профессиональную переподготовку по требующимся для больницы специальностям.

Большую роль в процессе выздоровления детей играет работа медицинских сестер, которые проводят со своими пациентами 24 часа в сутки. Они не только выполняют назначения врача, сестринские манипуляции, но и обучают детей и их родителей гигиеническим навыкам, обеспечивают лечебно-охранительный режим. Профессиональную переподготовку прошли шесть медицинских сестер.

Для повышения качества оказания медицинской помощи детям сотрудниками больницы постоянно внедряются новые лечебные и диагностические методики.

Областная детская клиническая больница является базой восьми кафедр Ярославской государственной медицинской академии: детской хирургии, поликлинической педиатрии, госпитальной педиатрии, педиатрии ИПДО, детских болезней лечебного факультета, анестезиологии и реанимации, оториноларингологии, неврологии. Специалисты кафедр работают в тесном сотрудничестве с клиницистами, проводя консультации наиболее сложных в диагностическом и лечебном плане пациентов, осуществляют обходы отделений стационара, совместно с врачами проводят тематические и клинико-анатомические конференции.

Во благо пациента

В 2014 году в середине ноября в больнице открылся храм в честь Иконы Божьей Матери «Целительница». Торжественную литургию по поводу открытия храма и его освящение провел митрополит Ярославский и Ростовский Пантелеймон. Также он освятил и все отделения больницы. Теперь в больничном храме проходят обряды крещения, в том числе пациентов из отделения патологии новорожденных, по праздникам совершаются службы. Идут в храм не только пациенты и врачи больницы, но и все желающие – помещение храма расположено в холле до входа в стационар.

Подводя итоги, можно с уверенностью сказать, что медицинский персонал ОДКБ продолжает традиции своих предшественников, приобретает новый опыт, совершенствуется и делится своей любовью и заботой с нашим будущим поколением – детьми. В регионе сложилась единая система оказания медицинской помощи детям, объединяющая учреждения здравоохранения области от ФАПов до ОДКБ, решены вопросы преемственности в оказании специализированной медицинской помощи и ее полной доступности.

150042, г. Ярославль,
Тутаевское шоссе, д. 27
Тел.: (4852) 51-34-77
E-mail: odkb.adm@mail.ru
Сайт: www.odkb.yaroslavl.ru

Хабаровский край

Итоги работы в 2014 и задачи на 2015 год

В Хабаровском крае значительное внимание уделяется сохранению и укреплению здоровья населения, повышению доступности и качества медицинской помощи. По уровню обеспеченности мощностями медицинских учреждений на душу населения Хабаровский край опережает среднероссийские показатели, что закономерно отражается на уровне общей заболеваемости, которая в крае ниже, чем в среднем по России

Министр здравоохранения
Хабаровского края
Александр Витько

В 2014 году в рамках реализации мероприятий («дорожной карты») «Повышение эффективности и качества услуг здравоохранения в Хабаровском крае», приоритетного национального проекта «Здоровье», государственной программы Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края» решались основные задачи по снижению смертности от основных классов заболеваний; в том числе младенческой, улучшению показателей здоровья населения, повышению доступности и качества медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, профилактики заболеваний и формированию здорового образа жизни, эффективному управлению ресурсами.

В 2014 году в крае сохраняется естественный прирост населения – 952 человека (0,7), что выше уровня аналогичного периода 2013 года на 16,7% (779 человек).

По данным Росстата, за 2014 год по сравнению с аналогичным периодом 2013 года в Хабаровском крае отмечается:

- стабильный показатель рождаемости – 14,0 на 1000 населения, родилось 18 804 ребенка (за аналогичный период 2013 года – 18 738);
- снижение показателя смертности на 0,7% – с 13,4 на 1000 человек в 2013 году до 13,3 в 2014 году; умерло 17 852 человека, что на 0,6% меньше, чем за аналогичный период прошлого года (2013 год – 17 959 человек).

Значения целевых показателей, установленных «дорожной картой», достигнуты по показателям смертности от болезней системы кровообращения (721,7 на 100 тысяч населения), туберкулеза (23,5 на 100 тысяч населения), дорожно-транспортных происшествий (16,2 на 100 тысяч населения соответственно), новообразований (199,4 на 100 тысяч населения), младенческой смертности (10,5 на 1000 родившихся живыми).

Снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний удалось достичь путем оптимизации работы сосудистых центров, наращивания объемов интервенционных вмешательств, внедрения новых технологий лечения больных, применения тромболитической терапии.

На догоспитальном этапе, при наличии показаний, сотрудниками скорой медицинской помощи проводится тромболитическая терапия, позволяющая с помощью инъекции определенного фермента растворить тромб в сосуде. Для внедрения данной технологии подготовлено 105 специалистов. В 2014 году выполнено 266 процедур тромболизиса.

Больным с острым коронарным синдромом в 2014 году проведено 780 внутрисосудистых операций с имплантацией коронарного стента для восстановления кровотока. Это на 100 вмешательств больше, чем в 2013 году.

За три последних года высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» получили более 9 тысяч жителей края.

Показатель смертности от онкологических заболеваний ниже целевого на 4,3%. В 2014 году от онкологических заболеваний в крае умерло 2558 человек, в 2013 году – 2697 человек. В 2014 году число пациентов, прошедших через первичные онкологические кабинеты, составило 56 914 человек. Из числа осмотренных направлено в онкологические диспансеры – 10 835, из них диагноз подтвердился у 4824 человек.

В 2014 году удалось снизить показатель смертности от туберкулеза до 16,6 на 1000 населения, что на 29,3% ниже целевого показателя. Обследовано всеми методами на туберкулез 1 038 669 человек, что составило 78% от всего населения края (целевой показатель 74%).

Совершенствование медицинской помощи матерям и детям

С целью снижения показателя младенческой смертности, улучшения здоровья детей в крае организована трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и детскому населению. Реализуются мероприятия по раннему выявлению и коррекции нарушений развития ребенка: пренатальная диагностика развития ребенка, неонатальный и аудиологический скрининги. Организовано выхаживание недоношенных и маловесных новорожденных. Развивается хирургическая служба помощи новорожденным, сформирована трехэтапная система выхаживания и реабилитации новорожденных и детей раннего возраста, активно развивается перинатальная неврология.

В Хабаровском крае утвержден и реализуется план по снижению показателя младенческой смертности, предусматривающий комплекс мероприятий, начиная с ежедневного мониторинга каждой беременной женщины и детей в возрасте до года.

Меры организационного характера принесли свои результаты, среди них:

- строгое соблюдение направления беременных от районной больницы до перинатального центра;
- проведение дородовой диагностики;
- еженедельный мониторинг за состоянием здоровья детей первого года жизни;
- оперативные меры по переводу в краевые учреждения здравоохранения детей, находящихся в тяжелом состоянии;
- превентивная госпитализация детей из социально неблагополучных семей.

Каждый случай младенческой смертности разбирается на заседаниях Комиссии по контролю за состоянием материнской и младенческой смертности министерства здравоохранения края.

Отработана система регулярных выездов краевых специалистов в районы края с оказанием необходимой помощи на местах.

Внедрение современных перинатальных технологий позволило повысить выживаемость новорожденных с экстремально низкой массой тела на этапе акушерского стационара за три года в 1,3 раза.

Показатель младенческой смертности в 2014 году составил 9,5 на 1000 детей, родившихся живыми (в 2013 году – 12,4). Показатель младенческой смертности ниже целевого на 9,5%. В структуре причин младенческой смертности частота инфекционных и паразитарных заболеваний снизилась в 2,2 раза, частота случаев смерти от перинатальных причин снизилась в 1,4 раза.

В целях снижения младенческой смертности от врожденных пороков развития в 2014 году продолжены мероприятия по пренатальной (дородовой) диагностике. Пренатальная диагностика проведена 13 490 беременным (100%), выявлено 76 плодов с врожденными пороками развития. Терминировано 63 беременности.

В рамках неонатального скрининга обследовано 18 615 детей (98,9%), выявлено 12 больных детей.

В рамках аудиологического скрининга обследовано 18 662 ребенка (99%), выявлен 361 ребенок с нарушениями слуха (2,1% от числа обследованных). Всем детям с выявленной патологией назначено необходимое лечение.

Высокотехнологичная медицинская помощь

Жителям Хабаровского края ВМП оказывается в пяти краевых государственных

учреждениях здравоохранения в соответствии с государственным заданием и трех федеральных специализированных медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета. Кроме того, жители края направляются в федеральные учреждения здравоохранения, находящиеся за пределами края. В целях повышения доступности ВМП пациентам, не имеющим федеральной льготы на оплату проезда до места лечения и обратно, оплата проезда производится из краевого бюджета. На эти цели в 2014 году затрачено 9,62 млн рублей.

В 2014 году краевым учреждениям выделено 895 квот в рамках софинансирования из федерального бюджета и 389 квот – за счет краевого бюджета. Общий объем финансирования составил 156,8 млн рублей, в том числе 19,8 млн рублей из федерального и 137 млн рублей – из краевого бюджетов.

По итогам 2014 года общее число больных, пролеченных по ВМП, возросло по сравнению с 2013 годом в 2 раза.

Здоровый образ жизни

В 2014 году на реализацию основных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» в край привлечено более 442 млн рублей из федерального бюджета. Краевое финансирование составило 178,5 млн рублей.

В рамках развития первичной медико-санитарной помощи и совершенствования профилактики заболеваний в крае продолжают свою работу восемь центров здоровья. В 2014 году в центры здоровья края обратилось более 94 тысячи жителей края, из них – 22 тысячи детей. В школах здоровья основам здорового образа жизни с начала года обучено 54 574 человек, в том числе 17 259 детей.

Продолжена работа по проведению диспансеризации взрослого населения. В 2014 году плановое задание по проведению диспансеризации взрослого населения составило 189 500 человек, осмотрено 184 427 человек, или 96,8% от плана.

В крае проводится активная популяризационная кампания по формированию здорового образа жизни. За год проведено более 220 выступлений в различных телевизионных программах и радиопередачах, опубликовано более 66 статей в газетах и на сайтах, размещено 28 видеороликов.

Выездные формы оказания медицинской помощи

Географические, территориальные, демографические особенности районов края диктуют необходимость использования выездных форм оказания первичной медико-санитарной медицинской помощи населению отдаленных районов края.

В краевых государственных учреждениях здравоохранения организована деятельность мобильных медицинских бригад, которые в соответствии с планом-графиком осуществляют выезды во все отдаленные муниципальные районы края.

В целях обеспечения эффективности выездных форм первичной медико-санитарной медицинской помощи на базе Территориального консультативно-диагностического центра г. Комсомольска-на-Амуре на функциональной основе действует Межрайонный центр мобильной медицинской помощи.

Для медицинского обследования населения, проживающего в населенных пунктах, расположенных в бассейне реки Амур и не имеющих другого, кроме водного, транспортного сообщения, центр использует арендованный теплоход, на котором размещаются отдельные модули медицинского консультативно-диагностического комплекса.

В текущем году в муниципальные районы края проведено 360 выездов мобильных медицинских бригад, которыми оказана медицинская помощь более 47 тысяч человек, выявлено 34 тысячи заболеваний, в том числе 12,6 тысячи впервые.

В рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению края бесплатной медицинской помощи передвижному консультативно-диагностическому центру «Терапевт Матвей Мудров» НУЗ «Отделенческая поликлиника на ст. Хабаровск-1 ОАО «РЖД» определено государственное задание по оказанию медицинской помощи жителям, проживающим в малых населенных пунктах, расположенных вдоль железнодорожной магистрали Дальневосточной железной дороги. В текущем году ПКДЦ «Терапевт Матвей Мудров» сделано пять выездов в муниципальные районы края, оказана медицинская помощь более 9 тысячам пациентов.

Третий год для обследования населения труднодоступных районов края арендуется теплоход «Здоровье». Отправка теплохода в текущем году назначена на 25 мая из города Комсомольска-на-Амуре. За 40 дней работы будет обследовано население 30 сельских поселений трех муниципальных районов. Впервые теплоход зайдет в населенные пункты Херпучи и Оглонги района имени Полины Осипенко.

Годовой экономический эффект от выездных форм оказания первичной медико-санитарной помощи населению составляет более 60 млн рублей.

Перспективным направлением оказания медицинской помощи пациентам отдаленных районов края является дистанционное медицинское консультирование пациентов краевыми специалистами с использованием технологий телемедицины. Сегодня такая технологическая возможность имеется во всех районных больницах края. В прошлом году проведено более трехсот консультаций.

Организация неотложной медицинской помощи

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре амбулаторно-поликлинических медицинских организаций края созданы подразделения, отделения/кабинеты по оказанию неотложной первичной медико-санитарной помощи населению. На территории края утверждено положение о работе данных структурных подразделений, определены плановые задания по неотложной помощи. Организован ежеквартальный мониторинг показателей эффективности работы отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи в учреждениях края.

В краевых государственных учреждениях края осуществляют работу 43 кабинета неотложной медицинской помощи, в которых оказана помощь более 220 тысячам пациентов, в том числе на дому более 23 тысячам.

Обеспечение бесплатными лекарственными средствами

Численность отдельных категорий граждан, имеющих право на обеспечение необходимыми лекарственными препаратами за счет средств федерального бюджета, состав-

ляет на 31 декабря 2014 года 32 780 человек. Обслужено 249 774 льготных рецепта, выписанных этой категории льготников. Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах для медицинского применения, обеспечение которыми осуществляется за счет средств федерального бюджета, составляет 99,9%.

Численность граждан, имеющих право на обеспечение дорогостоящими лекарственными средствами, составляет 997 человек, обслужено 7125 рецептов на сумму 417 278,9 тысячи рублей. Удовлетворение потребности отдельных категорий граждан по программе высокозатратных нозологий в дорогостоящих лекарственных препаратах составляет 100%.

В целях обеспечения доступности лекарственной помощи населению в сельской местности отпуск лекарственных препаратов категориям граждан, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение, осуществляется через 47 аптечных организаций, расположенных в сельских поселениях.

Кроме этого, право на отпуск лекарственных препаратов имеют 142 обособленные медицинские организации (ФАПы, амбулатории).

Для организации адресной доставки лекарственных препаратов на адрес фактического проживания заключено соглашение между министерством здравоохранения Хабаровского края и министерством социальной защиты края об информационном обмене сведениями в части организации доставки лекарственных препаратов выездными мобильными бригадами.

Доставка лекарственных препаратов лицам с ограниченными возможностями передвижения в отдаленных сельских районах края осуществляется медицинскими работниками при посещении пациентов на дому, социальными работниками, врачебными бригадами, выездными мобильными бригадами социальных работников.

Пожилым гражданам, детям-инвалидам, а также инвалидам I группы, имеющим хронические заболевания, не требующие коррекции лечения, выписка льготных рецептов осуществляется на курс лечения до трех месяцев.

Реализация новых проектов

В июне 2014 года в Хабаровске сдан в эксплуатацию диализный центр, построенный на условиях государственно-частного партнерства. Подписано Соглашение между правительством Хабаровского края и ООО «Би Браун Авитум Руссланд» по реализации проекта нефрологического центра в г. Комсомольске-на-Амуре. Общая сумма проекта составляет 99,405 млн рублей. Срок реализации – 2014–2016 годы.

В июле 2014 года в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии построена уникальная гибридная операционная.

При софинансировании из федерального бюджета в 2014 году начата реконструкция объекта «Перинатальный центр, г. Хабаровск. Третья очередь. Реконструкция существующего акушерского корпуса».

Реорганизация лечебных учреждений

В 2014 году практически завершена реорганизация лечебных учреждений по принципу один район – одна центральная районная больница. Проведена реструктуризация 13 учреждений, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях и детскому населению. Объединены в одно юридическое лицо все кожно-венерологические диспансеры края с сохранением филиальной сети в четырех районах края. Создана единая краевая станция переливания крови, отработана логистика, обеспечивающая бесперебойное обеспечение учреждений здравоохранения края компонентами крови.

Начата работа по укрупнению противотуберкулезных диспансеров и стоматологических поликлиник.

С 1 января 2014 года переданы в систему обязательного медицинского страхования виды медицинской помощи, которые оказывались перинатальным центром за счет средств краевого бюджета (это 168,4 млн рублей), и все расходы по детскому санаторию «Амурский» (74,4 млн рублей). Общая сумма оптимизации расходов краевого бюджета составила 242,8 млн рублей.

Наряду с оптимизацией сети проводится постоянная работа по оптимизации штатной численности учреждений, приведению ее в соответствие с объемами оказываемых медицинских услуг.

Целевые показатели уровня заработной платы по категориям персонала, повышение оплаты труда которых предусмотрено Указом Президента РФ В.В. Путина № 597, установленные на 2014 год, по всем категориям персонала выполнены.

Средняя заработная плата медицинских работников по категориям персонала в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения края составила:

- врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское или иное высшее образование, – 50 904 рубля, или 141,3% от средней заработной платы по региону, при целевом показателе 130,7%;
- среднего медицинского персонала – 31 572 рубля, или 84,3%, при нормативном показателе на 2014 год 77,9%;
- младшего медицинского персонала – 19 014 рублей, или 50,8%, при нормативном показателе на 2014 год 51,0%.

С целью повышения структурной эффективности системы здравоохранения сформирована уровневая система оказания медицинской помощи, проработаны схемы маршрутизации пациентов по различным видам нозологий.

Объемы дорогостоящей стационарной помощи поэтапно сокращаются за счет наращивания объемов профилактической амбулаторной помощи в поликлиниках.

При расчете плановых заданий учреждениям средняя длительность лечения в стационаре приведена к рекомендуемым федеральным нормативам за счет формирования этапности лечения и использования стационарозамещающих технологий.

Снижение дефицита медицинских кадров

В рамках проекта «Земский доктор» привлечено в сельские населенные пункты и рабочие поселки 105 молодых врачей, в том числе в 2014 году – 26, которым предоставлена единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн рублей.

В рамках подпрограммы «Кадры здравоохранения» в отдаленные районы края за 2 года привлечено 68 специалистов: 18 врачей, 50 средних медицинских работников, в том числе в 2014 году – 9 и 31 соответственно.

При этом врачам выплачивается единовременная компенсационная выплата из бюджета края, средний размер которой – 1,5 млн рублей, средним медицинским работникам – 1,05 млн рублей.

Предоставлен «сберегательный капитал» в размере 50 минимальных окладов с учетом районных коэффициентов и процентных надбавок за стаж работы, установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации и Хабаровского края для соответствующей местности, специалистам, отработавшим в отдаленном и труднодоступном районе края не менее 3 лет. За период с 2009 по 2014 год «сберегательный капитал» получили 15 специалистов здравоохранения.

Хабаровский край с 2014 года участвует в реализации федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года», согласно которой жители сельских населенных пунктов, в том числе медицинские работники, смогут улучшить свои жилищные условия за счет средств федерального бюджета путем получения социальной выплаты на строительство (приобретение) жилья в сельской местности. Размер социальной выплаты составляет 70% от стоимости строительства (приобретения) жилья.

За учреждениями здравоохранения края закреплено 178 квартир, при этом только в 2014 году учреждениям здравоохранения края распределено 23 квартиры: Онкологическому диспансеру г. Комсомольска-на-Амуре – 10 квартир, ЦРБ района им. Лазо – 6 квартир, Солнечной ЦРБ – 6 квартир, Станции скорой медицинской помощи – 1 квартира.

Приоритеты в деятельности отрасли здравоохранения на 2015 год

2015 год объявлен Президентом России В.В. Путиным Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, что диктует необходимость продолжения мероприятий, направленных на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

В здравоохранении края будет продолжена реализация плана мероприятий по выполнению майских Указов Президента Российской Федерации, направленных на снижение смертности и увеличение продолжительности жизни жителей, рост заработной платы.

Продолжится реформирование и реструктуризация стационарной и амбулаторной службы медицинских организаций, а также организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях.

Будет активизирована работа, направленная на оптимизацию неэффективно работающих стационарных коек, развитие стационарозамещающих технологий.

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи будет осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

Активизируется работа по переводу всех специалистов здравоохранения на «эффективный контракт». С целью повышения практических знаний и навыков специалистов запланировано широкое использование возможностей симуляционных центров.

Продолжится работа по привлечению в отрасль медицинских кадров, в том числе за счет увеличения целевого набора в Дальневосточный государственный медицинский университет и медицинский колледж.

С 2015 года в крае, как и во всей стране, начнется всеобщая диспансеризация населения. Это позволит выявлять многие болезни на ранней стадии, проводить профилактические и лечебные мероприятия в полном объеме, что должно существенно снизить смертность населения.

В Территориальной программе на 2015–2017 годы сохраняются тенденции последних лет, а именно:

- увеличение объемов медицинской помощи по профилактической помощи в амбулаторных условиях с одновременным ростом неотложной помощи;
- увеличение объемов в дневных стационарах при снижении уровня госпитализации в круглосуточных стационарах;
- повышение эффективности работы койки за счет увеличения среднегодовой занятости койки и интенсификации лечебного процесса за счет внедрения новых медицинских технологий, в том числе высокотехнологичных и ресурсосберегающих.

В крае получат свое дальнейшее развитие телемедицинские технологии, дистанционные методы обучения.

Основные риски, стоящие перед здравоохранением, связаны с недофинансированием отрасли на фоне кризисной ситуации в стране и мире.

Основные проблемы и предложения по их решению

Уровень заработной платы

Сегодня регионы, идущие с перевыполнением целевых показателей по повышению заработной платы медицинским работникам, подвергаются критике со стороны Минздрава России. В то же время оценка показателей уровня заработной платы учитывает показатель укомплектованности медицинскими кадрами.

При оценке показателей субъектов необходимо учитывать показатель укомплектованности медицинскими кадрами.

В Хабаровском крае коэффициент совместительства по врачам составляет 1,47, по среднему медицинскому персоналу – 1,38, по младшему – 1,3.

Это связано с дефицитом медицинских кадров и необходимостью обеспечения круглосуточного оказания медицинской помощи населению (стационары, скорая помощь и т.п.).

В соответствии с методикой показатель средней заработной платы исчисляется с учетом оплаты труда по внутреннему совместительству. При снижении коэффициента совместительства до единицы параметры Указа не будут выполняться.

Поэтому министерством здравоохранения Хабаровского края данная проблема неоднократно выносилась на совещания различного уровня, в том числе на уровне Минздрава РФ.

Решение кадровой проблемы

Основа решения этой задачи – реализация краевой подпрограммы «Кадры здравоохранения», в том числе привлечение и закрепление медицинских работников за счет предоставления компенсационных выплат и увеличение «целевого» набора в медицинские образовательные учреждения.

В 2013 году в программу «Земский доктор», предусмотренную частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2011 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», включены рабочие поселки, численность населения которых сопоставима с численностью населения городов Хабаровского края, где также имеется значительный дефицит врачей.

В целях привлечения медицинских работников в возрасте до 45 лет в учреждения здравоохранения и закрепления их на местах считаем целесообразным распространить действие программы «Земский доктор» на малые города Дальневосточного федерального округа.

В Хабаровском крае из семи городских населенных пунктов пять городских имеют численность населения менее 50 000, в том числе: г. Амурск (41 074), г. Бикин (16 508), г. Вяземский (13 881), г. Николаевск-на-Амуре (20 774), г. Советская Гавань (26 174).

В перечисленных населенных пунктах расположены центральные районные больницы, однако врачи учреждений здравоохранения, расположенных в указанных городах, не имеют права участвовать в программе «Земский доктор», что не способствует привлечению и закреплению кадров в указанных городах.

Положительное решение этой проблемы позволило бы снизить дефицит кадров в малых городах.

Транспортная доступность

Внесение изменений в порядок оплаты проезда к месту лечения и обратно федеральным льготникам (инвалидам) из отдаленных территорий в центральные регионы страны для лечения по высокотехнологичным видам медицинской помощи, в части обеспечения поездки именно авиатранспортом (без выбора между авиа и ж/д по стоимости билетов).

В настоящее время порядок оплаты проезда определен Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 года № 864 «О порядке финансового обеспечения расходов по предоставлению гражданам государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг». При направлении инвалидов на лечение в центральные регионы России выбор производится Фондом социального страхования между авиа и ж/д транспортом по наименьшей стоимости билета. Учитывая большие расстояния, длительность транспортировки ж/д транспортом в центральные регионы страны, наличие у больных тяжелой патологии, требующей лечения по ВМП, в том числе и детей, предлагается обеспечивать их авиабилетами для пролета до места лечения и обратно.

Инновационное развитие – залог успеха

Главный врач КГБУЗ «Краевой клинический центр онкологии» министерства здравоохранения Хабаровского края, доктор медицинских наук
Виталий Коваленко

Виталий Леонидович, в прошлом году завершилась реализация федеральной онкологической программы. На ваш взгляд, нуждается ли здравоохранение в ее продолжении?

В Хабаровском крае выполняется стратегия развития онкологической службы края, определяемая краевой целевой подпрограммой «Онкология», частью федеральной целевой программы, планом мероприятий («дорожной картой»), направленных на повышение эффективности онкологической помощи населению.

Край трижды участвовал в реализации нацпроекта по совершенствованию оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Полностью обновлена материально-техническая база радиационной медицины, подготовлены кадры, внедрены и активно используются современные методы ядерной медицины. Однако медицинская наука не стоит на месте. Необходима новая Федеральная программа развития онкологии, расширяющая возможности онкологических служб в регионах.

Краевой клинический центр онкологии – современное лечебное учреждение. Каковы достижения последних лет, направленные на совершенствование онкологической помощи и снижение уровня смертности от онкологических заболеваний?

В 2014 году была дооснащена современной аппаратурой клинико-диагностическая лаборатория ККЦО (гематологический, биохимический, иммуноферментный, газов крови и электролитов анализаторы). Введена в эксплуатацию ПЦР-лаборатория. Практически полностью переоснащена патологоанатомическая служба КГБУЗ «ККЦО» МЗ ХК. Внедрена роботизированная система гистологической и иммуногистохимической диагностики с архивированием и системой телеконсультаций (Case Center).

За счет внедрения цифровых и телемедицинских технологий повысился уровень качества исследований, проводятся консультации столичных и зарубежных специалистов по сложным морфологическим препаратам.

Для достижения максимально возможных результатов раннего выявления и эффективного лечения онкозаболеваний применяется фотодинамическая диагностика. Оборудование для эндоскопических и УЗИ-исследований, приобретенное по федеральной программе, позволило поднять достоверность определения степени поражения за пределами стенок пораженного органа, проводится пункционная биопсия органов. Совершенствуются и внедряются эндохирургические методы диагностики и лечения ЗНО.

В КГБУЗ «ККЦО» МЗ ХК введена в строй высокотехнологичная эндооперационная, которая позволила выполнять широкий спектр операций при онкологических заболеваниях и сократить сроки лечения пациентов.

В 2014 году введен в эксплуатацию новый компьютерный томограф. Подготовлен к запуску новый электронно-фотонный ускоритель с усовершенствованной системой планирования, позволяющей использовать диагностические данные ПЭТ-КТ и МРТ, что позволило сформировать единое информационное пространство ККЦО (методы диагностики и планирования) и замкнуть цикл: диагностика – планирование – лучевое лечение – контроль – реабилитация. Новый ускоритель дополнил существующий парк аппаратов для современного лучевого лечения, что повысило доступность данного вида лечения для жителей Хабаровского края и Дальневосточного федерального округа.

Отмечается увеличение объемов стереотаксической радиохирургии опухолей, внедрение радиохирургических методов лечения при различных локализациях, увеличение объемов радионуклидной терапии и расширение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по радионуклидной терапии. Совершенствуется метод брахитерапии, позволяющий радикально безоперационно излечить опухоли предстательной железы, языка, слизистой дна полости рта, молочной железы и других органов.

Оснащению центра можно по-доброму позавидовать. В его составе есть даже ПЭТ. Как финансируются сложные исследования и высокотехнологичная медицинская помощь? Ведь многие расходные материалы, используемые в онкологии, нельзя назвать дешевыми…

В целях улучшения диагностики и контроля лечения пациентов онкологического профиля совершенствуется работа ПЭТ-центра, применяются новые методики и алгоритмы оценки патологических образований.

ПЭТ-центр принимает не только пациентов Хабаровского края, но и жителей субъектов Дальневосточного федерального округа, которые обследуются в пределах установленных квот, по межтерриториальному взаимодействию в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами. Одним из направлений совершенствования организации онкологической помощи населению в 2015 году планируется дальнейшее развитие ПЭТ-технологий в регионе с максимальным приближением к многопрофильным специализированным учреждениям.

Финансирование осуществляется по одноканальному принципу, однако тарифы ОМС не покрывают расходов на проведение всего комплекса диагностических и лечебных услуг. Необходимо увеличение объемов ВМП по онкологии (на 2015 год выделено всего 149 квот на ВМП жителям Хабаровского края) для повышения доступности высокотехнологических методов лечения для пациентов с онкологическими заболеваниями.

Не так давно, в марте 2015 года, сотрудники Федерального государственного автономного учреждения «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России проводили мастер-класс в Хабаровске.

Специалисты не только нашего онкоцентра, но и краевых больниц приняли участие в мастер-классе, который проводил с коллегами заведующий отделением онкологии хирургического профиля, к.м.н. В.К. Лядов. Был показан практически весь спектр мини-инвазивных видеоэндоскопических хирургических операций при раке кишечника и желудка, опухолях и метастатических поражениях печени, раке поджелудочной железы, молочной железы, предстательной железы, яичника, почки, надпочечников.

Хочется отметить, по мнению наших столичных коллег, у нас есть все возможности (технические, кадровые) для масштабной реализации этого вида хирургических операций.

Виталий Леонидович, что можно сказать об онкологической заболеваемости и смертности в регионе? Есть ли какие-то особенности?

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Хабаровском крае в последние годы продолжает расти, в 2014 году выявлено 5498 заболеваний, что составило почти 410,3 случая на 100 тысяч населения края.

Наиболее высокие уровни заболеваемости населения края (оба пола) в 2014 году выявлены при следующих локализациях опухолевого процесса: кожа, легкое, молочная железа. Доля больных с визуальными локализациями злокачественных новообразований, выявленных активно при целевых медицинских осмотрах, с I и II стадией злокачественных новообразований – 81,5%.

На какой стадии сейчас чаще всего выявляется рак в крае и что можно сказать о пятилетней выживаемости больных, у которых онкологическое заболевание выявлено впервые?

Государственными целевыми программами были определены целевые показатели на 2014 год, которые выполнены в полном объеме:

Смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных –– 199,4 случаев на 100 тысяч человек (фактически выполнено – 190,8).

Доля выявленных злокачественных новообразований на I–II стадии – 52,2% (фактически выполнено – 53,1%).

Удельный вес больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, – 52,2% (фактически – 52,3%).

Доля умерших от злокачественных новообразований в течение года с установления диагноза в числе больных, впервые взятых на учет в предыдущем году, – 20,9% (фактически – 20,1%).

Можно ли сказать, что в Хабаровском крае действует трехуровневая система оказания онкологической помощи?

Снижение уровня смертности от онкологических заболеваний в крае определяется повышением доступности и качества медицинской помощи, выявлением ЗНО на ранних стадиях, что было предусмотрено определяющим звеном Программы модернизации.

Главным итогом Программы модернизации онкологической службы края стала новая система организации работы медицинских учреждений на основе единых порядков и стандартов оказания медицинской помощи, трехуровневая система оказания онкологической помощи. В 2014 году проведен заключительный этап утверждения схем маршрутизации в оказании медицинской помощи онкологическим больным в Хабаровском крае.

Насколько доступна онкологическая помощь? И отправляете ли вы часть больных на лечение в федеральные клиники Москвы и Санкт-Петербурга?

Краевой клинический центр онкологии является учреждением, оказывающим специализированную онкологическую и высокотехнологичную медицинскую помощь преимущественно населению г. Хабаровска и Хабаровского края. За 2014 год из 6453 больных, пролеченных в круглосуточном стационаре, 157 пациентов (2,4%) было из других регионов ДФО. Наибольшую потребность регионы Дальневосточного федерального округа имеют по ПЭТ-диагностике: из 6636 обследованных пациентов 630 (9,5%) составили жители Приморского края, Амурской области и ЕАО.

Наиболее сложные для диагностики и лечения случаи направляются в центральные медицинские учреждения. Это относится

к некоторым видам высокотехнологичной помощи.

Как вы считаете, как должна осуществляться профилактика развития онкологических заболеваний и их ранняя диагностика?

В Хабаровском крае проведены мероприятия по первичной профилактике онкологических заболеваний на основе данных диспансеризации населения по единому стандарту обследования с целью раннего выявления лиц из групп высокого риска.

Приняты меры, направленные на повышение онкологической настороженности врачей «первичного контакта» и осуществление диспансерного наблюдения за выявленными онкологическими больными. Организованы и проведены информационно-просветительские и скрининговые программы для населения о факторах риска и первых признаках онкологических заболеваний с привлечением средств массовой информации, сети Интернет. Работа в региональных СМИ проводится в соответствии с планом: выступления ведущих специалистов ТВ-канал «Губерния», передача «Здоровье», участие в выставках («Красота и здоровье» и др.), участие в акциях по раннему выявлению ЗНО («Розовая ленточка»), проведение мероприятий в День борьбы с раком.

На новом уровне проводится организационно-методическая работа онкологической службы края: проводится еженедельный мониторинг онкологической смертности в разрезе муниципальных районов, контроль заполнения свидетельств о смерти.

Проводится активная выездная организационно-методическая и консультативно-диагностическая помощь онкологическим больным в районах Хабаровского края, врачами-онкологами в соответствии с утвержденным графиком и Концепцией выездной работы врачей-кураторов.

Ощущается ли в регионе дефицит онкологов? Каким образом решается эта проблема?

Проводится работа по улучшению онкологической службы муниципальных районов (обучение кадров, дооснащение современным медицинским оборудованием и расходными материалами) в целях выявления ЗНО на ранних стадиях. Для этого внедрена система целевой подготовки молодых специалистов (онкологов) с закреплением их в районах в соответствии с действующим законодательством. Организована работа смотровых и онкологических кабинетов в ЛПУ края в соответствии с требованиями нормативных документов.

Проведенная информатизация ЛПУ с использованием современных телекоммуникационных технологий используется для обеспечения взаимосвязи с территориальными специализированными учреждениями в целях осуществления дистанционных консультаций и непрерывного дистанционного обучения как специалистов-онкологов, так и врачей других специальностей по диагностике ЗНО, наполнения и совершенствования ракового регистра, мониторинга оказания онкологической помощи.

Расскажите о квалификации специалистов центра, как часто они участвуют в международных конференциях? Насколько нам известно, клиника установила прочные деловые контакты с преподавателями Харбинского медицинского университета. Наверное, есть и совместные проекты с китайскими коллегами?

Мы ежегодно проводим онкологическую секцию международного конгресса «Доказательная медицина». Налажены научно-образовательные и практические контакты с онкологическими клиниками Республики Корея, Харбинским медицинским университетом, университетскими клиниками Японии. Это не только обмен делегациями, но и проведение видеоконференций, мастер-классов, стажировки специалистов.

Что в ближайших планах руководства и коллектива центра?

Дальнейшее развитие онкологии в Хабаровском крае связано со строительством в рамках реализации инвестиционных проектов на условиях государственно-частного партнерства Центра высокодозной химиотерапии с технологиями по пересадке костного мозга, перепрофилирование лаборатории радионуклидной диагностики в отделение радионуклидной терапии для проведения лечения рака щитовидной железы. Дальнейшее развитие ПЭТ-технологий в регионе с максимальным приближением к многопрофильным специализированным учреждениям. В планах развития онкослужбы – строительство Центра протонной терапии.

Перспективные направления развития технологий перинатальной помощи в Дальневосточном федеральном округе

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

Социально-экономические особенности Хабаровского края должны стать определяющими для дальнейших перспектив регионализации здравоохранения и формирования приоритетных направлений организации медицинской помощи населению.

Сложные природно-климатические условия, особенности географического и экономического положения отдельных муниципальных образований Хабаровского края требуют принятия не шаблонных решений реструктуризации системы здравоохранения, а создания моделей организации медицинской помощи населению, направленных исключительно на повышение ее доступности, качества и безопасности.

Развитие медицины высоких технологий в акушерстве, гинекологии, неонатологии, педиатрии и хирургии новорожденных призвано, прежде всего, положительно влиять на показатели здоровья женщин и детей.

Активная поддержка правительством Хабаровского края службы материнства и детства позволила реализовать ряд программно-целевых мероприятий и внедрить современные перинатальные технологии в систему здравоохранения нашего региона.

Все должно быть обдуманно

Бурное развитие перинатальной медицины началось с 2001 года, с момента образования краевого перинатального центра (далее по тексту Центр), а сосредоточение ресурсов федерального и краевого бюджетов позволило снизить показатели фетоинфантильных потерь, материнской и младенческой смертности. Как известно, одним из важнейших резервов снижения фетоинфантильных потерь, особенно перинатальной смертности, является концентрация специализированных видов, а также внедрение и совершенствование высокотехнологичных видов медицинской помощи.

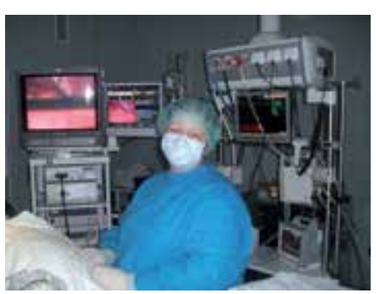
Поскольку на современном этапе перинатальные центры создаются в условиях действующей структуры медицинской помощи населению, то специфические условия на каждой конкретной территории могут вносить определенные коррективы в организацию деятельности перинатальных центров. Однако эти коррективы должны быть обоснованными и рациональными.

На наш взгляд, на территории с низкой плотностью населения модель перинатальной помощи должна подвергаться определенным трансформациям в соответствии со спецификой региональных планов реформирования перинатальной и общемедицинской службы, а узкоспециализированные виды медицинской помощи женщинам и детям должны быть сосредоточены в наиболее крупных перинатальных центрах, с консолидацией финансовых ресурсов федерального и территориальных бюджетов, для обеспечения доступности специализированных, дорогостоящих видов медицинской помощи женщинам и детям. Процессы интеграции, консолидации и системное взаимодействие в области перинатальной медицины Дальнего Востока неизбежны.

Основываясь на принципе централизации ресурсов здравоохранения, в краевом перинатальном центре можно решать проблемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям Дальневосточного федерального округа по отдельным направлениям, прежде всего, по преодолению бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), выхаживанию маловесных новорожденных, оказанию хирургической помощи новорожденным с аномалиями развития.

Высокотехнологичная медицинская помощь

В перинатальном центре Хабаровского края высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) оказывается с 2008 года. Оказание ВМП проводится с участием врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, детских хирургов, трансфузиологов, офтальмологов, иммунологов, врачей ультразвуко-



вой диагностики и других специалистов. Большое внимание при этом уделяется соответствующей подготовке кадров: в период с 2008 по 2014 год на центральных базах прошли подготовку более 60 специалистов различного профиля. Лечение больных осуществляется в соответствии с федеральными стандартами оказания высокотехнологичной медицинской помощи, клиническими протоколами по профилю патологии.

Оказание ВМП проводится за счет ассигнований федерального и краевого бюджетов, с 2013 года – также за счет ФОМС (ВРТ).

В результате за 3 последних года количество выполненных программ ВРТ возросло на 13%.

Вспомогательные репродуктивные технологии

Бесплодие – серьезная проблема репродуктологии, при которой имеется сочетание социального, психического неблагополучия и практически всегда физического нездоровья в семье (ВОЗ, 1997).

Социальные факторы бесплодного брака характеризуются снижением социальной активности наиболее работоспособной группы населения, резким повышением числа разводов среди данного контингента и влиянием на демографическую ситуацию.

В Хабаровском крае, по расчетам, более 12 000 семейных пар нуждаются в проведении вспомогательных репродуктивных технологий.

У 70% женщин средняя длительность бесплодия составляет от 5 до 15 лет. Ситуация осложняется тем, что средняя эффективность консервативного лечения всех форм бесплодия составляет 30–40% и может быть повышена только при использовании технологий вспомогательной репродукции.

Вспомогательные репродуктивные технологии осуществляются в перинатальном центре Хабаровского края с 2006 года, когда впервые в регионе были внедрены программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и искусственной инсеминации спермой мужа (ИИСМ).

В 2008 году внедрены новые технологии: культивирование эмбрионов до стадии бластоцисты и оплодотворение методом ИКСИ в программах ЭКО. С 2009 года проводятся программы ЭКО с использованием донорских ооцитов, суррогатное материнство. В 2010 году внедрена технология криоконсервации эмбрионов, использование донорской спермы в программах ВРТ. С 2013 года отделение вспомогательных репродуктивных технологий Центра входит в общероссийский регистр медицинских учреждений, оказывающих данный вид помощи за счет ОМС.

Всего с 2006 года, в результате применения ВРТ, на территории края родилось 1029 детей.

Данные виды и объемы ВРТ вполне могут быть увеличены до определенных потребностей Дальневосточного федерального округа, и проблему преодоления бесплодия можно успешно решать на региональном уровне.

Технологии выхаживания и реабилитации маловесных новорожденных, детей с неврологической патологией

Отделение анестезиологии-реаниматологии для новорожденных также является единственным на территории Хабаровского края; оснащено современным специализированным оборудованием от ведущих мировых производителей, необходимым для выхаживания и лечения глубоко недоношенных и маловесных детей.

Ежегодно в отделении анестезиологии-реаниматологии для новорожденных получают лечение до 350 детей. В результате концентрации в перинатальном центре женщин с преждевременными родами, из группы высокого риска по перинатальной смертности в структуре больных РАО для новорожденных доля недоношенных в 2014 году возросла до 73% (2012 – 69%), из них каждый десятый ребенок имел ЭНМТ (2012 – 8%).

Отделением достигнуты успехи в выхаживании и лечении недоношенных и незрелых детей; новорожденных с дыхательными расстройствами, с врожденными инфекциями, с поражением нервной системы; накоплен уникальный опыт выхаживания пациентов после хирургических операций. Совершенствование технологий лечения и выхаживания новорожденных позволило сократить практически вдвое среднее пребывание на ИВЛ детей с респираторными нарушениями.

Всего в Центре, в соответствии с федеральными квотами ВМП, за 7 лет было пролечено 324 новорожденных, 77% из которых родились в Центре, в том числе 68% – недоношенными. Кроме того, за счет средств краевого бюджета и ОМС было пролечено 940 детей с заболеваниями, также входящими в категорию ВМП.

В группе новорожденных, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, до 85% детей выписываются из стационара в удовлетворительном состоянии.

Неонатальная хирургия

Отделение хирургии новорожденных сегодня единственное такого рода отделение на территории Хабаровского края и прилегающих территориях Дальнего Востока.

Хирургическая высокоспециализированная помощь в неонатальном периоде оказывается детям не только Хабаровского края, но и Еврейской автономной области, Магаданской и Сахалинской областей, Камчатского края. Учитывая уникальность, сложность 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 (по типу кластерной системы), так как здесь имеются кадровые возможности, а также сосредоточены все современные организационные и лечебно-диагностические перинатальные технологии.

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 нескольким профилям (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 – с кардиохирургами. Специалистами отделения освоены высокотехнологичные виды медицинской помощи, в том числе реконструктивно-пластической хирургии при пороках мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта, аномалиях диафрагмы.

Показатель хирургической активности традиционно составляет свыше 90%. Ежегодно хирургическую помощь получают более 250 детей, из них до 8% – с массой тела менее 2000 грамм. Доля высокотехнологичных операций составляет 60–87%.

В 2013 году в отделении хирургии новорожденных внедрены видеоэндоскопические технологии: в 2014 году в отделении выполнено 26 лапароскопических операций (2013 год – 16) при кистах и опухолях, диафрагмальных грыжах, пилоростенозах и другие.

В последние годы 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 обеспечивается путем применения 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; внедрения технологий гравитационной хирургии крови, оптимальной антибактериальной и инфузионной терапии, парентерального питания.

Динамическое наблюдение детей с корригированными врожденными пороками в кабинете 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, показатель послеоперационной летальности в 2014 году составил 1,9%.

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 (атрезия пищевода, диафрагмальные грыжи, атрезия 12-перстной кишки, гастрошизис). При врожденных пороках мочевыделительной системы, кистах и опухолях брюшной, грудной полостей за последние 5 лет удалось добиться выживаемости в 90% и более случаев.

Достигнутые в последнее время успехи в лечении ВПР позволяют в большинстве случаев рекомендовать женщине и семейной паре сохранение беременности. 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 в 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, что немаловажно, и совместно разработать тактику ведения новорожденного в до- и послеоперационном периодах с учетом фоновых состояний и сопутствующей патологии.

В перинатальном центре планируется дальнейшее оказание высокотехнологичной медицинской помощи новорожденным, совершенствование технологий неонатальной хирургии, в том числе дальнейшее развитие мини-инвазивных эндоскопических вмешательств; внедрение телемедицинских технологий в проведение антенатальных и предоперационных консилиумов.

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 другое.

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.

Технология медико-генетического консультирования

Врожденная и наследственная патология в Российской Федерации занимает ведущее место в структуре инвалидности, перинатальной и младенческой смертности. Медико-генетическая консультация перинатального центра Хабаровского края является лидирующим учреждением медико-генетической службы Министерства здравоохранения Российской Федерации на Дальнем Востоке.

В структуре младенческой и детской смертности генетически детерминированные болезни составляют примерно 37%. Около 10% больных детей умирают от моногенных болезней, 26–27% детей гибнут в результате сочетания неблагоприятных генетических и средовых факторов. Значимость профилактики врожденной и наследственной патологии возрастает с повышением уровня охраны здоровья матери и ребенка.

Для решения задач по выявлению, профилактике и лечению наследственных и врожденных заболеваний, по снижению обусловленных ими детской заболеваемости, смертности и инвалидизации в Хабаровском крае в 1981 году на базе Хабаровской детской краевой клинической больницы (в настоящее время КГБУЗ «Перинатальный центр») была создана первая на Дальнем Востоке медико-генетическая консультация. Одним из разделов работы медико-генетической консультации является проведение массового неонатального скрининга.

С 1991 года Хабаровской медико-генетической консультацией внедрен скрининг новорожденных на фенилкетонурию, с 1993 года – на врожденный гипотиреоз, с охватом популяции в те годы 95%. До 2006 года консультация проводила обследование всех новорожденных Дальнего Востока (ЕАО, Магаданская область, Сахалинская область, Камчатская область, Приморский край). В 2006 году в рамках национального приоритетного проекта «Здоровье» неонатальный скрининг был расширен до пяти нозологических форм.

Охват скрининговыми исследованиями новорожденных края ежегодно составляет 99%. Только в 2014 году было выявлено 12 больных (2013 – 7): 5 – с врожденным гипотиреозом, 3 случая муковисцидоза, 2 случая фенилкетонурии, по 1 случаю галактоземии и адреногенитального синдрома. Кроме того, было диагностировано 216 наследственных заболеваний у детей, таких как синдромы Рассела – Сильвера, Линча, Клиппеля – Треноне – Вебера, Банаяна – Зонана, Ретта, Грейга, Марфана, Барде – Бидля, пикнодизостоз, фосфат-диабет, карликовость Леви, амовроз Лебера, нейрофиброматоз, болезнь Вольмона, наследственный ангионевротический отек, рецессивный поликистоз почек.

В рамках пилотного проекта по пренатальной диагностике в 2014 году также было обследовано 13 496 женщин. Показатель эффективности пренатальной диагностики соответствует целевым показателям.

Что впереди?

Новые перспективы развития службы родовспоможения края открываются с введением в строй после реконструкции акушерского корпуса перинатального центра, который позволит завершить организационное устройство акушерско-гинекологической службы Центра с созданием замкнутого цикла оказания специализированной медицинской помощи женщинам и детям. Кроме того, с открытием корпуса после реконструкции в Центре будут внедрены новые лечебно-диагностические технологии, в том числе технологии МРТ с приставкой ФУЗ-аблации, МРТ плода; краниоцеребральной гипотермии для новорожденных, родившихся в тяжелой асфиксии; гемофильтрации для новорожденных с полиорганной недостаточностью.

Правительством края, министерством здравоохранения уделяется пристальное внимание развитию перинатальной медицины. Только совместные усилия органов законодательной и исполнительной власти, специалистов Центра и всей перинатальной службы позволили снизить показатель младенческой смертности на территории края за 2 года в 1,3 раза и сохранить показатель материнской смертности на стабильно низком уровне.

Таким образом, происходящие изменения в организации службы материнства и детства только начало большого и трудного пути по совершенствованию комплексной системы перинатальной помощи в Хабаровском крае, которая потребует привлечения дополнительных финансовых ресурсов и консолидации бюджетов всех уровней для решения задач доступности высокоспециализированной и дорогостоящей медицинской помощи женщинам и детям.

680028, г. Хабаровск,
ул. Истомина, д. 85
Тел.: (4212) 45-40-03
Факс: (4212) 45-40-53
E-mail: perinatalcenter@rambler.ru,
usstupak@rambler.ru
Сайт: www.guzpc.ru

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Консультативно-диагностический центр ВИВЕЯ

Главный врач КГБУЗ КДЦ «Вивея», кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ
Наталья Болоняева

Консультативно-диагностический центр «Вивея» – одно из ведущих амбулаторно-поликлинических учреждений в системе здравоохранения Хабаровского края с более чем 80-летней историей.

«Вивея» – это оказание высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи населению, внедрение в практику медицинской помощи современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе принципов доказательной медицины, развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения.

Профилактика болезней и пропаганда здорового образа жизни – одни из приоритетных направлений работы учреждения. Главная цель – помочь пациентам сохранить крепкое здоровье, душевное равновесие и уверенность в себе на долгие годы. Индивидуальный подход – залог высокого качества и эффективности нашей работы.

Приоритетным направлением работы Центра является проведение профилактических скринингов с учетом возраста пациентов. Это лабораторная диагностика, оценка состояния органов дыхания, комплексные обследования сердца и желудка, всевозможные ультразвуковые исследования, консультации специалистов. Кроме этого, специалистами КДЦ «Вивея» разработано более 30 программ углубленного скрининга наиболее распространенных заболеваний, что дает возможность выявить заболевания на самых ранних стадиях и оценить риск их возникновения в будущем.

Центр здоровья и здоровый образ жизни

Центр здоровья специализируется на продвижении медицинской услуги, которая носит особый социальный характер. Количество обследованных и проконсультированных врачами Центра пациентов из года в год увеличивается. Одна из основных причин такой тенденции – создание маркетинговых программ медицинской организации по формированию у населения здорового образа жизни.

Предоставление новой услуги – скринингового обследования, занимающего минимальное время для получения результатов и не требующего какой-либо особенной подготовки пациента к исследованию.

При помощи рекламы – расширение знаний пациента о целях и способах оказания услуги: по радиосвязи постоянно идет объявление во всех отделениях КДЦ о возможности обследования в ЦЗ; на фасаде здания диагностического центра – электронное табло с приглашением на обследование в Центр здоровья; печатная информация в виде листовок, приглашений на обследование, цветные буклеты с тематикой здорового образа жизни.

В целях поддержания интереса к Центру здоровья и мотивации населения к здоровому образу жизни проводятся периодические выступления на телевидении, радио, публикуются статьи в печатных изданиях. Сотрудники принимают участие в семинарах и научно-практических конференциях, выставках. Проводят выездные акции, в том числе выступления среди работающих, молодежи и студентов.

Разработаны и внедрены новые методики проведения акций «Прогулка с врачом»; «Школа здоровья» – по различным темам (артериальная гипертония, бронхиальная астма, сахарный диабет, заболевания суставов и др.) прошел обучение 1041 пациент.

Центром здоровья налажено тесное сотрудничество с другими отделениями КДЦ. При наличии показаний пациенты направляются на флюорографическое и маммографическое обследование, ЭКГ, ФВД, ФГДС.

Центром здоровья проведена огромная работа по установлению коммуникаций с руководителями предприятий и учреждений, в том числе и руководителями краевых медицинских организаций. Ключевыми клиентами являются организации с численностью более 1000 сотрудников.

Особое внимание Центр здоровья КГБУЗ КДЦ «Вивея» уделяет ветеранам Великой Отечественной войны и труженикам тыла. Наши специалисты с особым почтением обследуют и консультируют эти категории граждан.

Для обеспечения выездного обследования нашим лечебным учреждением была создана и укомплектована выездная бригада специалистов Центра здоровья. Благодаря этому, возможность обследования и получения информации о здоровом образе жизни появилась у населения южных районов Хабаровского края. В течение года бригада Центра здоровья осуществляет более 59 выездов в сельские районы края. Охвачены обследованием 49 поселков.

Особое внимание уделяется мотивации молодежи к отказу от курения и злоупотребления алкоголем, ведению здорового образа жизни.

При наличии соответствующей стратегии можно влиять на многие факторы, в том числе и на качество жизни людей, путем формирования у них мотивации к здоровому образу жизни. Это должно способствовать в конечном итоге улучшению демографической обстановки, что является одним из приоритетных направлений Программы модернизации здравоохранения Хабаровского края.

680000, г. Хабаровск, ул. Запарина, д. 83 • Тел.: (4212) 45-26-18 • Факс: (4212) 45-15-40
E-mail: denisova@viveya.khv.ru • Сайт: http://www.viveya.khv.ru

Качество и экономическая эффективность

Краевая клиническая больница № 2 – крупнейшее в крае учреждение, оказывающее неотложную специализированную медицинскую помощь населению с травмами и заболеваниями центральной и периферической нервной системы, опорно-двигательного аппарата

Главный врач КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» министерства здравоохранения Хабаровского края, врач-нейрохирург высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, главный нейрохирург Хабаровского края
Кирилл Пошатаев

История развития медицины Хабаровского края свидетельствует, что меры по улучшению качества и доступности медицинской помощи жителям дают свою отдачу. Как известно, переход от плановой экономики в начале 90-х годов к рыночной вызвал глубочайший экономический кризис. Чтобы улучшить финансовое состояние больниц, краевые власти приняли решение создать из нескольких муниципальных клиник краевые лечебные учреждения. Одной из них и стала Краевая клиническая больница № 2.

В дальнейшем инвестиции в развитие нашего лечебного учреждения позволили развить виды медицинской помощи, которые были необходимы для лечения больных всего региона.

Серьезный вклад в развитие инфраструктуры учреждения был сделан в начале 2000 годов с введением в эксплуатацию нового клинического корпуса, оснащенного современной реанимацией, диагностическим и операционным блоком общей площадью 15 600 кв. м. То есть «прибавка» была больше, чем суммарная площадь всех существовавших ранее корпусов. Стоимость строительства составила 1 млрд 300 млн рублей. В дальнейшем в рамках национального проекта «Здоровье» правительство Хабаровского края и федеральный бюджет выделили более 500 млн рублей на дополнительное оснащение больницы современным оборудованием для диагностики и оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Кроме того, внутренние помещения приобрели современный вид благодаря проведенным ремонтам в операционных, реанимационных и других отделениях.

В рамках федеральных программ по снижению смертности от дорожно-транспортного травматизма и совершенствования медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями большинство врачей лечебного учреждения были направлены на усовершенствование квалификации, в том числе более 40 специалистов – в зарубежные клиники.

Улучшение материально-технической базы и оснащение новым оборудованием позволили внедрить передовые технологии лечения, прежде всего пациентов с инфарктами миокарда, инсультами, пострадавших от травм.

Вскоре больница получила лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по следующим профилям: травматология и ортопедия, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, комбустиология. Ежегодно в Краевой клинической больнице № 2 выполняется более 6000 операций, из них 2500 относятся к категории высокотехнологичных.

Показатели работы лечебного учреждения говорят сами за себя. Так, на фоне роста в полтора раза числа операций количество осложнений не увеличивается, а, наоборот, снижается. В нашей больнице – самый лучший в крае показатель эффективности использования коечного фонда. Он соответствует целевым индикаторам, которые предусмотрены в программных документах по развитию здравоохранения.

В 2013 году Краевая клиническая больница № 2 была признана лучшим лечебным учреждением Хабаровского края.

Губернатор Хабаровского края В.И. Шпорт совершает объезд объектов здравоохранения. В Региональном сосудистом центре

Региональный сосудистый центр

Региональный сосудистый центр развернут на функциональной основе. В его состав входят 2 нейрохирургических отделения (по 95 коек), 2 кардиологических (55 и 50), 2 неврологических (60 и 40), функционирует реанимация и диагностический блок. Мы не стали выделять РСЦ юридически и административно. Он работает в составе больницы. Это помогает его взаимодействию с другими отделениями. При организации Регионального сосудистого центра был утвержден пакет внутренних локальных управленческих актов, регламентирующий процесс оказания медицинской помощи больным с инфарктами и инсультами. Здесь и маршрутизация пациентов, и алгоритмы оказания медицинской помощи с применением современных методов. В них четко прописано, как осуществляется госпитализация больного в блок интенсивной терапии (БРИТ). Есть в них и рекомендации о максимально раннем в случае инфаркта выполнении чрезкожной ангиопластики, применении фибринолиза при инсультах, показаниях к операции при внутримозговых кровоизлияниях и многое другое. В 2014 году операции транслюминальной ангиопластики подвергнуто 53% пациентов от всех госпитализированных с инфарктом миокарда. Мы считаем, что результатом проведенных мероприятий стало снижение внутрибольничной летальности от инфаркта миокарда до 8,3% против 13% до начала мероприятий.

Отделения нейрохирургии

Отделения нейрохирургии оказывают специализированную помощь больным с травмами и заболеваниями нервной системы. Основные группы больных – пострадавшие в ДТП, несчастные случаи и заболевания позвоночника. Большое количество операций проводится по поводу опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга. Нейрохирургия оснащена в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. Диагностический блок обеспечивает ангиографическую, КТ и МРТ-диагностику, нейрофизиологическое обследование. Сегодня в больнице внедрены все микрохирургические методы лечения, эндоскопические операции на головном мозге, внутрисосудистая хирургия при помощи ангиографа, выполняются все известные методики лечения заболеваний позвоночника при травмах, остеохондрозе, опухолевых поражениях. За 2014 год прооперировано 2448 человек.

Учреждение поддерживает тесные партнерские отношения с несколькими клиниками Республики Корея. В рамках сотрудничества Хабаровского края и провинции Кёнгидо восемь нейрохирургов прошли стажировку в ведущих клиниках этой провинции. Наши врачи участвуют в крупных конференциях, наиболее значимая их них – Всемирный съезд нейрохирургов в Сеуле, прошедший в 2013 году.

Преимущества новой формы оплаты

Переход на оплату медицинской помощи по КСГ внес изменения в нашу работу. Во-первых, больницы теперь не привязаны к необходимости выдерживать пациентов строго указанные сроки, а руководствуются клиническими рекомендациями и состоянием больного. Во-вторых, появляется стимул сокращать число госпитализаций с патологий, не требующей в обязательном порядке нахождения в стационаре. В-третьих, врачи начали понимать, что лечение пациента должно укладываться в затраты, отведенные на данную группу. Это, по-моему, самое важное для последующего развития системы здравоохранения.

Другими словами, переход на новую модель должен привести к повышению экономической эффективности затрат государства на оказание медицинской помощи населению. Конечно, как и все новое, оплата по КСГ требует отладки, балансировки тарифов в соответствии с расходами. Ошибок не делает тот, кто ничего не делает. Но за системой дифференцированной оплаты по КСГ будущее.

Ставка – на малоинвазивные вмешательства

Медицина не стоит на месте. В наши дни ее возможности успешно расширяются, появляются новые технологии лечения. Мы планируем и дальше развивать применение малоинвазивных вмешательств. А для этого предстоит создать условия для переоснащения новым современным оборудованием. Для врачей это стимул к совершенствованию, возможность получить положительный результат там, где еще год назад это было сложно.

Мы готовимся перейти в форму автономного учреждения. А для этого коллектив больницы должен быть готов к работе в новых экономических условиях, выдержать конкуренцию в оказании медицинской помощи с ведущими ЛПУ региона.

680030, г. Хабаровск, ул. Павловича, д. 16
Тел.: (4212) 45-29-60
E-mail: hospital@nxt.ru • http://www.kkb2khv.ru

Вместе против общей беды: опыт, стратегия, сотрудничество

В ближайших планах КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК – дальнейшее расширение спектра предоставляемых услуг, повышение их доступности и качества, разработка и реализация новых программ, освоение инновационного оборудования. А главное – каждодневный труд по профилактике ВИЧ и других инфекционных заболеваний, пропаганде здорового образа жизни

Главный врач КГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края, кандидат медицинских наук, доцент
Анна Кузнецова

С тех пор как мир узнал о существовании ВИЧ-инфекции, прошло более тридцати лет. Сложности, неудачи, первые результаты и серьезные достижения – неотъемлемая часть большого пути, который уже проделало человечество в борьбе за жизнь. По данному вопросу на протяжении многих лет ученые из разных стран активно проводят эпидемиологические и клинические исследования.

Сегодня социально значимые заболевания – актуальная тема современного здравоохранения, и неслучайно профилактика и борьба с ВИЧ/СПИДом являются неотъемлемым направлением ведущих государственных программ. Однако начиналось все с малого – несколько кабинетов и методические рекомендации, составленные в срочном порядке. Так двадцать пять лет назад в нашей стране была организована служба по профилактике и борьбе со СПИДом. Исключением не стал и Дальний Восток, несмотря на свою удаленность от центра.

Как показывает практика, если эпидемия, поразившая мир, и может чему-то научить, так это пониманию, что настоящие успехи – результат совместных усилий, командной работы и веры в будущие победы.

Служба по профилактике и борьбе со СПИДом

Деятельность специализированной службы по профилактике и борьбе со СПИДом в Хабаровском крае началась в 1989 году с двух кабинетов в Департаменте здравоохранения, где располагался тогда еще небольшой коллектив, которому предстояло решать серьезные задачи и планировать деятельность только что созданного центра.

На сегодняшний день Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края является ведущим амбулаторно-поликлиническим учреждением края и Дальневосточного федерального округа.

Мощность учреждения составляет 160 посещений в смену и более 300 тысяч исследований в год. В центре работают 190 высококвалифицированных сотрудников. Диагностическая служба представлена лабораторией, выполняющей исследования более чем по 50 направлениям, а также ультразвуковой и функциональной диагностикой – до 15 тысяч исследований в год.

Ежегодно в центр за медицинской помощью обращаются около 75 тысяч человек, высокоактивную антиретровирусную терапию получают более 500 ВИЧ-позитивных пациентов, уже пролечено более 1100 человек с диагнозом хронический вирусный гепатит В и С.

На базе учреждения организованы школы для больных вирусными гепатитами и людей, живущих с ВИЧ, где ежегодно проходят обучение 150 человек. Серьезное развитие получил принцип лечения на базе дневного стационара.

С 2008 года в центре работает информационно-аналитический комплекс по эпиднадзору, профилактике ВИЧ-инфекции и диспансерному наблюдению за ВИЧ-инфицированными, который является основным инструментом статистического анализа и серьезной системой лечебно-диагностического и эпидемиологического мониторинга.

Донорская кровь

В Хабаровском крае реализуется согласованная с ФГБУ «Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства» Концепция развития службы крови на 2011–2015 годы, создан Общественный совет по донорству, в который на постоянной основе входит руководитель Центра Анти-СПИД. На базе учреждения была начата апробация донорской крови на ВИЧ и вирусные гепатиты методом ПЦР. Теперь эта технология внедрена и в учреждения службы крови края. На сегодняшний день не зарегистрировано ни одного случая передачи ВИЧ с донорской кровью, органами или тканями.

Министр здравоохранения Хабаровского края Витько Александр Валентинович

Передвижной профилактический модуль КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК

Награждение главного врача КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК Кузнецовой Анны Валерьевны дипломом участника «Премия здоровья»

Социальная профилактика

Центр постоянно проводит профилактическую работу среди населения. В Хабаровске профилактическая кампания действует с 1995 года, в отдаленных территориях края – с 1997 года. Основная реализуемая модель – первичная профилактика ВИЧ, вирусных гепатитов, ИППП, наркомании.

Планомерная работа с различными целевыми возрастными группами направлена на формирование зрелой личности, способной отстаивать безопасное поведение и ценить свое здоровье.

В работу вовлечены как специалисты здравоохранения, так и социальные работники, педагоги, психологи и волонтеры. Помощь в работе оказывают и представители пациентской организации людей, живущих с ВИЧ, в Хабаровском крае.

Регулярно организуются разнообразные акции, в ходе которых происходит раздача информационного материала, проводятся анонимное экспресс-анкетирование и лабораторное обследование. Одно из важных направлений в работе – приближение услуг к пациентам.

Традиционно каждый год в рамках выставки «Мир медицины. Здоровье и красота» в передвижном модуле Центра Анти-СПИД любой желающий может бесплатно пройти экспресс-тест на гепатит С и ВИЧ. Профилактическая акция «Социальный автобус» предоставляет услуги по консультированию и анонимному обследованию на ВИЧ, вирусные гепатиты, социологическому тестированию.

«Теплоход здоровья» еще одна инициатива хабаровских специалистов. Бригада медицинских работников проводит профилактические и консультационные осмотры граждан, проживающих в труднодоступных районах края.

Ежегодно в учреждения здравоохранения края рассылаются 12 номеров издаваемого центром «Вестника по профилактике ВИЧ/СПИД и сопутствующих заболеваний», начиная с 2014 года в «Вестнике» публикуются информационные материалы по результатам прокурорских проверок.

Большое внимание уделяется профилактике передачи вируса от матери ребенку. С 2008 года в Хабаровском крае решен вопрос обеспечения детей до года с перинатальным контактом по ВИЧ заменителями грудного молока.

Применение современных методов первичной социальной профилактики и терапии ВИЧ-инфекции позволило добиться стабилизации показателей заболеваемости в крае при более чем 10-кратном снижении числа впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет и трехкратном снижении частоты выявления ВИЧ-инфекции у наркопотребителей.

На сегодняшний день эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции в крае достаточно стабильна. По-прежнему самые распространенные пути заражения – половые контакты (62,7%) и немедицинское употребление запрещенных веществ (36,4%).

Нештатные ситуации

В 2013 году природа внесла коррективы в работу здравоохранения. Так, в связи с паводком в Хабаровском крае были предприняты всевозможные меры по организации медико-санитарного обеспечения населения затапливаемых территорий. Паводок коснулся крупных городов: Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре, а также девяти районов края. Больше всего врачи опасались вспышек инфекционных заболеваний: гепатита А, дизентерии, брюшного тифа. На этот случай был подготовлен стационарный коечный фонд, проведена вакцинация, а по окончании паводка – дезинфекция зданий, сооружений, мест массового скопления людей. Врачи центра принимали непосредственное участие в организации и планировании объемов вакцинации и дезинфекции, приобретении за счет средств краевого бюджета современных иммунобиологических препаратов и дезинфектантов.

Мощный потенциал

Работа краевого центра не раз отмечалась наградами и премиями, сотрудники становились победителями различных конкурсов в профессиональных номинациях. За работу по предупреждению передачи заболевания от матери ребенку специалисты центра неоднократно номинировались на премию краевого благотворительного общественного фонда «Надежда». Главный врач центра в 2014 году была признана одним из лучших инфекционистов во Всероссийском конкурсе врачей.

В 2013 году центр стал победителем в конкурсе на соискание социальной премии Da. Signa за научно-исследовательскую работу по ранней диагностике вирусных гепатитов В и С у новорожденных. В 2014 году, юбилейном для учреждения (25 лет), КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК награждено дипломом III степени краевого конкурса «Признание» в номинации «Лучшая медицинская организация Хабаровского края» и было признано победителем Городского конкурса «Премия здоровья».

680031, г. Хабаровск,
пер. Пилотов, д. 2
Тел.: (4212) 37-20-01, 33-54-54
Факс: (4212) 33-53-73, 37-20-04
E-mail: cpbsiz.khv@mail.ru

Приоритетные задачи – доступность и качество

Главный врач КГБУЗ «Территориальный консультативно-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края
Ольга Панкова

Будущее принадлежит медицине профилактической. Об этом говорили еще корифеи российской медицины. На современном этапе развития отечественного здравоохранения приоритетным стало считаться установление факторов риска и раннее выявление различных заболеваний.

Для решения этих задач в системе оказания медицинской помощи немаловажная роль отводится диагностической службе, которая является ключевым звеном на догоспитальном этапе.

Территориальный консультативно-диагностический центр в г. Комсомольске-на-Амуре рассчитан на семьсот посещений в день. Являясь межтерриториальным учреждением, центр оказывает консультативно-диагностическую помощь населению семи муниципальных районов. В год здесь проводится более полумиллиона диагностических исследований. Наряду с консультативными отделениями для детей и взрослых, в центре действуют диагностические, в которых проводятся лучевая диагностика (рентгенологическая и ультразвуковая), эндоскопические исследования, функциональная диагностика, а также клинико-диагностические лабораторные исследования. Особенностью ТКДЦ является двухсменный режим работы – с раннего утра до позднего вечера, что удобно для работающих пациентов и приезжающих из районов.

Сегодня деятельность центра ориентирована на применение эффективных инновационных методов диагностики и лечения, основанных на принципах доказательной медицины. Применение современного медицинского оборудования, в основе которого использованы цифровые технологии, позволяет диагностировать состояние основных органов и систем человека. Новейшая аппаратура экспертного класса позволяет выявлять самые сложные заболевания на ранних стадиях и определять тактику лечения.

Коллектив ТКДЦ – это единая команда профессионалов, стремящихся к саморазвитию, улучшению уровня и качества предоставляемых медицинских услуг. Более 50% медицинского персонала имеют высшую, первую и вторую квалификационные категории. Профессиональные навыки врачей и среднего медицинского персонала постоянно совершенствуются на проводимых занятиях и конференциях.

Наши возможности

Каждое подразделение центра оснащено оборудованием, отвечающим самым передовым требованиям и составляющим гордость специалистов центра. Число проводимых исследований с каждым годом неуклонно растет, что подтверждает огромную потребность в них.

В отделении лучевой диагностики функционирует спиральный компьютерный томограф с трехмерной конструкцией изображения, в том числе с контрастным усилением, что способствует более точной диагностике. Остеоденситометр определяет минеральную плотность костных структур, диагностируя на ранних стадиях такую болезнь века, как остеопороз. Для выявления заболеваний молочной железы и профилактики онкологических заболеваний в рентгенологическом отделении проводится маммография с использованием аппарата – одного из самых современных в мире.

Ультразвуковое отделение оснащено аппаратами экспертного и высокого класса, которые снабжены полостными датчиками, датчиками для кардиологических и сосудистых исследований. Эндоскопическое отделение по праву гордится наличием 27 высококлассных приборов оптического оборудования, поддерживающих изображения высокой четкости. Сочетание в одной диагностической процедуре эндоскопического и ультразвукового исследований значительно расширяет границы диагностических возможностей, позволяя врачам под визуальным контролем производить не только диагностические, но и лечебные процедуры. В целях более щадящего воздействия на пациентов эндоскопические исследования выполняются с анестезиологическим пособием.

В клинико-диагностической лаборатории предоставлен практически весь спектр необходимых исследований. Используя высокотехнологичное оборудование, лаборатория проводит общеклинические, биохимические, иммунологические, микробиологические исследования, а также ПЦР-диагностику – более двухсот видов исследований.

В отделении функциональной диагностики, кроме обычной ЭКГ, проводится мониторинг сердечного ритма и артериального давления в течение суток, анализ работы сердца с помощью стресс-методов – на движущейся беговой дорожке, велотренажере.

Для диагностики заболеваний нервной системы применяются нейрофукциональные методы, в числе которых – электроэнцефалография, миография с вызванными потенциалами, эхоэнцефалография, реоэнцефалография.

С помощью спирографии проводится оценка функции внешнего дыхания.

Офтальмологическая диагностическая линия позволяет проводить измерение внутриглазного давления бесконтактным способом, исследование глазного дна без закапывания глаз, томографию сетчатки и зрительного нерва. В рамках программы оказания медицинской помощи пациентам с диабетической ретинопатией приобретен офтальмологический лазер Visulas, что позволяет проводить лазерное коагуляционное лечение на переднем отрезке глаза и сетчатке пациентам с сахарным диабетом, глаукомой, с отслойкой и дистрофией сетчатки глаз.

Медицинская помощь пациентам с нарушением слуха оказывается в сурдологическом кабинете, в функции которого входит не только диагностика нарушений слуха, подбор и обеспечение слуховыми аппаратами, но и проведение 2-го этапа аудиологического скрининга новорожденным г. Комсомольска-на-Амуре и муниципальных районов.

Можно с уверенностью сказать: врач любой специальности может отправить своего пациента в консультативно-диагностический центр, где он получит весь перечень исследований, необходимых для постановки правильного диагноза.

Выездные бригады

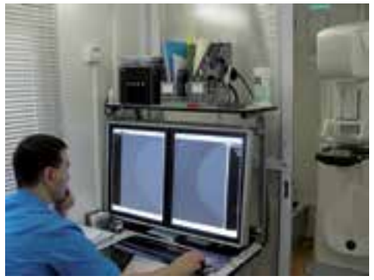
Удаленность поселений друг от друга и от административных центров, их труднодоступность из-за слаборазвитого транспортного сообщения, иногда полного его отсутствия в сезонное время года, затрудняют выезд жителей сельских районов в город и районный центр и, как следствие, значительно ограничивают возможность получения медицинской помощи с применением современного лечебного и диагностического оборудования.

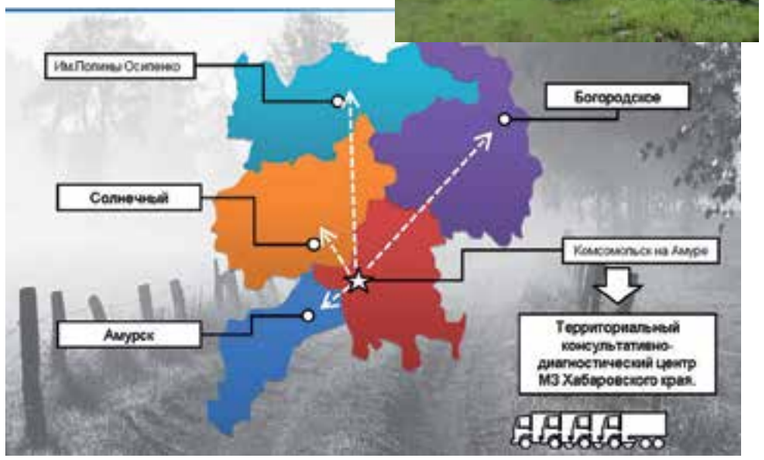
Являясь межтерриториальным центром, свою основную задачу руководство и коллектив центра видят в обеспечении квалифицированной медицинской помощью жителей прикрепленных муниципальных районов.

Сельскому населению консультативно-диагностическая помощь оказывается непосредственно в центре и с использованием выездов в сельские районы и поселения, что обеспечивает адресность и большую доступность.

В августе 2012 года, согласно распоряжению министерства здравоохранения Хабаровского края, в учреждении был создан Межрайонный центр мобильной медицинской помощи. В состав передвижного мобильного комплекса входят два автомобиля КамАЗ, укомплектованные аппаратами: флюорографом, маммографом, УЗИ, электрокардиографом, оборудованием Центра здоровья, офтальмологическим, оториноларингологическим, гинекологическим. В зависимости от цели выезда и контингента осматриваемых пациентов формируется состав мобильных бригад специалистов.

По распоряжению министерства здравоохранения Хабаровского края, совместно с





администрацией районов был сформирован график выездов врачебных бригад с учетом потребности отдельных видов диагностических исследований и консультаций врачей-специалистов.

Анализируя работу выездных бригад в течение трех лет, необходимо отметить, что число выездов, осмотренных человек и проведенных исследований прогрессивно увеличивается.

В 2014 году организован 101 выезд, во время которых осуществлено 45 посещений врачей, 21 тысяча исследований, осмотрено 14 тысяч человек. Это в 1,6 раза больше по сравнению с 2013 годом и 2,4 раза больше, чем в 2012 году.

Работа специалистов на выезде включает в себя: консультативно-диагностический прием населения отдельными специалистами в составе комплексных бригад, проведение диагностических исследований в рамках территориальной программы, проведение мероприятий по выявлению социально значимых заболеваний, проведение диспансеризации взрослого и детского населения.

Врачи-специалисты выездного Центра здоровья ведут не только консультативный прием, но и оценивают наиболее вероятные факторы риска, составляют программу индивидуального обследования, проводят беседы, ведут пропаганду здорового образа жизни.

«Теплоход здоровья»

Для повышения качества и доступности медицинской помощи населению отдаленных населенных пунктов, при стремлении сделать это адресно жителям каждого отдаленного поселка, специалистами центра в течение трех лет по инициативе губернатора Хабаровского края В.И. Шпорта, во исполнение распоряжения министра здравоохранения Хабаровского края А.В. Витько в период навигации проводится акция «Теплоход здоровья».

«Теплоход здоровья» доставляет врачебную бригаду в отдаленные и труднодоступные поселения Комсомольского, Ульчского и им. П. Осипенко районов, расположенных в бассейне реки Амур. В состав бригады входят: рентгенолог, фтизиатр, гинеколог, офтальмолог, хирург, кардиолог, психиатр-нарколог, врач ультразвуковой диагностики. Почти 2 месяца теплоход курсирует по Амуру, заходя в 25 населенных пунктов и оказывая консультативно-диагностическую помощь. Специалистами осматривается более четырех тысяч человек, и треть из них – это дети.

Из общего числа осмотренных бригадой «Теплохода здоровья» в 2014 году выявлено 7206 заболеваний, из них впервые – 3000. Особенно обращает на себя внимание высокий процент социально значимых недугов. Серьезными проблемами по-прежнему являются болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет, алкоголизация и наркологические расстройства и другие.

Всем пациентам, прошедшим обследование, даны необходимые рекомендации по дальнейшему лечению, направления на дополнительную диагностику в районных больницах, поликлиниках и стационарах гг. Хабаровска и Комсомольска-на-Амуре. По данным осмотра направлено на обследование в поликлиники 987 жителей, 243 человека на обследование и лечение в условиях стационара.

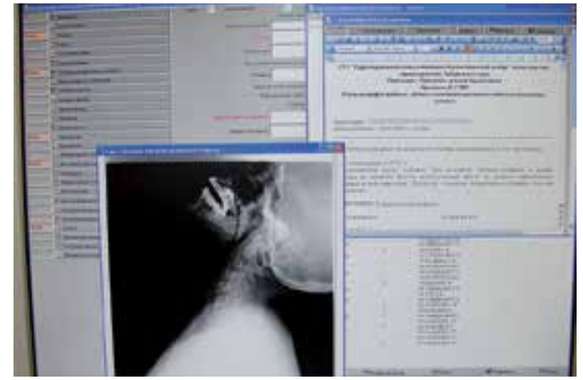
Выездные формы работы сегодня приобрели актуальное значение и на практике доказали свою эффективность в своевременном выявлении заболеваний на ранних стадиях. И что немаловажно, позволили жителям удаленных и труднодоступных районов получить профессиональную, специализированную медицинскую помощь.

Центр здоровья

Основным направлением современного этапа развития медицины является организация системы профилактики, формирование здорового образа жизни населения. В основу положена концепция ВОЗ по борьбе с пятью основными факторами риска: курением, артериальной гипертензией, высоким уровнем холестерина крови, избыточной массой тела, гиподинамией.

На базе КГБУЗ «ТКДЦ» организовано структурное подразделение «Центр здоровья».

Это инновационный подход в профилактической медицине, позволяющий проводить интегральную оценку состояния как ряда функций организма в целом, так и отдельных органов и систем. Газоанализ и спирография позволяют оценить функцию легочной системы, ЭКГ, кардиовизор, ангиологический скрининг, измерение АД –



функцию сердечно-сосудистой системы, лабораторная экспресс-диагностика позволяет выявить риски социально значимых заболеваний. В Центре здоровья работают кабинеты стоматологического гигиениста и офтальмолога для раннего выявления и профилактики заболеваний полости рта и зрительной патологии.

Специалисты Центра здоровья проводят оценку имеющихся резервов здоровья, консультирование по его сохранению и укреплению, дают рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, режима труда и отдыха.

Наша задача – скорректировать сознание людей так, чтобы они относились к своему здоровью как к самому ценному, стремясь сохранить его и приумножить. Когда правильно сформирована мотивация – люди проявляют живой интерес, хотят обследоваться и с удовольствием приходят в наш Центр здоровья.

Благодаря телеинформационному оборудованию, размещенному в холлах центра, и системе оповещения осуществляется проведение активной информационной поддержки проекта. Для пациентов демонстрируется видеопродукция, направленная на формирование идеологии здорового образа жизни. Регулярно проводятся такие мероприятия, как День здорового сердца, «Прогулка с врачом» на темы: «Остеопороз», «Варикозная болезнь», «Сахарный диабет», «Время питаться здорово», «Бегом от стресса», «Движение – жизнь», «Профилактика ожирения». Постоянно читаются лекции о физической активности, о вреде курения и на другие темы. Одним из способов пропаганды здорового образа жизни среди населения являются акции, посвященные Всемирным и Международным дням по охране здоровья и борьбе с заболеваниями.

В течение года в Центре здоровья осмотрено более 16 тысяч человек – из них только 12% населения здоровые, 88% – с выявленными факторами риска.

Несмотря на относительно «молодой» возраст консультативно-диагностического центра, достигнуты определенные результаты в предоставлении доступной и качественной медицинской помощи населению Хабаровского края. Точность в диагностике и лечении, обеспечение безопасности пациента – основной принцип организации лечебно-диагностического процесса учреждения. ТКДЦ постоянно развивается и совершенствует свою работу, мы открыты для новых начинаний, внедрению новых диагностических и лечебных методов, освоению новых территорий.

681000, г. Комсомольск-на-Амуре, ул. Димитрова, д. 12
Телефон: (4217) 24-17-00 • E-mail: kmstkdz@mail.ru • Сайт: http://tdckms.ru

Удмуртская Республика

Здравоохранение Удмуртской Республики

Главные стратегические направления отрасли здравоохранения Удмуртской Республики направлены на повышение эффективности здравоохранения, улучшение качества жизни и укрепление здоровья жителей республики

Министр здравоохранения
Удмуртской Республики
Алексей Чуршин

В течение года доступность медицинской помощи населению обеспечивали 119 медицинских организаций, в том числе: 61 больничная организация, 12 диспансеров, 14 самостоятельных амбулаторно-поликлинических организаций, 10 стоматологических поликлиник, 2 станции скорой медицинской помощи и 2 станции переливания крови.

В рамках Соглашения, заключенного между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Правительством Удмуртской Республики, продолжена работа по эффективному использованию имеющихся ресурсов отрасли здравоохранения. В целях повышения доступности медицинской помощи сельскому населению БУЗ УР «Городская больница № 2 МЗ УР» города Воткинска реорганизована в Воткинскую районную больницу путем присоединения к ней 3 участковых больниц и 1 врачебной амбулатории Воткинского района.

Проделана большая работа по слиянию 26 государственных аптечных организаций в государственное унитарное управление «Аптеки Удмуртии». Основное отличие сети «Аптеки Удмуртии», как и других государственных аптечных предприятий, – это выполнение социальных услуг, в том числе отпуск лекарственных препаратов по бесплатным и льготным рецептам. Только за 2014 год на льготное лекарственное обеспечение за счет средств федерального бюджета в рамках реализации программ обеспечения необходимыми лекарственными препаратами 7 высокозатратных нозологий было направлено 623 млн рублей. Из средств республиканского бюджета, в том числе в рамках региональных целевых программ, направлено 163 млн рублей.

Продолжились мероприятия по укреплению материально-технической базы отрасли. В рамках реализации Адресной инвестиционной программы завершены работы по строительству пристроя к радиологическому корпусу БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ УР», продолжилось строительство поликлиники в Ленинском районе г. Ижевска.

На условиях софинансирования расходных обязательств за счет средств федерального и регионального бюджетов завершен ремонт структурных подразделений БУЗ УР «Республиканский наркологический диспансер МЗ УР» и четырех медицинских учреждений противотуберкулезной службы.

Продолжается реализация республиканской целевой программы «Доступная среда на 2011–2015 годы». В реализации программных мероприятий задействовано 33 медицинских учреждения Удмуртской Республики по адаптации учреждений здравоохранения с целью доступности для лиц с ограниченными возможностями: установка пандусов, поручней, подъемных устройств, средств ориентации для инвалидов по зрению и слуху, расширение дверных проемов, что повысит доступность оказания медицинской помощи.

Особое внимание в 2014 году было уделено мероприятиям, направленным на совершенствование системы оказания медицинской помощи, внедрению новых подходов к оплате амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, акцентированию внимания на профилактическом направлении работы и приоритету в развитии неотложной помощи на уровне поликлинического звена.

Результатом проведения данных мероприятий стала динамика объемов оказанной медицинской помощи. За прошедший год в поликлиники республики сделано более 15,0 млн посещений, в том числе свыше 30% с профилактической целью, в 8 раз увеличилась доля посещений за неотложной медицинской помощью, на 5 тысяч возросло число больных, пролеченных в дневном стационаре.

С июня 2014 года в четырех поликлиниках г. Ижевска стартовал пилотный проект «Поликлиника без очередей». Реализация проекта позволила правильно распределить потоки пациентов в течение всего дня, что сократило очереди на прием к врачу. При этом в пять раз возросло количество записанных по телефону пациентов, в десять раз – с помощью инфоматов, в три раза возросло количество записей через Интернет, что значительно снизило нагрузку на регистратуру и максимально увеличило удобство записи для пациентов. При этом в два раза снизилось число жалоб на несовершенство работы поликлиник.

В целях повышения доступности оказания гражданам медицинской помощи в республике создана и функционирует единая система электронной записи на прием к врачу через сеть Интернет. Популярность данного сервиса среди населения все более возрастает, за время его работы через сеть Интернет зарегистрировано 837 тысяч обращений граждан с целью записи на прием к врачу, в том числе за 2014 год – более 517 тысяч.

Информатизация

С 2011 года Министерством здравоохранения Удмуртской Республики активно велась работа по созданию и развитию регионального фрагмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в соответствии с Концепцией, утвержденной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Достигнуты определенные результаты в части оснащения медицинских организаций средствами вычислительной техники. В учреждениях созданы локальные вычислительные сети, рабочие места врачей оборудованы компьютерной техникой. В рамках отраслевой государственной программы Удмуртской Республики «Развитие здравоохранения» реализуются мероприятия, ориентированные на внедрение в деятельность медицинских организаций информационных систем, обеспечивающих ведение медицинским персоналом электронных медицинских карт граждан.

Кадровая составляющая

В 2014 году деятельность в сфере здравоохранения была направлена на совершенствование кадровой политики. В отрасли занято 6860 врачей и 16 030 средних медицинских работников. По уровню обеспеченности медицинским персоналом Удмуртия традиционно занимает лидирующие позиции в Приволжском федеральном округе и входит во вторую десятку среди всех регионов России.

В рамках исполнения майских Указов Президента проводится работа по поэтапному повышению заработной платы медицинским работникам. По данным ведомственной статистики, в прошедшем году достигнуты контрольные показатели роста средней заработной платы медицинских работников, утвержденные в рамках исполнения «дорожной карты». Среднемесячная заработная плата за 2014 год у врачей составила 35 598,7 рубля, или 149,6% к прогнозной средней заработной плате в Удмуртской Республике, среднего медицинского персонала – 19 360,3 рубля, или 81,4% к прогнозной средней заработной плате в Удмуртской Республике, младшего медицинского персонала – 12 542,4 рубля, или 52,7% к прогнозной средней заработной плате в Удмуртской Республике.

За период реализации Федерального закона № 326-ФЗ на работу в учреждения здравоохранения, находящиеся в сельской местности, было привлечено 353 врача, в том числе в 2014 году – 78 специалистов. Этому способствовало предоставление единовременных выплат в объеме 1 млн рублей из Федерального фонда ОМС в рамках программы «Земский доктор». В результате укомплектованность сельских больниц необходимыми врачами-специалистами увеличилась на 8%.

Кроме того, в 2014 году предоставлены различные меры социальной поддержки 1329 медицинским работникам, в том числе обеспечены жильем 55 медицинских работников, бесплатно предоставлены земельные участки на селе 12 медицинским работникам, получили льготные кредиты на улучшение жилищных условий 6 специалистов, 1256 медицинских работников получили компенсацию на оплату услуг ЖКХ.

Деятельность медицинских работников по охране здоровья граждан получила высокую оценку со стороны руководства республики и Министерства здравоохранения Российской Федерации: более 500 работников отрасли награждены государственными и ведомственными наградами и знаками отличия. Занесены на республиканскую доску почета коллектив Детского хосписа Республиканской детской клинической психоневрологической больницы «Нейрон», врачи и медицинские коллективы 4 государственных больниц, в том числе республиканского и районного уровней.

В 2015 году в бюджете республики предусмотрены средства на финансовую поддержку специалистов в размере 36 млн рублей. Эти средства будут направлены на обеспечение мер социальной поддержки студентам, обучающимся по целевому набору, и врачам с особо дефицитными специальностями, что позволит создать привлекательные условия для повышения уровня укомплектованности данными специалистами.

Демографическая политика

Реализация концепций демографической политики Российской Федерации и Удмуртской Республики, а также мероприятий социальной направленности, ориентированных на увеличение рождаемости и сокращение уровня смертности, оказали положительное влияние на естественный прирост населения.

Число родившихся в Удмуртской Республике в 2014 году превысило число умерших на 2651 человека. В республике родилось 22 115 детей. Из 30 муниципальных образований рост рождаемости отмечается в 16 образованиях, в том числе 13 сельских. По оценке Росстата, общий коэффициент рождаемости по республике составил 14,6 на 1000 человек населения. По данному показателю по итогам 2014 года среди субъектов Приволжского федерального округа Удмуртская Республика находится на 4-м месте.

Этому в немалой степени способствует сформировавшаяся трехуровневая система оказания медицинской помощи женщинам и детям. За прошедший год дородовой диагностикой охвачено более 19 тысяч беременных, 22 тысячи новорожденных обследовано при рождении на 5 наследственных заболеваний.

Специализированная медицинская помощь

В 2014 году продолжалась реализация мероприятий, направленных на совершенствование оказания специализированной медицинской помощи пациентам, включая помощь больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, туберкулезом, а также пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий. В республике выстроена четкая маршрутизация пациентов по всем профилям заболеваний на всех этапах оказания медицинской помощи. В республике ежегодно увеличивается число медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. В 2014 году высокие технологии были внедрены в 7 государственных учреждениях здравоохранения, где такой вид помощи был оказан более 1,5 тысячам пациентов, что в 2,2 раза больше показателя 2013 года.

В результате достигнуты целевые значения показателей здоровья населения, обозначенные в Указах Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года. Показатель смертности от всех причин в Удмуртской Республике (12,8) ниже показателя смертности в Российской Федерации (13,1) и в Приволжском федеральном округе (13,9). Среди субъектов Приволжского федерального округа республика имеет один из самых низких уровней смертности (занимает 2-е место).

Профилактические мероприятия

Прошедший 2014 год стал годом активного развития профилактического направления. Особое внимание уделялось реализации мероприятий, направленных на сохранение здоровья граждан трудоспособного возраста. Это, прежде всего, проведение массовой диспансеризации взрослого и детского населения. В 2014 году в республике осмотрено 236 тысяч человек взрослого населения и 390 тысяч детей различного возраста, включая детей-сирот. В семи центрах здоровья за год прошли обследование 27 тысяч человек.

В соответствии с Федеральным законом «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» открыто три кабинета медицинской помощи для отказа от курения в городах Ижевске и Глазове. На базе Республиканского наркологического диспансера, Республиканской клинической психиатрической больницы организованы телефоны доверия по вопросам снижения потребления табака, профилактики алкоголизма и сохранения психического здоровья. За год зарегистрировано более 4 тысяч обращений.

В целях оказания психологической помощи жителям республики запущен проект «Перезагрузи стресс». В рамках проекта работает круглосуточный телефон доверия, в сети Интернет в режиме онлайн ведется консультирование медицинскими психологами жителей, попавших в сложную жизненную ситуацию.

Продолжается осуществление комплексной коммуникационной кампании по формированию здорового образа жизни среди населения, включая сокращение потребления алкоголя и табака, – проведено более 300 массовых акций, участие в которых приняло свыше 160 тысяч человек. Особое признание среди населения получили информационно-разъяснительные акции в виде форумов здоровья. По инициативе Государственного совета Удмуртской Республики и регионального отделения партии «Единая Россия» были проведены форумы здоровья в городах Ижевске и Сарапуле, Каракулинском районе.

В целях привлечения населения к вопросам формирования здорового образа жизни в Удмуртии ежегодно проходит масштабная спартакиада медицинских работников «Здоровье», участие в которой принимают более 4 тысяч сотрудников медицинских организаций республики.

Социальный эффект от реализации проводимых мероприятий заключается в увеличении продолжительности и улучшении качества жизни граждан республики, сохранении и развитии трудовых ресурсов.

Дальнейшее развитие

Основными задачами на 2015 год являются достижение целевых индикаторов, обозначенных в рамках Указов Президента Российской Федерации В.В. Путина, обеспечение доступности и качества медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий, федеральными порядками и стандартами, приведение инфраструктуры отрасли в соответствие с медико-демографическими показателями и потребностями населения в оказании медицинской помощи, решение вопросов кадрового дефицита.

Обеспечивая высокое качество жизни

Офтальмологическая клиническая больница – один из крупнейших офтальмологических центров Урала и Поволжья. Имеет высококвалифицированный кадровый потенциал, хорошую материальную базу, способную обеспечить жителей Удмуртии самыми современными видами медицинской помощи. В своем составе имеет медицинский, производственный модули и структуры реализации продукции

Главный врач БУЗ УР «Республиканская офтальмологическая клиническая больница министерства здравоохранения Удмуртской Республики», заслуженный работник здравоохранения УР, врач высшей квалификационной категории
Галина Кузнецова

У истоков офтальмологии Удмуртской Республики стояли первый главный окулист Удмуртии профессор Ф.Ф. Сысоев, Ф.С. Бурделова, первая заведующая кафедрой офтальмологии А.М. Родыгина, Н.А. Сивкова, Е.В. Числова, К.М. Мирошкина, которые много сделали для организации системы ликвидации трахомы и становления офтальмологической службы республики.

Благодаря самоотверженной работе окулистов, трахоматозных сестер, врачей и медсестер других специальностей, привлекавшихся к лечению трахомы, она, как массовое заболевание, была ликвидирована в 1958 году. Опыт борьбы с трахомой в Удмуртии получил общественное признание.

В 1937 году была основана кафедра офтальмологии Ижевского медицинского института. С сентября 1974 года по июнь 1995 года кафедрой руководил доктор медицинских наук, профессор, учитель многих офтальмологов, большой энтузиаст, организатор и мастер своего дела – Маргарита Васильевна Зайкова. При ее активном участии была построена Республиканская глазная больница на 200 коек. Бывшие клинические ординаторы, ученики профессора М.В. Зайковой успешно защитили кандидатские диссертации – А.Н. Лялин, В.В. Жаров, Н.Ф. Молокова.

Обустройство больницы активно проводилось всеми сотрудниками учреждения, а было их 185 человек: 32 врача, 61 медсестра, 92 санитарки и технического персонала. Возглавил учреждение Леонид Петрович Тарасов, который проработал до 1981 года. С 1981 по 1985 год главным врачом больницы была Нина Павловна Щеклеина. С 1985 по 2011 год осуществлял руководство Виктор Владимирович Жаров, доктор медицинских наук, врач-офтальмолог высшей категории, профессор.

В становление офтальмологической службы большой вклад внесли заведующие кафедрой офтальмологии ИГМИ: доцент Л.М. Опалев, доцент, к.м.н. Е.Н. Марков; ассистенты кафедры А.П. Посаженников, А.П. Перевозчикова; врачи Э.Г. Кушнаренко, Е.Н. Веневцева, Е.В. Ложкина, Т.Ф. Рудина, М.С. Туктарева, РА. Останина, Н.П. Парыгина, Т.Д. Решетникова, Е.А. Черных; председатели глазной ВТЭК в разные годы В.Я. Калугина, А.В. Ивойлова и др.

Максимум возможностей

Офтальмологическая клиническая больница является крупнейшим офтальмологическим центром республики. Здесь работают 68 врачей, в их числе 11 кандидатов наук, 18 врачей высшей категории, 21 – первой категории. В структуре больницы 4 стационарных подразделения, которые возглавляют опытные врачи-профессионалы: рефракционное отделение – А.В. Орлов, отделение глаукомы и воспалительной патологии глаза – С.И. Шубников, отделение травматологии – к.м.н. С.В. Иванов, детское офтальмологическое отделение – С.Г. Тоубкина. Операционным отделением заведует к.м.н. П.А. Перевозчиков.

В стационаре больницы проходят лечение около 7500 пациентов в год, и более 6000 больным производятся операции при катаракте, глаукоме, травмах глаз, при косоглазии, отслойке сетчатки, пластические операции, лазерные хирургические вмешательства и многие другие. Все операции сопровождаются эффективным анестезиологическим пособием.

В последние годы качественный скачок произошел в развитии высокотехнологичных видов оказания офтальмологической помощи, в частности хирургии катаракты. Метод факоэмульсификации в хирургии катаракты позволяет удалить мутный хрусталик через сверхмалый разрез, а современные модели искусственных оптических линз (искусственных хрусталиков) – асферичные, мультифокальные, торические – обеспечивают высокую остроту зрения. Полным ходом идет развитие витреоретинальной хирургии (одного из труднейших разделов офтальмологии), которая позволяет оперировать пациентов с отслойкой и дистрофией сетчатки, травмами глаз, с осложнениями сахарного диабета и другими тяжелыми заболеваниями. Производится около трехсот подобных операций в год.

Консультативная поликлиника больницы, которой заведует Г.В. Артемьева, осуществляет прием более 40 тысяч больных из городов и районов республики. Поликлиника оснащена современной диагностической аппаратурой, имеет в своем составе кабинеты функциональной, ультразвуковой диагностики, лазерный кабинет, ретинографии, кератотопографии, флюоресцентной ангиографии, физиоотделение, рентгеновский кабинет.

Круглосуточно работает отделение неотложной помощи при травмах и острых заболеваниях глаз. В год в отделение неотложной помощи обращается около 17 000 пациентов с острыми травмами и заболеваниями органа зрения и его придаточного аппарата. В Удмуртской Республике уже многие десятилетия четко функционирует правило одноэтапной госпитализации из районов и

городов Удмуртии в БУЗ УР «РОКБ МЗ УР» при тяжелых травмах.

В состав поликлиники входит и дневной стационар на 55 коек, заведующая стационаром – О.Е. Бутолина. Здесь ежегодно оказывают консервативную помощь более полутора тысячам больных с острыми и хроническими заболеваниями глаз.

На базе больницы создано уникальное отделение заготовки и консервации аллотканей «Биопласт». Здесь в соответствии с необходимыми требованиями производится более 40 разных видов продукции, в том числе аллопластические материалы, реализующиеся в 45 регионах России. Проводятся научные исследования с использованием нанотехнологий.

Методика коммерческого инвестирования позволила до проведения Программы модернизации здравоохранения оснастить клинику современным офтальмологическим оборудованием, повысить профессионализм кадров, что обеспечило качество и доступность в лечении патологии глаз, внедрить методики высокотехнологичной офтальмологической помощи, что раньше было невозможно.

Республиканский центр профилактики и лечения близорукости

В мае 1997 года в составе БУЗ УР «РОКБ МЗ УР» открылся первый в России Республиканский центр профилактики и лечения близорукости, заведующая центром – к.м.н. А.В. Егорова. Создание этого центра очень актуально для жителей республики, так как в настоящее время до пятидесяти процентов детей школьного возраста и более двадцати процентов взрослого населения страдают этим заболеванием. Там же расположены отделение контактной коррекции зрения, оптика и аптечный пункт.

В Центре профилактики и лечения близорукости – прежде всего детской школьной – ежегодно более 5000 пациентов проходят полноценное лечение благодаря разработанному ее сотрудниками уникальному алгоритму профилактики и лечения школьной близорукости. На базе клиники и, прежде всего, Центра разработаны эффективные аппараты серии «Визотроник» для лечения и профилактики школьной миопии, компьютерной астенопии и других заболеваний, получившие широкое клиническое применение во многих регионах России. Тренажеры «Зеница» – разработка группы офтальмологов клиники, прежде всего к.м.н. А.Н. Лялина – представлены несколькими модификациями, справедливо получившими широкое распространение во многих регионах России.

Постоянная динамика

В настоящее время в Удмуртской Республике работает 253 офтальмологические койки: 4 – в районах, 64 – в городах. 185 коек – в БУЗ УР «РОКБ МЗ УР». Функционируют офтальмологические стационарные койки в гг. Воткинске, Глазове, Можге, Сарапуле.

Проводится активная работа по диагностике и диспансерному наблюдению детей с ретинопатией недоношенных, благодаря приобретенному диагностическому оборудованию и обучению детских офтальмологов БУЗ УР «РОКБ МЗ УР», ГП № 4, РДКБ на специализированных курсах.

Глазная клиника является организационно-методическим центром для всех офтальмологов Удмуртии. Активно работают Республиканское и Городское (г. Ижевск) общества офтальмологов, регулярно проводятся научно-практические конференции.

Для приближения квалифицированной офтальмологической помощи к жителям городов и районов Удмуртии проводятся плановые выезды врачей глазной клиники. В целях доступности для населения в последние годы созданы филиалы Центра профилактики и лечения близорукости, а также по контактной коррекции зрения в гг. Сарапуле, Воткинске, Глазове, в детской поликлинике г. Ижевска. Население информируется о глазных заболеваниях посредством проведения массовых мероприятий (круглые столы, дни открытых дверей, школы больных глаукомой).

С этой же целью в консультативной поликлинике и Центре профилактики и лечения близорукости открыты аптечные пункты, сеть оптик, обеспечивающие больных с глазной патологией, прибывших на консультацию из районов республики, необходимыми лекарственными препаратами, бальзамами, очками.

В целом следует отметить, что офтальмологическая служба Удмуртии – целостная структура, подчиненная единым организационно-методическим, научно-практическим и клиническим подходам в своей деятельности и развитии. Центральным объединяющим звеном является Республиканская офтальмологическая клиника – генератор новых технологий офтальмологии в Удмуртской Республике.

426009, г. Ижевск, ул. Ленина, д. 98а
Тел./факс: (3412) 68-33-76
E-mail: rokb@udm.net
Сайт: http://www.zrenie1.ru/

Взаимопроникновение восточной и западной медицинских систем – стратегия медицины будущего

Интегративный подход имеет огромные перспективы и позволяет добиваться наилучших и убедительных результатов на этапах основного и восстановительного лечения пациентов с различными заболеваниями

Традиционная китайская медицина – уникальное явление мировой культуры, представляющее синтез древнекитайских теоретических и практических знаний, своеобразных подходов и умений лечения болезней человека. Интерес к традиционной китайской медицине обусловлен возрастающей интеграцией западной и восточной школ оказания врачебной помощи больным, тенденцией ассимиляции знаний и достижений различных медицинских практик. В этих условиях методы китайской медицины, обладающей значительным потенциалом для применения и развития, становятся предметом изучения образовательных программ целого ряда российских вузов. МИИТ как крупнейший научно-образовательный комплекс многоуровневой, многопрофильной и междисциплинарной подготовки является одним из учебных заведений, реализующих программы обучения классическим направлениям китайской медицины в рамках дополнительного профессионального образования.

Впервые такая программа была осуществлена на базе Института международных транспортных коммуникаций – ИМТК МГУПС (МИИТ) в 2014 году. Ее исполнители – Российско-китайский учебно-научный центр (РКУНЦ) ИМТК, Институт российско-китайских стратегических исследований Университета Цинхуа (КНР) и Всемирная федерация обществ китайской медицины (WFCMS). РКУНЦ ИМТК, созданный при поддержке китайской стороны, организует академическое взаимодействие с китайскими партнерами, научные конференции и семинары, курсы изучения китайского языка.

Программа повышения квалификации для медицинских работников в области традиционной китайской медицины – один из перспективных и интересных проектов в области дополнительного профессионального образования. В декабре 2014 года обучение по программе прошли врачи и преподаватели Медицинского колледжа МГУПС (МИИТ). Курс, рассчитанный на 72 часа, включал теоретические и практические занятия. Китайские врачи познакомили своих коллег из России с основными приемами традиционной китайской медицины, применяемыми для диагностики, лечения и профилактики распространенных в транспортной отрасли профессиональных заболеваний, технологией иглоукалывания, приемами лечебного точечного массажа. Слушатели отметили высокий профессионализм китайских врачей и выразили уверенность в необходимости дальнейшего проведения подобного обучения.

По результатам учебы вместе с китайскими партнерами было принято решение об открытии Школы традиционной китайской медицины. Работа школы – это серия программ повышения квалификации, которые будут проходить на регулярной основе 4 раза в год. Программа обучения включает все аспекты традиционной китайской медицины от философии до редких специализаций и профилей, которые почти не представлены в России.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ (МИИТ)

МИИТ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПУТЕЙ СООБЩЕНИЯ (МИИТ)

Приглашаем на программу повышения квалификации «Методы традиционной китайской медицины в профилактике, лечении и реабилитации хронических и профессиональных заболеваний», которая состоится 25–30 мая 2015 года. Продолжительность программы – 72 часа. Обучение проводит Российско-китайский центр ИМТК МГУПС (МИИТ), Всемирная федерация обществ китайской медицины (WFCMS) при участии Медицинского колледжа МГУПС (МИИТ).

Высокопрофессиональные китайские врачи познакомят слушателей с концептуальными положениями восточной медицины, научат методам диагностирования.

В программу включены учебные модули: стопотерапия, цигун, фитотерапия, аурикулодиагностика, основы акупрессуры. Программа носит практический характер и ориентирована на прикладные аспекты обучения. Данный курс будет интересен не только врачам, но и массажистам, медицинским сестрам, а также людям, проявляющим интерес к китайской медицине. Планируется, что состав группы не должен превышать 25 человек, часть из которых по желанию могут стать слушателями Школы традиционной китайской медицины с целью освоения полного цикла обучения.

По окончании обучения слушатели, имеющие высшее или среднее профессиональное медицинское образование, могут получить удостоверение о повышении квалификации установленного образца и Сертификат Всемирной федерации обществ китайской медицины – представительной и авторитетной организации, объединяющей ведущих специалистов в области традиционной китайской медицины. Желающие могут продолжить образование в Китае и пройти стажировку на базе известных клиник.

На программу можно записаться до 18 мая 2015 года по тел. 8 (915) 190-26-67 или по электронной почте info.imo.miit@gmail.com.

Наши контакты:
Институт международных транспортных коммуникаций МГУПС (МИИТ)
Лицензия на ведение образовательной деятельности от 31.05.2012 № 0220,
Свидетельство о государственной аккредитации от 27.04.2012 ВВ № 001645
Наш адрес: г. Москва, ул. Новосущевская, д. 26а
Проезд: м. Новослободская, м. Менделеевская, м. Марьина Роща
Горячая линия: 8 (915) 190-26-67
E-mail: info.imo.miit@gmail.com
Web-сайт: www.imtk-miit.ru

Актуальные подходы к питанию детей раннего возраста

В Москве 10 апреля 2015 года состоялась Всероссийская конференция Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) «Актуальные вопросы перинатальной медицины: особенности парентерального и энтерального питания детей раннего возраста», которая обобщила практический опыт российских врачей по питанию детей от 0 до 12 месяцев жизни

Первая специализированная Конференция РАСПМ прошла в МИА «Россия сегодня» и собрала около 300 участников из 7 федеральных округов России, среди которых врачи-неонатологи, реаниматологи, педиатры и медсестры, а также представители администраций профильных ЛПУ и региональных органов здравоохранения.

Открывая конференцию, президент РАСПМ, академик РАН, профессор Н.Н. Володин сказал: «Сегодня мы собрались, чтобы скорректировать вектор дальнейших научных исследований с учетом практической потребности отечественной педиатрии. Подводя итоги достаточно продолжительного этапа работы специалистов по вопросам питания детей первых месяцев жизни, могу вас заверить, что значительные успехи нашей страны в уменьшении младенческой смертности новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, а также в снижении инвалидизации детей раннего возраста во многом связаны с высокой самоотдачей людей, которые сейчас находятся в зале».

На официальном приветствии выступили:

Профессор, член-корреспондент РАН, заместитель директора ФБУН «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Роспотребнадзора В.Г. Акимкин:

«Позвольте поблагодарить вас за вклад в здоровье нации и успешную реализацию демографической политики страны! Учитывая тему сегодняшней встречи, хотел бы также подчеркнуть, что питание должно быть эпидемиологически безопасным. Уверен, что эта сфера будет также нормативно отработана».

Профессор, член-корреспондент РАН, заместитель председателя Исполкома Союза педиатров России, президент Европейской педиатрической ассоциации, заместитель директора ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАН, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАН, главный внештатный детский специалист аллерголог-иммунолог Министерства здравоохранения РФ Лейла Сеймуровна Намазова-Баранова:

«Чтобы задать настроение празднику с самого начала нашего мероприятия, позвольте пригласить на сцену всех председателей секций, а также членов президиума конференции и наградить их шапочками детского доктора. Эта шапочка традиционно вручается наиболее достойным специалистам, которые заботятся о здоровье детей самого младшего возраста, а вы, уважаемые друзья, безусловно, заслуживаете это почетное звание».

Профессор, директор Института перинатологии и педиатрии Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, главный внештатный специалист-неонатолог Министерства здравоохранения РФ Дмитрий Олегович Иванов:

«Последствия питания новорожденного проявляются в течение всей жизни, и поэтому крайне актуально уделять этому вопросу особое внимание. По данным Федеральной службы государственной статистики, озвученным недавно, за период с января по февраль 2015 года мы достигли рекордно низкого показателя младенческой смертности – 6,3 промилле. Это на 20% меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Огромное спасибо вам за это, уважаемые коллеги!»

Новая Конференция РАСПМ прошла в необычном формате: сначала были представлены краткие анонсы всех заявленных тем конференции во время так называемой тизер-сессии, после которой участники выбрали тему для обсуждения, наиболее близкую их практическим интересам. В рамках мероприятия состоялись шесть секций, каждые три из которых проходили одновременно. Во всех залах велась видеозапись, чтобы по итогам конференции предоставить возможность для дискуссии на ключевые темы на сайте www.raspm.ru. Также часть профильных специалистов участвовала дистанционно, воспользовавшись опцией интернет-трансляции.

Основные темы и докладчики конференции:

Секция «Программирование питанием»

Главный докладчик: профессор кафедры госпитальной педиатрии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный врач ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова, главный внештатный специалист-неонатолог Департамента здравоохранения г. Москвы А.И. Чубарова.

«Благодаря высокой профессиональной подготовке аудитории, беседу удалось провести на достойном уровне. Мы смогли детально обсудить вопросы программирующей роли факторов внешней среды на систему «мать – плацента – плод», а также проблему избыточного питания матери, приводящего к ожирению и влияющую на здоровье плода».

Докладчики: Панкратьева Л.Л., старший научный сотрудник научно-консультационного отдела ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева»; Петренко Ю.В., заведующий лабораторией физиологии и патологии новорожденных Института перинатологии и педиатрии ФМИЦ им. В.А. Алмазова.

Круглый стол «Организация грудного вскармливания в стационаре»

Председатель: профессор кафедры неонатологии ФДПО ГОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заместитель главного врача ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова И.Г. Солдатова.

«Сегодняшний круглый стол носил междисциплинарный характер: в нем приняли участие не только врачи неонатологи и педиатры, но и санэпидемиологи, без участия которых мы не смогли бы изменить нормативно-правовую документацию и двигаться дальше. На мой взгляд, сегодняшний круглый стол получился очень конструктивным: предложенные поправки получили одобрение аудитории, и мы смогли наметить дальнейший план работы. По итогам круглого стола запланировано создание рабочих групп, которые будут готовить проекты клинических рекомендаций и проект поправок к СанПиНам».

Участники: Игонина Е.П., начальник отдела надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Управления Роспотребнадзора по г. Москве; Иванов Д.О., директор Института перинатологии и педиатрии Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, главный внештатный специалист-неонатолог Министерства здравоохранения РФ; Боровик Т.Э., заведующая отделением питания здорового и больного ребенка ФГБНУ «Научный центр здоровья детей»; Лукоянова О.Л., старший научный сотрудник отделения питания здорового и больного ребенка ФГБНУ «Научный центр здоровья детей»; Беляева И.А., руководитель отделения для недоношенных детей ФГБНУ «Научный центр здоровья детей»; Рюмина И.И., руководитель отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова.

Секция «Особенности питания недоношенных детей»

Главный докладчик: заместитель главного врача по медицинской части ДГКБ № 10 г. Екатеринбурга О.Л. Ксенофонтова.

«Первый раз отмечаю такой формат, который позволяет людям, присутствующим на конференции, заранее получить представление о проходящих научных сессиях и сознательно выбрать наиболее близкую тему. У нас получился настоящий диалог: было предусмотрено достаточно времени докладчику, чтобы он смог в деталях осветить все вопросы, а также услышать обратную связь от участников».

Докладчики: Кешишян Е.С., руководитель Центра коррекции развития детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Слабука Н.В., ассистент кафедры госпитальной педиатрии № 1 РНИМУ им. Н.И. Пирогова, руководитель группы неонатологии НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы Департамента здравоохранения г. Москвы.

Секция «Клинические аспекты пищевой аллергии у детей раннего возраста»

Главный докладчик: профессор, заведующая кафедрой педиатрии ГОУ ДПО РМАПО, главный педиатр ЦФО РФ, заслуженный врач РФ И.Н. Захарова.

«Будучи председателем секции по такой крайне актуальной проблеме, я бы хотела, в первую очередь, обратить внимание неонатологов на то, как правильно вести детей раннего возраста с пищевой аллергией и не забывать о первопричине заболевания – о белке коровьего молока, который является аллергеном для 5% детей грудного возраста».

Докладчик: Сугян Н.Г., доцент кафедры педиатрии ГОУ ДПО РМАПО.

Секция «Вскармливание грудным молоком: современные научно-практические аспекты»

Главный докладчик: руководитель отделения для недоношенных детей ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» И.А. Беляева.

«Во время сегодняшней секции мы затронули поистине важную проблему – выхаживание самой уязвимой группы пациентов, сталкивающихся с большим количеством перинатальных осложнений, – недоношенных детей. Современные подходы к организации рационального вскармливания позволяют предотвратить образование ургентных инфекционно-воспалительных заболеваний и способствуют снижению риска развития хронических патологий».

Докладчики: Ипполитова Л.И., заведующая педиатрическим стационаром БУЗ ВО Воронежской областной клинической больницы №1; Рюмина И.И., руководитель отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова.

Секция «Парентеральное питание»

Главный докладчик: заведующий ОРИТ для новорожденных ГБУЗ СО ОДКБ № 1 г. Екатеринбурга М.Е. Пруткин.

«Приятно осознавать, что вопросы организации питания детей раннего возраста пользуются таким интересом не только со стороны профильных специалистов, но и Роспотребнадзора. Я считаю эту кооперацию между коллегами очень правильной – ведь все мы, в сущности, болеем за одно дело».

Докладчики: Монахова О.А., главный специалист-неонатолог СЗАО г. Москвы; Ионов О.В., руководитель отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова.

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
7–11 декабря 2015

ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

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

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

9-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»

ЭКСПОЦЕНТР
МОСКВА

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
экспоцентр.рф

Организаторы:
- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:
- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения в РФ

12+ реклама

26–28 мая, 2015

VII Всероссийский научно-образовательный форум
с международным участием

Медицинская диагностика – 2015

г. Москва, МВЦ «Крокус Экспо»,
3-й павильон, 4-й этаж, 20-й зал, «Крокус Конгресс Центр»

Форум «Медицинская диагностика» является одним из главных событий года в сфере медицинской диагностики России. Традиционно Форум собирает руководителей органов здравоохранения, рентгенологов, лучевых диагностов, врачей ультразвуковой и функциональной диагностики, медицинских физиков, ученых и преподавателей вузов.

В рамках форума:

Радиология – 2015
IX Всероссийский национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов

isuog РАСУДМ

Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в медицине матери и плода
4-й Московский международный учебный курс под эгидой ISUOG и РАСУДМ

РАСФД

Функциональная диагностика – 2015
VII Всероссийская конференция

МЕДИ Экспо

МЕДиагностика – 2015
VII Международная специализированная выставка оборудования, техники, фармпрепаратов для диагностики заболеваний человека

Организаторы:

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ
Общество специалистов по лучевой диагностике
Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
Российская ассоциация радиологов
Общество интервенционных онкорадиологов
Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики

МЕДИ Экспо

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

www.mediexpo.ru

II ПРЕМИЯ В ОБЛАСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

для физических и юридических лиц

А если не ВЫ, то КТО?

ПЕРВЫЕ ЛИЦА

НОМИНАЦИИ:

> ПЕРСОНА ГОДА
> ТЕХНОЛОГИЯ ГОДА
> ОТКРЫТИЕ ГОДА
> ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ГОДА

ТЕЛЕФОН ОРГКОМИТЕТА: +7 (495) 921 3523
САЙТ: ПЕРВЫЕ-ЛИЦА.РФ, PERVIE-LITSA.RU
ПОЧТА: INFO@PERVIE-LITSA.RU

ПРИГЛАШАЕМ К УЧАСТИЮ

(Прием заявок до 15 июня 2015 г.)

Учредители Премии:

РАСПМ · Российская ассоциация специалистов по медицинской профилактике

Общество по развитию медицины и здравоохранения
Некоммерческое партнерство

Организационный комитет:

PRESTO
FROM REASON TO RESULT