



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 8 (146)
24 октября 2016 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

**«Будущее принадлежит
медицине предохранительной.
Эта наука, идя рука об руку
с лечебной, принесет несомнен-
ную пользу человечеству».**

Н.И. Пировов

- РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ -

Развитие здравоохранения в Хабаровском крае – ускоренное движение

В Хабаровском крае немало сделано и делается по обеспечению доступности и качества медицинской помощи населению, организации системы здравоохранения, соответствующей современным требованиям и уровню развития медицинских технологий. Достигнутые краем результаты неоднократно отмечались Министерством здравоохранения России.

Системный подход к развитию здравоохранения, серьезные финансовые вложения в отрасль по краевым и федеральным программам (только за 1 полугодие 2016 г. – 7,5 млрд рублей), сделанные в последние годы, дали ощутимые результаты. В настоящее время Хабаровский край занимает передовые позиции на Дальнем Востоке по уровню оснащенности медицинских учреждений и квалификации специалистов, а г. Хабаровск по праву может считаться дальневосточным центром высокотехнологичной медицины.

По заявлению министра здравоохранения края А.В. Витько задачу, поставленную президентом страны, увеличить объем высокотехнологичной медицинской помощи к 2017 г. почти в два раза, Хабаровский край уже сегодня выполнил в полном объеме.

Сегодня лицензии на право оказания высокотехнологичной медицинской помощи имеют восемь краевых клиник, три федеральных медицинских центра и одно лечебное учреждение негосударственной формы собственности.

Большое внимание уделяется развитию и совершенствованию работы первичного звена здравоохранения, которым являются поликлиники.

В 2015 г. для ликвидации больших очередей, оптимизаций условий обслуживания пациентов и работы медицинского персонала широко внедрялись информационные технологии.

Постоянное внимание развитию системы охраны материнства и детства, обеспечению доступности современных методов диагностики для будущих матерей во всех районах края, создание современных центров родовспоможения позволили снизить за последние два года младенческую смертность в два раза и существенно увеличить показатель рождаемости.

Хабаровский край первым на Дальнем Востоке стал развивать медицину на основе государственно-частного партнерства, в том числе с привлечением иностранных компаний. В 2014 г. в рамках программы государственно-частного партнерства в г. Хабаровске открылся первый на Дальнем Востоке Центр амбулаторного диализа. Его построили и оснастили современным оборудованием в результате реализации соглашения между Правительством Хабаровского края и немецкой компанией «Б. Браун Авитум Руссланд Клиникс». Мощность центра – 30 аппаратов «искусственная почка», что позволяет оказывать медицинские услуги более 200 пациентам

с хронической почечной недостаточностью. Это полностью удовлетворяет потребность в своевременной высококачественной помощи больным в г. Хабаровске и близлежащих районах. Услуги центра для пациентов бесплатны, их оплачивают страховые медицинские компании за счет средств ОМС.

В настоящее время с участием этого же иностранного инвестора строится нефрологический центр в г. Комсомольске-на-Амуре. Открытие его планируется в 2017 г.

Система здравоохранения края работает в условиях региона, где почти 80 % территории относится к труднодоступным районам, в которых проживает около 40 % населения. Для обеспечения доступности и своевременности медицинской помощи людям, проживающим в отдаленных районах, в 13 краевых учреждениях здравоохранения созданы мобильные медицинские бригады. В год они оказывают помощь более чем 40 тысячам жителей края.

Для нынешней системы здравоохранения одним из самых актуальных является дефицит специалистов. Правительством края в 2013 г. в соответствии с государственной программой «Развитие здравоохранения Хабаровского края» разработаны и реализуются мероприятия, эффективно решающие указанную проблему. Огромное значение при этом будут иметь принятые Минздравом России изменения в системе высшего медицинского образования. Обучающиеся по программе «целевого» набора молодые специалисты по окончании вуза будут безальтернативно направляться на работу в учреждения здравоохранения первичного звена. В 2015 г. в 2,2 раза увеличен «целевой» прием в Дальневосточный государственный медицинский университет, на 100 мест увеличен «целевой» набор в Хабаровский медицинский колледж. Уже в 2017 г. в поликлиники края придет весь выпуск лечебного факультета университета – более 60 человек.

**По материалам специального выпуска
«Стратегия губернатора»,
сайтов www.khabkrai.ru, www.zdrav.medkhv.ru**



НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ

■ 6 сентября 2016 г. в Правительстве края обсудили ход диспансеризации населения региона и профилактические меры, направленные на сохранение здоровья населения. По информации регионального минздрава, в этом году осмотры пройдут 195 тысяч жителей края, что на 13,5 % выше показателей прошлого года.

«Первый этап диспансеризации выполнен на 68,7 %. Чаще всего у жителей края выявляются болезни системы кровообращения, эндокринной системы, злокачественные новообразования. Первую группу здоровья имеет четверть обследованного населения. Более половины – третью. Основная цель диспансеризации – раннее выявление хронических заболеваний и факторов риска», – отметил министр здравоохранения края Александр Витко.

■ 26 сентября в ауд. 127 под председательством В.З. Молоствовой, к.м.н., ассистента кафедры внутренних болезней состоялась научно-практическая конференция «Профилактика и современное лечение гемофилии». Во второй половине научного мероприятия был проведен семинар «Теория и практика общественных советов».

Врачи гематологи, травматологи-ортопеды, реабилитологи лечебно-профилактических и клинических учреждений краевого центра обсуждали современные подходы лечения гемофилии и насущные проблемы качества жизни своих пациентов. Ведущие московские специалисты – Ю.А. Жулев, президент Всероссийского общества больных гемофилией, А.В. Голобоков, врач-ортопед московского Гематологического научного центра – рассказали коллегам о новейших методиках ортопедического лечения при гемофилической артропатии. Участники конференции внимательно выслушали и дали высокую оценку докладу заведующей медико-генетической консультацией В.В. Дудурич – «Актуальные вопросы молекулярной генетической диагностики у пациентов с коагулопатиями».

■ 14 сентября в лекционном зале состоялись очередные занятия в научно-практической школе «Актуальные вопросы неотложной кардиологии и сердечной недостаточности». В работе школы принял участие И.В. Жиров, д.м.н., ведущий научный

- ВЫБОРЫ 2016 -

Выборы в Государственную Думу: результаты без комментариев

18 сентября 2016 г. прошли выборы в Государственную Думу Российской Федерации. Подведены окончательные итоги, которые выглядят следующим образом.

При явке избирателей в целом по стране 47,88 % победила «Единая Россия» – 54,2 % голосов избирателей, принявших участие в голосовании, и 343 места в Государственной Думе. На втором месте с 13,34 % голосов и 42 мандатами – КПРФ, на третьем месте ЛДПР (13,14 % и 39 мандатов). На четвертом месте «Справедливая Россия» –

6,22 % и 23 места в Государственной Думе. Кроме указанных партий, по результатам выборов в одномандатных округах по одному месту в парламенте страны получили партии «Родина» и «Гражданская платформа», а также независимый самовыдвиженец Вячеслав Резник.

Результаты выборов в ДФО:

Субъекты	Явка, %	Единая Россия	КПРФ	ЛДПР	Справедливая Россия	Партия пенсионеров
Чукотский АО	62,9	61,66	8,79	19,68	5,44	
Камчатский край	38,26	48,31	15,15	22,98	7,01	
Магаданская область	39,2	44,69	14,84	19,15	7,72	
Республика Саха (Якутия)	47,89	46,42	14,35	10,7	15,19	
Хабаровский край	36,9	37,31	16,46	25,1	4,55	
Приморский край	36,96	39,47	20,81	20,3	7,15	5,44
Амурская область	42,03	35,93	17,41	30,7	5,11	
Еврейская автономная область	38,06	42,43	21,01	26,57	5,47	
Сахалинская область	34,71	43,93	15,77	20,97	3,5	

Для того чтобы у читателей газеты была возможность поразмышлять и сделать собственные выводы, приводим результаты выборов в Государственную Думу РФ в 2011 г. в целом по стране и в ДФО.

Явка избирателей в целом по стране составила

60,1 %. По результатам выборной кампании партия «Единая Россия» набрала 49,32 % голосов избирателей, КПРФ – 19,9 %, «Справедливая Россия» – 13,24 %, ЛДПР – 11,67 %.

В таблице приведены результаты выборов в ДФО 2011 года.

Субъекты	Явка	Единая Россия	КПРФ	ЛДПР	Справедливая Россия
Чукотский АО	74,2	70,3	6,7	11,2	5,4
Камчатский край	53,1	45,3	17,1	12,6	10,1
Магаданская область	50,6	41,0	22,8	17,4	11,6
Республика Саха (Якутия)	60,05	49,16	16,39	8,47	21,82
Хабаровский край	53,1	38,1	20,5	19,8	14,1
Приморский край	48,8	33,3	23,2	18,7	18,1
Амурская область	53,7	43,5	19,2	21,0	10,3
Еврейская автономная область	52,0	48,1	19,8	15,7	10,5
Сахалинская область	48,7	41,9	23,4	16,0	11,8

По материалам сайтов: www.polit.ru, www.amurmedia.ru, www.primamedia.ru, www.magadanmedia.ru, www.yakutia.media.ru, www.sakhalinmedia.ru

Восточный экономический форум: итоги и перспективы



Стремление нашей страны диверсифицировать направления экономических связей в случае успеха будет иметь огромное положительное значение для динамичного роста российской экономики. Второй Восточный экономический форум, который прошел в г. Владивостоке 2–4 сентября 2016 г., предоставил возможности для установления и дальнейшего развития отношений со странами Азиатско-Тихоокеанского региона.

Развитие отношений с Азиатско-Тихоокеанским регионом в свете современных геополитических и экономических реалий начинает себя оправдывать. Итоги II Восточного экономического форума дают основания для оптимистических прогнозов.

На форум прибыло 3,5 тысячи делегатов, участвовало 56 стран, в том числе ведущие европейские государства, подписан 201 контракт на общую сумму 1,63 триллиона рублей.

В работе форума принял участие президент России В.В. Путин, а также руководители ряда стран, в том числе премьер-министр Японии Синдзо Абэ и президент Республики Корея Пак Кын Хе.

Премьер-министра Японии сопровождала представительная делегация председателей и членов советов директоров ведущих японских компаний. В ходе форума от японских компаний поступило 12 заявок на заключение контрактов на общую сумму 250 миллиардов рублей. Известно, что российской стороной поддержаны проекты создания энергомоста Сахалин – Хоккайдо и инвестирование вхождения Мицуи в капитал «РусГидро». В Приморском крае в дополнение к уже действующему СП Мазда Солерс будет создано новое производство автомобильных двигателей.

В ближайших планах развития дальнейшего сотрудничества с китайскими компаниями – строительство моста через р. Амур между г. Благовещенском и китайским г. Хайхэ, а также участие китайских предприятий в развитии глубоководного порта Ванино.

В ходе форума ПАО «Газпром» подписал так долго «буксовавшее» соглашение по строительству «Северного потока-2» с ведущими европейскими компаниями. В соответствии с соглашением реализацией проекта, который должен быть осуществлен к 2019 г., займется совместный проектно-строительный концерн. Акционерами создаваемого совместного предприятия будут «Газпром» (51 %), а также крупнейшие нефтегазовые, энергетические и химические компании Европы: BASF SE (Германия), E.ON SE (Германия), OMV AG (Австрия), Royal Dutch Shell (Нидерланды, Великобритания), ENGIE (Франция).

Для России «Северный поток-2» позволит поставлять газ в Европу, минуя территорию Украины, что с учетом современной позиции украинских властей существенно повысит надежность поставок. Реализация проекта также значительно увеличит объемы поставляемого газа в Северо-Западную Европу.

Большое место на форуме заняло обсуждение вопросов сотрудничества в области развития здравоохранения на российском Дальнем Востоке.

Выступая на сессии «Стратегические векторы развития здравоохранения Дальнего Востока» в рамках форума, министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова отметила, что «позитивные изменения, которые наблюдаются в Дальневосточном федеральном округе за последние годы, позволили значительно приблизить Дальний Восток к целевым показателям в области здравоохранения. Достаточно сказать, что показатель младенческой смертности в ДФО за период 2014–2015 гг. снизился с 9 до 7,5 на 1000 родившихся живыми, а по итогам 7 месяцев текущего года опустился еще ниже до 6,4».

Также наблюдается снижение смертности от основных причин. За 7 месяцев текущего года показатель смертности на Дальнем Востоке снизился почти на 4 % и составил 12,5 на 1000 населения.

Существенно увеличилось число профилактических осмотров и охват диспансеризацией жителей Дальнего Востока. По результатам первого полугодия 2016 г. регион смог обеспечить один из самых высоких в стране показателей выявляемости онкологической патологии – 30 % от всех диагностированных заболеваний. Евросоюз ставит перед собой задачу выявлять 20–30 % онкологических патологий, а для Российской Федерации этот показатель в настоящее время составляет в среднем 21 %.

Министр обратила внимание, что в связи с низкой плотностью населения Дальнего Востока из 6 миллионов жителей региона 210 тысяч находятся в зоне риска из-за невозможности их транспортировки в случае острой ситуации, угрожающей жизни, в течение «золотого часа» в медицинскую организацию. Поэтому один из приоритетных проектов, который был отобран президиумом Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам при Президенте РФ, полностью заключается в развитии санитарной авиации, прежде всего на Дальнем Востоке.

Подводя итоги II Восточного экономического форума, руководитель Оргкомитета форума, заместитель председателя Правительства РФ Ю.П. Трутнев сказал: «II Восточный экономический форум доказал, что он востребован. Мы видим, что у бизнеса есть желание приехать, и это приводит к оживлению деловой обстановки. Значит, Форум проводится в правильном месте и в правильное время. В результате на Дальнем Востоке появляются новые проекты и предприятия».

По материалам сайтов: www.politrussia.ru,
www.rosminzdrav.ru, www.forumvostok.ru,
www.debri-dv.ru

НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ

сотрудник Российского кардиологического научно-производственного комплекса МЗ РФ, отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности.

Стоит отметить, что подобные встречи, семинары, лекции помогают дальневосточным медицинским специалистам поделиться собственным опытом и наблюдениями, обсудить интересные клинические случаи и интересующие их патологии, узнать о новых методах лечения и профилактики.

Участники научного мероприятия высоко оценили доклад профессора «Сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса. Гипертонические кризы».

■ 27 сентября в большом универсальном зале Городского дворца культуры состоялся торжественный прием в честь 67-й годовщины образования Китайской Народной Республики. Генеральный консул КНР в Хабаровске господин Го Чжицзюнь с супругой радушно встречали делегации Правительства Хабаровского края, мэрии, регионального парламента, городской думы, руководителей ведущих организаций, предприятий и учреждений краевой столицы. Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения представляла Е.В. Дубинина, начальник отдела по научной работе и международным связям.

Выступая на открытии торжественного вечера, господин Го Чжицзюнь подчеркнул, что отношения между Китаем и российским Дальним Востоком неуклонно развиваются по восходящей линии, к настоящему времени они достигли уровня всеобъемлющего доверительного партнерства и стратегического сотрудничества. Консул ознакомил присутствующих с достигнутыми китайским правительством успехами во всех сферах. Подчеркнул, что Китай и далее будет придерживаться политики «стремления к гармонии во внутренних делах и поддержанию мира во всем мире». Также господин Го Чжицзюнь высоко оценил состояние и перспективы китайско-российских отношений, выразил уверенность в том, что при непосредственной поддержке лидеров двух стран наше партнерство непременно достигнет более высокого уровня развития.

По материалам пресс-центра ИПКСЗ,
пресс-службы губернатора и
Правительства Хабаровского края,
сайта www.khabkrai.ru

Развивая международное сотрудничество

Начало этой недели ознаменовалось ярким событием в международной жизни нашего города. В Городском дворце культуры состоялось VII заседание Международного Комитета по сотрудничеству между Хабаровском и Харбином.

С 11 по 13 октября в Городском дворце культуры состоялось VII заседание Международного Комитета по сотрудничеству между Хабаровском и Харбином. В нем принимали участие заместитель мэра города по социальным вопросам С.И. Шевченко, заместитель мэра Харбина Чжан Ваньпин, генеральный консул КНР в г. Хабаровске Го Чжицзюнь. Российскую сторону также представляли краевые министерства и ведомства, организации высшего образования, здравоохранения, культуры, руководители промышленных предприятий и бизнеса. Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения представлял В.Е. Воловик, д.м.н., профессор, проректор по научной и лечебной работе.

После общего заседания работа комитета по сотрудничеству продолжалась в секциях.

Выступавший на секции по социальным вопросам с докладом профессор Воловик подчеркнул особую актуальность международной деятельности института. Он отметил, что ИПКСЗ продолжает активно развивать партнерские связи с медицинскими образовательными и лечебными учреждениями КНР. В настоящее время достигнуты договоренности по взаимному



обмену новейшими технологиями в области лечебных, диагностических и профилактических направлений, научными разработками, по программам стажировок российских и китайских медиков в ведущих медицинских центрах Харбина и в клиниках города Хабаровска.

По итогам работы было достигнуто соглашение о продолжении взаимного обмена ознакомительными визитами и выступлениями на ежегодных международных конференциях по теме здорового образа жизни «Здоровые города. Лучшие практики по сохранению здоровья

населения». Для китайских партнеров была также проведена презентация журнала «Здравоохранения Дальнего Востока» с предложением активного участия в его работе и сборника материалов XV Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения».

Китайская сторона отметила важность и перспективность сотрудничества с городом Хабаровском, а также изъявила желание более подробно узнать о тех возможностях, которые предоставляются расширенному партнерству во всех сферах деятельности в нашем городе, особенно в рамках ТОСЭР.

Пресс-центр ИПКСЗ

И снова грипп

Вновь уже привычно замаячила угроза эпидемии гриппа. Как всегда, врачи предупреждают об этом заранее. Сезон заболеваемости – ноябрь-май. Пик заболеваемости ожидается в январе-феврале 2017 г. Об этом на пресс-конференции «Новый эпидемический сезон гриппа 2016–2017» в ИТАР-ТАСС 27 сентября 2016 г. рассказала руководитель Роспотребнадзора Анна Юрьевна Попова.

По данным Роспотребнадзора, в России в сезоне 2016–2017 гг. ожидаются два типа гриппа: уже привычный А(Н1N1)2009 и «гонконгский» вариант А(Н3N2)2014. Последняя разновидность несет особые риски для детей младшего дошкольного возраста и пожилых людей. В связи с этим Роспотребнадзор настоятельно рекомендует привиться в этом году.

С гонконгским гриппом человечество знакомо давно. Первые вспышки были описаны еще в XIX веке, а самая сильная эпидемия произошла в 1968–1969 гг., тогда в мире погибло около 33 тысяч человек. В 2015–2016 гг. на грипп варианта А(Н3N2) в России пришлось не более 4 % от всех заболевших.

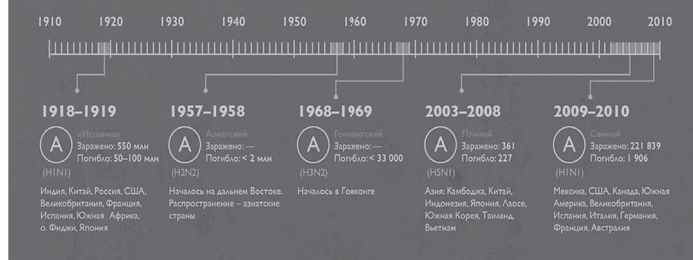
В этом году в РФ за счет бюджета планируется привить 40 % населения. Прививки против гриппа внесены в Национальный календарь профилактических прививок и бесплатно проводятся детям с 6-месячного возраста, медицинским работникам и работникам образовательных учреждений, транспорта, взрослым старше 60 лет, студентам, работникам сферы обслуживания. На настоящее время привито около 12,5 % населения.

Опасность гриппа зачастую недооценивают. Между тем он является одним из самых серьезных и массовых заболеваний среди прочих вирусных инфекций. Сезонный грипп, по данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно вызывает от 3 до 5 млн случаев тяжелой болезни и приводит к 250–500 тысячам смертей. Чем же отличаются симптомы гриппа от симптомов ОРВИ и ОРЗ?

ОРВИ, ОРЗ	ГРИПП
Температура до 37,5–38,5	38,5–40
Головные боли	Сильные головные боли
Резь в глазах	Сильная резь в глазах
Насморк	Насморк
Боли в горле	Сильные боли в горле
Кашель	Сильный кашель
Озноб	Сильный озноб
Слабость и сонливость	Выраженные слабость и сонливость
	Боли в мышцах
	Повышенное потоотделение
	Иногда дискомфорт в животе, рвота, диарея

Несмотря на развитие науки, человечеству до сих пор не удается полностью победить грипп. Это связано с его способностью эволюционировать. Постоянно возникающие новые штаммы позволяют патогенам обходить защиту иммунной системы человека и обеспечивают устойчивость к лекарственным препаратам. Помимо высокой скорости мутации, грипп опасен легкой передачей. Вирусом можно заразиться через предметы обихода и воздушно-капельным путем.

Самые страшные эпидемии гриппа



Основная угроза гриппа заключается в осложнениях. На его фоне часто развиваются пневмонии, поражения сердца и сосудов, а также заболевания нервной системы, например менингит.

Период между инфицированием и заболеванием длится около двух дней, иногда до пяти дней. Тяжесть течения заболевания зависит от общего состояния здоровья, возраста и от того, контактировал ли заболевший человек с данным типом вируса ранее.

Своевременная вакцинопрофилактика гриппа позволяет избежать заболевания или смягчить тяжелые последствия.

После прививки иммунитет появляется через 12–15 дней и сохраняется в течение года.

К временным противопоказаниям к вакцинации против гриппа относятся состояние острого заболевания или обострение хронического заболевания. Постоянное противопоказание устанавливается в случае наличия немедленной аллергической реакции в виде анафилактического шока, крапивницы или отека Квинке.

Для того чтобы максимально снизить вероятность заражения вирусом гриппа, необходимо чаще мыть руки с мылом, чистить и дезинфицировать поверхности с помощью бытовых моющих средств, избегать близкого контакта с больными людьми, соблюдать расстояние при встречах не менее 1 м, стараться реже посещать места массового нахождения людей, вести здоровый образ жизни, включая полноценный сон, правильное питание и физическую активность.

Использованы материалы сайтов: www.tass.ru, www.rosminzdrav.ru, www.ipks.ru

- ОСОБОЕ МНЕНИЕ -

Новая модель здравоохранения: как вырваться из ловушки бесконечного роста

Статья опубликована в журнале «Вестник McKinsey» № 32 за 2015 г. Журнал издается с 2002 г. московским офисом международной консалтинговой компании «McKinsey & Company». Авторы статьи: Алексей Вигдорчик – к.м.н., консультант компании «McKinsey», а также фармацевтической компании «Новартис Фарма»; Виталий Клинов – управляющий партнер компании «McKinsey», получил образование по специальности «Прикладная математика» в Московском инженерно-физическом институте и в Калифорнийском университете (США) по направлению «Международные экономические отношения»; Елена Кузнецова – партнер компании «McKinsey», окончила Московский физико-технический институт по специальности «Прикладная математика» и Калифорнийский университет (США) по направлению «Управление в сфере бизнеса».

Приглашаем читателей к обсуждению положений данной статьи. В этом номере статью комментирует заведующий кафедрой организации сестринского дела, к.м.н. К.П. Топалов.

Глобальная экономика уже не успевает за ростом затрат на медицинское обслуживание населения. Сегодня и развитым, и развивающимся странам предстоит изменить основные принципы своих систем здравоохранения: перебросить ресурсы на борьбу с заболеваниями в ранней стадии и выстроить новый, интегрированный подход к заботе о здоровье своих граждан.

Соединенные Штаты тратят на медицину около 3 трлн долл. в год, почти 18 % своего ВВП, тогда как средний для стран ОЭСР показатель – около 8 % ВВП. В США, например, проводится в 2,5 раза больше МРТ-обследований и в 3 раза больше маммограмм на душу населения в год, чем в средней стране ОЭСР. Так почему же Соединенные Штаты до сих пор не на первых местах в списке самых здоровых стран мира?

По таким показателям, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, эта ведущая в технологическом и финансовом отношении экономика не попадает даже в первую

десятку. Каковы же тогда шансы других стран, не располагающих такими ресурсами, в борьбе за здоровье своего населения? Каковы шансы улучшить состояние здоровья граждан России? Государственные расходы на душу населения росли последние 15 лет и достигли 3,6 % от ВВП в 2014 г., но все еще не дотягивают до уровня более обеспеченных стран.

Если заглянуть в будущее, то проблема еще серьезнее. В среднем по странам ОЭСР рост затрат на здравоохранение опережает рост ВВП на 2 процентных пункта. Медицинские издержки во всем мире растут так быстро, что уже в среднесрочной перспективе экономика многих стран перестанет их выдерживать. Вряд ли помогут даже бурное развитие и радикальное удешевление медицинских и биотехнологий.

Это означает, что прежняя модель здравоохранения, сложившаяся в XIX–XX вв., быстро движется в тупик. Традиционно медицинское вмешательство начиналось лишь тогда, когда

пациент обращался к врачу с уже возникшим заболеванием. После изобретения вакцинации медики научились предотвращать часть таких обращений – те, что были связаны с инфекционными заболеваниями. Но тенденции последних десятилетий показывают, что и этого уже недостаточно. Глобальная медицина должна научиться в полном смысле слова управлять заболеваниями, как инфекционными, так и неинфекционными. Иначе ее издержки лягут непосильным грузом на экономику.

Но почему эти проблемы возникли только сейчас? Почему именно сейчас системы здравоохранения перестают справляться с нагрузкой?

Две угрозы для здравоохранения

Один из ответов – долгожитие. Благодаря улучшению санитарных условий, росту благосостояния и достижениям медицины продолжительность жизни людей в большинстве стран планеты увеличилась на десятки лет. По прогнозам ООН,

численность населения в возрасте старше 60 лет увеличится с 813 млн в 2013 г. до более чем 2 млрд к 2050 г. Это будет более 20 % населения планеты. В медицине же есть четкая зависимость: чем выше возраст, тем больше тратится денег на лечение. Исследование Мичиганского университета показывает, что ежегодные издержки на медицинское обслуживание старых людей в четыре-пять раз выше, чем для молодых, причем издержки растут экспоненциально: на людей старше 85 лет расходуется втрое больше, чем на тех, кому 65–74 года.

Более того, долгая жизнь создает новые проблемы. Вылечивая, например, инфекции и травмы, которые прежде считались бы смертельными, медицина открывает дорогу другим болезням – заболеваниям сердца, диабету, онкологическим заболеваниям, болезням легких, которые развиваются длительно и лечение которых требует значительно более серьезных расходов.

На это накладываются и другие факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, ожирение и т.п. Из-за ожирения в развитых странах за последние 20 лет количество потерянных лет жизни с поправкой на инвалидность выросло на 17 %, а в развивающихся странах – на 90 %. Наблюдения за переезжающими в Северную Америку эмигрантами, в основном из Южной Америки, показывают, что их продолжительность жизни нередко не увеличивается, как можно было бы предположить, а, наоборот, снижается. Одна из причин – доступность дешевой пищи, насыщенной жирами, солью и легкоусвояемыми углеводами, и снижение потребления более дорогостоящих фруктов и овощей, привычных для мест их происхождения. Ухудшение рациона способствует ожирению и хроническим заболеваниям.

Технологический парадокс

Еще один фактор, из-за которого расходы на здравоохранение быстро растут, – стремительное развитие медицинских технологий. Революция в медицине повышает качество лечения и продлевает жизнь, но вызывает резкий рост расходов, причем часто необоснованных. Вот пара примеров.

Компьютерная томография и МРТ очень сильно облегчили врачам диагностику, но именно поэтому их нередко назначают без должных оснований. Метод стентирования (введение в сосуды специальных сеток – расширителей сосудов, улучшающих кровоснабжение сердца) произвел переворот в лечении кардиологических больных. Но исследования показывают, что этот метод применяется гораздо чаще, чем это в действительности необходимо для продления жизни и избавления от страданий. Почему? Потому что пациентам часто проще один раз перенести процедуру, чем много лет вести правильный образ жизни и поддерживать полноценную медикаментозную терапию, которая не даст болезни прогрессировать.

Но и лекарственная терапия не отстает в росте затрат. В 2014 г. в США были зарегистрированы препараты для лечения вирусного гепатита С, обладающие более чем 90-процентной

эффективностью. Они позволяют полностью избавиться от этого страшного и летального заболевания, но стоимость одного курса лечения приближается к 100 тыс. долл.

Давние споры идут в медицинском сообществе и по поводу химиотерапии. Некоторые специалисты даже считают, что дополнительные месяцы жизни, подаренные современными препаратами для лечения рака, не стоят побочных эффектов от их применения и огромных затрат. Те, чья жизнь продлена благодаря такому лечению, с этим не согласятся. Но эксперты правы хотя бы в том, что при дальнейшем росте заболеваемости раком система здравоохранения не сможет себе позволить эти усилия.

Наконец, поскольку ввиду развития медицинских технологий пациенты вылечиваются и выписываются из стационаров быстрее, это подталкивает экономическую модель больниц. Хорошо, когда системе здравоохранения удастся снять с себя бремя таких избыточных мощностей. Но если закрыть их по каким-то причинам невозможно, то их содержание опять-таки приводит к чрезмерным затратам на здравоохранение.

Правильное распределение ресурсов

За последние десятилетия глобальная медицина добилась множества прорывов. Но попытки сделать ее одновременно доступной, качественной и экономически эффективной пока не принесли успеха.

Доступная всем и качественная медицина, как правило, оказывается экономически неэффективной. А эффективная и качественная – малодоступной. Как же вырваться из этой ловушки?

Первое, что предстоит сделать, – значительно эффективнее распределить ресурсы, выделяемые на медицину. Одна из главных проблем сегодня в том, что врачебное вмешательство происходит слишком поздно. Учитывая дороговизну лечения хронических заболеваний на более поздних этапах, время – это деньги. Если бы удалось перебросить часть ресурсов на ранние этапы заболевания, а еще лучше – на первичную профилактику, когда только выявлено наличие у пациента факторов риска, многих нынешних затрат можно было бы избежать. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний сегодня не слишком отлажена. А на долю таких заболеваний, по данным ВОЗ, приходится порядка 40 млн смертей в год.

В России в этом смысле стоит обратить внимание на сердечно-сосудистые заболевания: на них приходится более половины от всех зарегистрированных причин смерти. А в большинстве случаев более эффективное их выявление и лечение позволяет заметно снизить риск смерти и осложнений. Что для этого нужно? Разработать программу определения рисков, позволяющую выявлять пациентов с хроническими заболеваниями на ранних этапах, создать единые программы ведения таких пациентов, позволяющие контролировать течение болезни.

При раннем выявлении онкологических заболеваний также можно спасти гораздо больше жизней и гораздо меньшими ресурсами, чем на более поздних стадиях. Пока, к сожалению,

массовый скрининг на все злокачественные новообразования экономически неэффективен. Но, если сосредоточиться хотя бы на самых распространенных видах опухолей, вносящих основной вклад в смертность, эффект может быть огромным. (В России это колоректальный рак, рак молочной железы у женщин и рак простаты у мужчин.)

Интегрированный подход

Для качественного сопровождения и лечения пациентов с хроническими заболеваниями, особенно множественными, придется перестраивать саму систему медицинской помощи. Таких пациентов должна вести мультидисциплинарная команда, в которую входят не только врач и медсестра, но и социальный работник, фармацевт, физиотерапевт и, возможно, другие специалисты, которые все вместе работают над единым и индивидуальным планом лечения в соответствии с правилами доказательной медицины.

Как это сделать на практике? Хороший пример дает канадская программа по гипертонии, направленная на обучение врачей, медицинских сестер, провизоров и пациентов, которая ведется с 1999 г. К 2009 г. эффективность лечения пациентов с гипертонией возросла с 13 до 66 % (это доля пациентов, у которых артериальное давление опустилось ниже 140/90 мм рт. ст.), а смертность от сердечно-сосудистых причин в стране упала примерно на треть. Организаторы программы добивались, чтобы все ее участники работали вместе: врач следовал единым для всей страны клиническим рекомендациям, медсестра регулярно контролировала результаты лечения, как и провизор, который при выдаче лекарств в аптеке проверял эффективность лечения и при более высоком давлении советовал проконсультироваться с врачом. Ключевую роль сыграли сами пациенты, которых обучали контролировать свое состояние и вовремя обращаться к врачу.

Опора на данные

Интегрированный подход к медицинской помощи должен опираться и на новые модели работы с данными. По расчетам McKinsey, системы здравоохранения могут экономить до 10 % в год, если научатся лучше собирать и обрабатывать данные о состоянии и качестве лечения пациентов, оценивать эффективность трат, находить злоупотребления и избавляться от них.

Среди таких мер – ведение единой электронной истории болезни, помогающее специалистам, работающим с пациентом, обмениваться информацией и избегать лишних диагностических и лечебных вмешательств, и создание регистров пациентов с различными заболеваниями (в первую очередь хроническими). Эти регистры позволяют своевременно оценивать качество врачебной помощи, соблюдение рекомендаций врача пациентами и достижение целей лечения. К примеру, в негосударственной системе здравоохранения введение подобных регистров по гипертонии и сахарному диабету позволило добиться отличных результатов в лечении этих заболеваний: эффективность лечения пациентов с гипертонией превысила 80 %, а значит, резко снизилась и число осложнений – инсультов и инфарктов.

Необходимость внесения информации в регистр дисциплинирует медицинских работников и позволяет не упустить из виду особенности конкретного пациента с типичным заболеванием. Если цели лечения в данный момент не достигаются, программа может напоминать медицинским работникам, что нужно обратить внимание на пациента, скорректировать индивидуальный план его лечения.

Новые ИТ-системы также позволяют пациентам иметь доступ к своей электронной медицинской карте и связываться с врачом, а медикам – дистанционно контролировать состояние пациента. К этим системам можно подключить, например, потоки данных с портативных приборов, снимающих электрокардиограмму, и тонометров. Это избавляет пациентов от лишних посещений и экономит время врачей.

Эффективность и концентрация

Важнейший шаг, который позволит облегчить нагрузку на системы здравоохранения, – это контроль эффективности применяемых технологий и методик. Многие высокотехнологичные и дорогие методы лечения пока еще не прошли должную клиническую оценку и не доказали своего превосходства над более простыми и широко применяемыми. Поэтому при выборе инструментов лечения нужно опираться на их реальный клинический эффект, и на их экономическую обоснованность. В данном аспекте, безусловно, должны помочь основанные на доказательной медицине клинические рекомендации, дополненные экономическим анализом медицинских технологий.

Кроме того, нужно сокращать пребывание пациентов в стационаре до минимально необходимого уровня, позволяющего оказывать качественную медицинскую помощь. Если речь идет о плановой госпитализации, то пациент должен приходить в стационар уже после полного обследования, в идеале – сразу оказываться в операционной. Кроме того, нужно создавать менее затратную (по сравнению с обычными больницами) систему долечивания и реабилитации, в том числе помогать выписанным пациентам в реабилитации на дому. Здесь опять-таки важен интегрированный подход: врачи вместе с социальными работниками заранее планируют план долечивания, активно контактируют с теми врачами, которые лечат пациента в амбулаторных условиях.

Большой эффект дает и концентрация определенных видов медицинской помощи. Доказано, например, что в онкологии результаты лечения лучше в специализированных центрах и у хирургов, выполняющих большое количество однотипных операций. В ряде стран существуют крупные больницы («фабрики»), специализирующиеся на грыжесечениях, как, например, Shouldice Hernia Centre в Канаде, The British Hernia Centre в Великобритании, Clinique Genolier в Швейцарии или Herzliya Medical Center в Израиле. В Индии созданы центры, специализирующиеся преимущественно на операциях на глазах (Aravind Eye Care System) или на операциях на сердце (Narayana Health). Такие «конвейеры» работают гораздо успешнее многопрофильных больниц, в которых хирурги выполняют разнообразные вмешательства без узкой специализации.

Понятно, что современная система здравоохранения многих стран базируется на сети многопрофильных стационаров, оказывающих полный спектр медицинских услуг. В таких условиях сложно перейти к системе узкоспециализированных центров – да и не нужно. Правильнее развивать в составе многопрофильных больниц специализированные отделения с большим потоком пациентов – это обеспечит нужный баланс.

Сила алгоритма

Все эти преобразования невозможны без четких клинических алгоритмов, определяющих цели лечения и последовательность действий врача. Такие алгоритмы стандартизируют процесс ведения пациентов, повышают качество и эффективность работы врачей. И речь не о том, что мышление врача должно сдерживаться стандартными схемами. Клинические алгоритмы должны оставлять ему возможность для индивидуального подхода к пациенту.

Дело в другом: современный врач за свою жизнь не успевает получить самостоятельный клинический опыт по всему спектру медицинских проблем. Поэтому алгоритмы для него – это вспомогательный инструмент, схемы действий в типичных случаях. Если лечение заболевания уже описано в рекомендациях профессионального сообщества, основано на многочисленных клинических исследованиях, зачем гнаться за уникальностью? Если, скажем, ацетилсалициловая кислота и препараты, снижающие уровень холестерина, достоверно уменьшают риск смерти у пациентов с ишемической болезнью сердца, они должны быть назначены максимальному числу пациентов с таким заболеванием (тем, у кого нет противопоказаний).

Алгоритмы позволяют также гарантировать, что у лечения всегда есть конкретная цель. Это может быть и достижение некоторого показателя (уровня артериального давления, холестерина или содержания сахара в крови), и выполнение рекомендаций врача (отказ от курения, снижение массы тела). Целью может быть и применение доказанных методов диагностики и лечения, например компьютерной томографии пациентам с подозрением на инсульт и тромболизиса (метод восстановления кровотока в сосудах) при подтверждении диагноза ишемического инсульта. При создании сети специализированных центров по лечению инсульта в Лондоне доля выполненного тромболизиса выросла с 5 до 12 %. В результате уровень смертности пациентов снизился на 25 %, заметно сократилась длительность их пребывания в стационаре.

Новая мотивация

Самый же сложный вызов, стоящий перед современной системой здравоохранения, – это создать новую систему мотивации для врачей. Да, медики мира, безусловно, стремятся хорошо лечить пациентов и спасать жизни людей. Однако, погружаясь в ежедневную рутину, они порой не видят результат своей работы. Скажем, наблюдение за выздоровлением человека после операции ложится на плечи врачей, принимающих пациента по месту жительства. Да и выполнение рекомендаций терапевтов, особенно

по лечению хронических заболеваний, не всегда возможно проконтролировать.

Именно поэтому важно мотивировать врачей индивидуально отслеживать результат, которого они добиваются для больных. В этом очень помогут упомянутые регистры пациентов с хроническими заболеваниями. Если врач и его руководство в состоянии через информационные системы отслеживать результаты лечения напрямую, они могут принимать оперативные решения о дальнейшей помощи. И во многом мотивация врача будет зависеть от того, насколько их руководители контролируют ведение регистров и результаты лечения.

Но эффективная мотивация не может быть основана только на контроле. Гораздо больший эффект дает прозрачность в работе отдельных врачей и медицинских организаций. Если цель становится видимой и тому, кто напрямую заинтересован в ее достижении, и окружающим, вероятность ее достижения возрастает. Возможность видеть результаты работы других и демонстрировать свои достижения будет стимулировать медицинские организации и самих врачей к повышению качества своей работы. В Великобритании, скажем, работает популярный интернет-сервис NHS Choices («Выбор Национальной службы здравоохранения»), на котором все желающие могут посмотреть оценки медицинских учреждений по качеству оказания помощи, уровню инфекционного контроля, внутрибольничной летальности, рекомендациям персонала и пациентов и другим критериям. Это задает серьезные стимулы для всех включенных в этот реестр больниц и клиник.

И последнее, но, наверное, самое важное – необходимость повышения роли самого пациента в системе здравоохранения. Врач и пациент должны стать союзниками в достижении тех целей профилактики и лечения, о которых они договорятся. С одной стороны, пациенты должны чувствовать ответственность за собственное здоровье. И мир, в котором мы живем сейчас, дает для этого массу возможностей: персональные устройства и приложения, помогающие следить за своим физическим состоянием и заниматься спортом, развитие диагностики, методов индивидуального генетического анализа и т.д. Возросший интерес к своему телу будет подталкивать многих людей вести более здоровый образ жизни, а значит, и своевременно обращаться к врачу и соблюдать его рекомендации, проходить регулярные профилактические осмотры.

С другой стороны, и врачам нельзя больше ждать, пока пациент придет сам и попросит о помощи. Ожидание не только смерти подобно: оно приводит к дополнительным расходам, которых можно было бы избежать. И этому поможет интегрированное, выстроенное с прицелом на будущее взаимодействие системы здравоохранения и пациента, основные контуры которого описаны выше. Такая обновленная система должна создавать ценность для потребителя – повышать продолжительность и качество его жизни, – при этом разумно расходуя довольно ограниченные ресурсы. Ее построение потребует больших усилий и времени, но начинать нужно уже сейчас.

Комментарий к статье «Новая модель здравоохранения: как вырваться из ловушки бесконечного роста»

В целом статья носит популяционный характер. В ней дан критический анализ современного здравоохранения в мире, в том числе и в России. Представленные факты не вызывают особых возражений. Для совершенствования системы здравоохранения авторы предлагают интегрированную систему взаимодействия здравоохранения и пациента, однако конкретных предложений, как реализовать данную систему в реальной жизни, не дают.

На наш взгляд, необходимо принять следующие меры:

Система здравоохранения в современных социально-экономических условиях должна выделить приоритетные направления в своей деятельности, обратив внимание на трехуровневую систему профилактики, чтобы улучшить качество жизни населения.

Ввести систему оценки эффективности медицинских организаций, в том числе и медицинских работников; на основе этой системы разработать принципы экономического стимулирования работы, как медицинских организаций, так и самих медицинских работников. В основе оценки должны быть критерии медицинской эффективности и объемы финансовых затрат. Выбор применяемых медицинских технологий в охране здоровья населения является приоритетом в работе врача. Нужна особая система стимулирования врача, чтобы он был заинтересован экономить материальные ресурсы.

Пересмотреть тарифную политику стоимости медицинских услуг и размер применяемых санкций к оценке деятельности медицинских

организаций; оплачивать медицинские услуги надо не ниже их себестоимости; штрафные санкции надо распространять на величину добавочной стоимости самих услуг.

Совершенствовать систему первичной медико-санитарной помощи населению на терапевтических, педиатрических и акушерско-гинекологических участках. Разработать систему поощрения участковых врачей за раннее выявление патологии.

Развивать рыночные отношения по воспроизводству, сохранению и укреплению здоровья на принципах:

- формирования и развития внутренних потенций, желаний человека в сохранении своего здоровья с юридической и финансовой ответственностью;

- ответственности государства за сохранность трудового потенциала (создание системы поощрений работнику за здоровый образ жизни);

- оценки и учета здоровья как нематериального актива.

Реализация предлагаемых мероприятий позволит совершенствовать систему здравоохранения, повысит качество жизни человека на индивидуальном и популяционном уровнях.

*Зав. кафедрой
организации сестринского дела,
к.м.н. К.П. Топалов*

- РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ -

Брифинг министра Вероники Скворцовой по завершении заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам

Вероника Скворцова: Уважаемые коллеги! Сегодня на президиуме рассматривались приоритетные проекты в области здравоохранения. Было выделено пять направлений, которые будут концентрированно реализованы в течение ближайших двух-трех лет, поскольку именно при их реализации мы планируем достичь новых позитивных показателей в повышении качества, доступности медицинской помощи, в улучшении демографии.

Первое направление – это снижение материнской и младенческой смертности, формирование в 27 регионах Российской Федерации трехуровневой системы оказания помощи беременным женщинам, женщинам в период родов, после родов и новорожденным детям.

Мы планируем в течение предстоящего периода времени внедрить 28 новых перинатальных центров. И не просто их внедрить, а обеспечить хорошо подготовленными кадрами (более 3,4 тыс. человек) и встроить в систему оказания медицинской помощи в перечисленных регионах, изменив логику оказания медицинской помощи и на первичном, и на вторичном уровне. Это позволит нам в дальнейшем снизить материнскую и младенческую смертность не ниже чем на 11 % в 2018 году и сохранить более 1,4 тыс. детских жизней.

Мы также рассматривали второй проект – по повышению доступности медицинской помощи для жителей труднодоступных районов. Это 34 субъекта Российской Федерации, где проживают более 8 млн человек на существенном удалении от межмуниципальных региональных центров. И среди них по анализу, проведенному Минздравом, около 1 млн человек находятся в риске неполучения своевременной помощи, прежде всего речь идет о скорой и экстренной специализированной медицинской помощи.

Поэтому предложено развивать вертолетную санитарную авиацию в этих районах. Нам нужно довести ежегодное количество вылетов с 17 тыс., что сейчас происходит в этих регионах (это примерно 80 % от всех вылетов на территории нашей страны), до 26 тыс. вылетов. Для этого нам необходимо создать дополнительно 34 вертолетные площадки и помочь регионам обеспечить закупку авиационно-технических услуг у соответствующих предприятий. Это позволит нам существенно нарастить, соответственно, число пациентов, которые будут в течение первых суток госпитализированы при жизнеугрожающих состояниях, и снизит летальность, спасет не менее 6 тыс. жизней дополнительно.

Третье направление касается ликвидации дефицита участковых терапевтов и участковых педиатров в первичном звене здравоохранения по всей стране и существенного повышения качества подготовки медицинских работников, врачей прежде всего, и, соответственно, обеспечения необходимой квалификации. Для этого будет выстроена система непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных модулей. Мы планируем уже на будущий год иметь 1 тыс. таких образовательных модулей, через год, в 2018 году – 2 тыс., нарастить число тех врачей, которые находятся постоянно в этой федеральной системе непрерывного медицинского образования. Параллельно будет развиваться новая система допуска к профессиональной деятельности (это система аккредитации), и фактически мы на протяжении нескольких лет всех врачей должны провести через эту систему – аккредитацию, реаккредитацию. Важно отметить, что все образовательные программы, все аккредитационные тесты основаны на клинических руководствах и протоколах лечения больных, которые уже сейчас созданы, и на профессиональных стандартах при всех основных медицинских специальностях.

Четвертый приоритетный проект посвящен развитию цифровых технологий в медицине, в самом широком смысле. Мы планируем поэтапно все медицинские организации – государственные и муниципальные – подсоединить к единой государственной информационной системе, что позволит внедрить электронный документооборот не только внутри отдельно взятого учреждения, но и между медицинскими организациями, и сформировать на портале государственных услуг личный кабинет пациента «Мое здоровье». Мы планируем для каждого гражданина создать такой кабинет, через который пациенты смогут не только узнавать возможности получения медицинской помощи, записываться к врачу, вызывать врача на дом, получать доступ к собственным медицинским документам, но и, естественно, оценивать уровень оказания ему медицинских услуг. Соответственно, с каждым годом будет увеличиваться количество активных пользователей системы. Этот проект мы осуществляем вместе с Минкомсвязи, поскольку Министерство связи и массовых коммуникаций должно обеспечить широкополосную интернет-связь на всех территориях страны, там, где находятся медицинские организации. Это наш совместный проект.

Но этот проект имеет и другие направления. Прежде всего это фактически в течение нескольких лет тотальное присоединение автоматизированных рабочих мест врача к единой информационной системе, что позволит ограничить писанину врачей и высвободить не менее 30 % рабочего времени на непосредственную работу с больным. Это позволит иметь неограниченный доступ ко всем информационным базам, к электронной медицинской библиотеке, к системам помощи принятия решений и, кроме того, к возможности телемедицинских консультаций с соответствующими организациями – региональными, федеральными – необходимого профиля.

Комплекс этих мероприятий, безусловно, скажется и на качестве оказания медицинской помощи, и на сроках ожидания, и на наличии очередей в медицинских организациях, то есть это комплексное улучшение уровня оказания медицинской помощи и ощущение партнерства у пациента с медицинскими организациями. Для нас очень важно, чтобы упростилось взаимодействие каждого человека с медицинским сообществом, с медорганизациями, в том числе по многим направлениям дистанционно. Скажем, у нас есть отдельный показатель – снижение обращений за медицинскими документами, но, по идее, это должно быть резкое снижение, поскольку можно будет медицинские документы, выписки необходимые, справки получить через свой личный кабинет пациента.

И последнее направление, очень важное – это новый уровень контроля за государственными и муниципальными закупками лекарственных препаратов, переход на референтное ценообразование для государственных закупок лекарственных препаратов и таким образом уменьшение отклонений от референтной цены при закупках. Как сейчас показывают наши прогнозные расчеты, это позволит сэкономить достаточно большие ресурсы на увеличение охвата необходимыми лекарствами всех групп населения. Это пункт «а» в этом пятом направлении. А пункт «б» связан с введением маркировки лекарственных препаратов не только для прослеживаемости от производителя к покупателю, но и уменьшения возможности вообще появления контрафакта и фальсификата. Хотелось

бы сказать, что за последние годы мы резко, во много раз уменьшили количество фальсификата на российском рынке. У нас сейчас всего 0,01 % фальсификата.

Но даже если это касается одного больного, а мы ему не помогли, потому что он купил фальсифицированный препарат, то это полное безобразие. Поэтому наша задача – эту 0,01 % превратить в ноль и, кроме того, убрать с рынка контрафакт. Предлагаются разные методы, но эти методы должны быть такими, чтобы любой покупатель с мобильного телефона мог фиксировать QR-код и проверить истинность препарата, где он произведен и вообще проверить, что за серия там проставлена.

В целом я вам про проекты рассказала. Мы их очень тщательно отбирали, поскольку нам представляется, что они позволят действительно добиться эффективных результатов в ближайшем будущем.

Вопрос: А финансирование какое запланировано на этих проектах?

Вероника Скворцова: Прежде всего это перераспределение средств внутри государственной программы развития здравоохранения с концентрацией этих средств на тех приоритетах, которые наиболее значимы для получения результатов. При этом определенные ресурсы дополнительные мы тоже просчитали. По теме развития санитарной авиации они были представлены, коллеги не возражали против этих данных, они должны быть дополнительно обоснованы и уже представлены на решение Председателя Правительства и Президента.

Вопрос: По поводу избиения врача, недавно о котором всем стало известно, и этот случай явно не первый. С позиции министерства будут ли какие-то шаги?

Вероника Скворцова: У нас есть законодательство, в соответствии с которым любое хулиганство или какое-то другое противозаконное действие наказуемо. При этом есть отдельные статьи, которые касаются служащих, находящихся на рабочем месте. В том случае, если это на рабочем месте происходит, скажем, с полицейскими, было внесено специальное изменение в законодательство, где наказание становится существенно более жестким. Поэтому мы сейчас вместе с Национальной медицинской палатой рассматриваем вопрос о том, чтобы и для врачей при исполнении своих служебных обязанностей мы выровняли норму с полицейскими. Что касается мнения министерства, естественно, министерство должно защищать двухмиллионную армию своих медицинских работников, чем мы и занимаемся вместе с нашими профессиональными структурами, поэтому в обиду никого не даем.

Вопрос: Сейчас к специалистам попадают через терапевтов в основном. К тем же самым кардиологам. Если у человека приступ, это скорая. Но если он просто заболел?

Вероника Скворцова: Все интернисты – кардиологи, неврологи, пульмонологи и так далее – должны действительно принимать пациентов через терапевтов, потому что сам пациент никогда не может сказать, что с ним происходит. Вам кажется, что у вас болит сердце, а у вас невралгия межреберная, или люмбагия, или еще что-то. Поэтому терапевт обязан посмотреть, чтобы уже определить, направлять ли вас к неврологу или к кардиологу. Но есть специалисты, к которым можно записываться напрямую, и на этот счет никаких нормативных ограничений нет. Скажем, офтальмолог, стоматолог, уролог, гинеколог, травматолог – это те специалисты, которые могут без предварительной записи к терапевту записываться к себе. Сейчас мы рассматриваем возможность вынести и некоторые обследования, на которые можно записаться сразу, без направления терапевта. Такие обследования сейчас тоже появятся.

Ваш вопрос по поводу кардиолога. В этом случае какое есть исключение? Если у вас уже есть диагноз хронического заболевания и вы наблюдаетесь кардиологом, для того чтобы к нему попасть, вам не нужно к терапевту идти. Здесь речь идет только о первичном визите. А если вы уже находитесь в группе здоровья с определенными факторами риска или у вас есть ишемическая болезнь сердца и вас наблюдает кардиолог, естественно, вы записываетесь сразу к нему.

Отраслевые успехи берут свое начало в первичном звене

Нынешний год для отечественного здравоохранения весьма символичен. Конечно же, речь идет об упразднении обучения выпускников медицинских вузов в интернатуре. Наряду с этим набирает обороты проект по аккредитации медицинских работников – новый метод подтверждения своей профессиональной пригодности и готовности к эффективной работе в практическом здравоохранении: на смену привычным образовательным циклам, проводимым раз в 5 лет, пришла балльная система, учитывающая самые разные аспекты оценки последипломного образования. Своим нетривиальным взглядом на обозначенную проблематику с читателями «Медицинской газеты» поделился один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, член Президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, заслуженный деятель науки РФ, профессор Аркадий ВЕРТИН.



– Я глубоко убежден в том, что свежеспеченный специалист по окончании года должен некоторое время проработать в клинике под наблюдением старших коллег – кафедральных сотрудников, у которых можно научиться не только врачеванию, но и профессиональной этике, отношению к делу и пациентам. К сожалению, в иных условиях это выполнить невозможно и принять это необходимо, как факт. Поэтому мое отношение к отмене интернатуры – отрицательное. Тем не менее, в сложившейся ситуации нужно не сокрушаться, сотрясая воздух неконструктивной критикой инициаторов данной идеи, а искать, что называется, наиболее эффективный выход из сложившейся ситуации.

– Неужто вы, Аркадий Львович, полагаете, что за 6 лет образования на вузовском этапе нельзя подготовить квалифицированного специалиста для самостоятельной работы в первичном звене?

– Цель медвуза – дать будущему доктору представление о медицине как таковой, поз-

накомить молодого человека с многообразием патологий по всем клиническим направлениям, на основании чего он и должен сделать свой выбор относительно той или иной специализации. Тренд нынешнего здравоохранения – профилактика, предупреждение болезней. Поэтому главный акцент вузовского образования должен быть сделан на создании клинических кафедр, готовящих поликлинических докторов. Возникает справедливый вопрос: а кто же будет преподавать на этих кафедрах?

Достаточно ли у нас таких педагогических кадров, ориентированных в современной поликлинике, где необходимо выстраивать принципиально новый алгоритм общения пациента с врачом в условиях дефицита времени, маршрутизации больных, электронизации отрасли? Основной задачей медицинского образования на современном этапе является овладение искусством амбулаторного приема. В условиях стационара работать с пациентом проще. Больной проходит через своеобразный «консилиум»: врач приемного отделения, дежурный по стационару, пациента докладывают на утренней административной конференции, потом на утренней клинической конференции, после чего его смотрит лечащий врач, заведующий отделением и кафедральный сотрудник. При таком подходе ошибка минимизируется. В поликлинике такого нет. Врачу амбулаторного звена не с кем посоветоваться. От его квалификации зависит диагностическая концепция и тактика ведения больного. Очевидно, что от поликлинического доктора зависит практически все, что касается здоровья его пациентов.

К сожалению, система кафедр поликлинической терапии в нашей стране иная. Далеко не во всех поликлиниках есть профессорско-преподавательский состав, способный оказать консультативную помощь городским

врачам, заниматься их образованием, проводить консилиумы, клинко-анатомические конференции и разборы наиболее трудных и прогностически неясных пациентов. Этого мало – только осознать, что подготовленное первичное звено – залог отраслевой эффективности. Надо предпринимать какие-то действия в этой связи. На одних лозунгах далеко не уедешь. И у меня на этот счет есть свои соображения, основанные на многолетнем клиническом и педагогическом опыте.

Таким образом, с моей точки зрения, в нашей нынешней реальности, когда интернатура отменена, акцент в вузовском образовании следует сделать на профилактическое направление в изучении той или иной патологии, а также увеличить часы пребывания студентов на кафедрах поликлинической терапии.

Хочу заметить, что отказываться от традиционной концепции изучения внутренней медицины через кафедры пропедевтики внутренних болезней, факультетской и госпитальной терапии нельзя. Именно на этот базис и следует нанизывать знания по амбулаторной патологии, поскольку большинство выпускников пойдет работать в первичное звено. И приходить туда надо со знаниями. Иначе – беда.

– Каким образом, на ваш взгляд, следует осуществлять переобучение врачебных кадров в поликлиниках?

– Дело в том, что за последние годы в амбулаторной практике появились новые вещи, о которых не говорилось раньше: паллиативная помощь, реабилитация, геронтология. Такова реальность. От этого никуда не деться. Как известно, в настоящее время сокращаются стационарные койки, все реже происходят госпитализации по «ОЗ». Однако человек должен где-то лечиться. И место его лечения – поликлиника. А для того чтобы не обращаться туда вследствие обострения

того или иного заболевания, надо заниматься профилактикой. И этот процесс должен носить обоюдный характер: от пациента зависит не меньше, чем от врача. Очень многое зависит на комплаентности.

У меня на этот счет есть свой рецепт. Предварительный диагноз врач поликлиники должен ставить, что называется, с порога: молодой пациент или пожилой, полный или худой, мужчина или женщина и т.д. Каждой такой группе в той или иной степени свойственна своя патология. Как следствие – свой алгоритм. Под стеклом у врача должен лежать «рейтинг» этих болезней – чтобы не думать о том, чего не может быть. Также нельзя не сказать и о социальном уровне больных, среди которых есть злоупотребляющие алкоголем, наркоманы, мигранты, бомжи и т.д. У них свои болезни – социально обусловленные. Это должно быть проскринировано сразу. С первого взгляда.

Наряду с этим необходимо помнить о так называемой причине обращения. Ведь то, что для больного является главным, зачастую, может быть всего лишь следствием более важного процесса в организме. Приведу небольшой пример: в нашей клинике было исследовано 100 пациентов с острой аллергической реакцией. У четверых из этих больных мы выявили злокачественные новообразования, у шестерых – сахарный диабет 2-го типа и т.д. Если бы они к нам не поступили, то вряд ли бы у них выявили эти патологии в поликлинике. Не было бы счастья, да несчастье помогло, как говорится.

Кроме того, врач поликлиники должен понимать, что наиболее социально значимыми заболеваниями являются сердечно-сосудистые катастрофы, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания, а также патология опорно-двигательного аппарата. На каждую группу из этих болезней существует простой перечень вопросов. Это должно быть в виде памятки на столе у врача.

На нашей кафедре, кстати говоря, были специально разработаны такие «шпаргалки» для амбулаторных докторов. Врач просто обязан проскринировать каждого больного, обращающегося к нему, на эти патологии, после чего смоделировать диагностическую концепцию и выстроить риски по той или иной патологии. Ничего сверхъестественного. Я глубоко убежден в том, что стены в кабинете врача должны быть увешаны такими подсказками – алгоритмами диагностики и ведения пациента в случае той или иной жалобы. Помимо этого, я полагаю, что в коридорах медучреждения должны быть вывешены образовательные плакаты для больных. Пациенты должны быть образованными наряду с докторами.

Мне кажется, что наступил тот момент, когда мнения ведущих экспертов нужно объединить и экстраполировать максимально широко с целью наиболее эффективного их применения практичными врачами. Необходимо создавать университетские клиники и на базе поликлиник, где бы у кафедральных сотрудников была возможность проведения клиничко-анатомических конференций, клинических разборов, консилиумов и т.д. Уверен, что администрация медучреждения встретит таких «кафедралов» с распростертыми объятиями. К этому нас подводит жизнь: вследствие закрытия стационаров многие кафедры лишаются баз. Путь у них один: в поликлинику. Единственное условие – принимать полноценное участие в лечебном процессе. И еще, как мне кажется, в идеале нам следует проводить ротацию докторов между поликлиниками и стационарами, как это происходит на Западе – только в этом случае образовательный процесс полноценен. Уверен, что мы придем к этому. Иначе – никак.

– К слову – об университетских клиниках. За последний год столичные медвузы на базе городских больниц создают университетские клиники. Одной из таких клиник руководите вы. Насколько это позитивно с вашей точки зрения?

– Что касается нашей базы, то это всего лишь получение официального статуса. Ничего нового не произошло. Принцип нашей деятельности ничуть не изменился. Львиная доля лечебной работы по оказанию терапевтической помощи в городской клинической больнице им. С.И. Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы традиционно лежит на возглавляемой мною кафедре. Уверю вас: университетская клиника – это суть, а не красивое название. Те кафедры, которые не занимаются лечебной работой, не являются университетской клиникой, несмотря на такое почетное название, и не станут ею автоматически при получении официального статуса.

– В нынешнем году стартовал проект по аккредитации медицинских работников. Насколько это позитивно по-вашему?

– Это единственный путь хоть каким-то образом регламентировать образование врача. Волей-неволей они обязаны посещать образовательные мероприятия. Мне легко об этом говорить, так как я возглавляю профессиональное общество амбулаторных врачей. Мы интегрированы в эту балльно-кредитную систему и проводим такие мероприятия во всех регионах нашей страны для врачей первичного звена в течение двух последних лет – сессии «Амбулаторного приема».

У меня не возникает сомнений на счет того, что любое образовательное мероприятие – это школа. В этой связи наше общество создает

учебники для докторов, посещающих «Амбулаторный прием», где мы резюмируем сказанное во время сессий – тот сухой остаток, который должен остаться в головах врачей по окончании мероприятия. От методологии ведения амбулаторной карты и расспроса больного до тех или иных тонкостей профессии терапевта первичного звена, основанных на мультидисциплинарном подходе с учетом многообразия внутренней медицины.

Однако этого не всегда достаточно для привлечения врачей. В этой связи надо уяснить, что эпоха лекций прошла. Изложение синтетических знаний на протяжении шести часов мало кого удержит в аудитории. В рамках наших сессий проходят спектакли с участием профессиональных актеров. С помощью фраз из классических произведений мы способствуем формированию у докторов тех или иных ассоциаций, необходимых для их повседневной практики. Наряду с этим мы проводим «круглые столы» в различных форматах, где в ходе живой беседы обсуждаем ту или иную клиническую ситуацию, делимся опытом. Эффективно ли это? Мы создали анонимное голосование и отзывы относительно пользы наших мероприятий. Мне неудобно хвалить себя и своих сотрудников, однако должен заметить, что ни одного негативного отзыва мы не получили. Тысячи благодарных писем. Более того, в случае повторного проведения нашей сессии в том или ином городе до 40 % слушателей – те, кто был в прошлый раз. Это колоссальная цифра. Народ голосует ногами. Для нас это наивысшая награда.

– Реформы столичного сегмента отрасли подошли к концу. Как бы вы оценили терапевтическую их составляющую?

– То, что мы идем в «амбулаторном» направлении – несомненно, позитивно. Расширяется поликлиническое звено. В наших стационарах, подчас, находится немало больных, помощь которым можно оказывать в амбулаторных условиях. Относительный негатив данной реформы состоит в том, что далеко не все врачи оказались готовы к этому. Отныне терапевты – не диспетчеры, а ключевое звено в системе. Мы пришли к тому, что врач первичного звена должен справляться, как минимум, с 80 % обращений пациента за медпомощью. Именно поэтому их нужно учить в срочном порядке, чем мы и занимаемся. Весьма эффективно, как мне кажется.

**Беседу вел Дмитрий Володарский,
«Медицинская газета» № 62 от 19.08.2016 г.
foto: www.evrika.ru**

Система медицинского образования в России безнадежно устарела

Одна из самых болезненных тем российской медицины – система медицинского образования. Обсуждать образовательную систему без сравнения ее с образовательными системами других стран крайне сложно, однако попробуем избежать прямых параллелей, чтобы уйти от обвинений в пропаганде «западного» образования, которое тоже не идеально. Своими взглядами на эту проблему делится медицинский директор и главный врач сети клиник «Семейная», врач-невролог, кандидат медицинских наук Павел Бранд.

Начнем с позитива, поскольку его существенно меньше. Во-первых, вопреки расхожему, особенно среди врачей, мнению, в России есть медицинское образование. Фундаментальные дисциплины преподаются, хоть и на устаревшем, но вполне среднем уровне, а где-то даже глубже, чем необходимо. Российские врачи зачастую гораздо лучше своих иностранных коллег знакомы с биохимией и биофизикой, нормальной анатомией и нормальной физиологией, микробиологией и неклинической фармакологией. Во-вторых, среди преподавателей пока сохраняются энтузиасты, которые, несмотря ни на что, каленым железом прививают студентам основные медицинские принципы, без которых существование врача невозможно.

На этом позитив заканчивается, и начинаются проблемы. Фундамент их заложен еще в средней школе. Для врача огромное значение имеют кругозор и способность к сопоставлению фактов. За последние годы, а скорее десятилетия, совершенно катастрофически снизился уровень среднего образования, особенно в категории «общие знания». В немалой степени этому поспособствовало введение ЕГЭ. Снижение общеобразовательного уровня отражается на способности к усвоению новых знаний. С другой стороны, те врачи, которые получили образование 20–30 лет назад, в большинстве своем перестали учиться, довольствуясь теми знаниями, которые были необходимы для получения сертификата.

Сама система медицинского образования в России безнадежно устарела. Обучение ведется в лучшем случае по учебникам начала 2000-х годов, которые чаще всего являются переизданиями еще более ранних учебных пособий. Огромное количество часов тратится на никому не нужные дисциплины, в то время как реально востребованные предметы изучаются по остаточному принципу. Теория превалирует над практикой, что частично обесценивает эту самую теорию, поскольку она не подкрепляется навыками. Врачи клинических отделений, к которым прикреплены студенты старших курсов,

воспринимают их в лучшем случае как бесплатную рабочую силу для измерения АД и написания дневников, а в худшем – просто сажают их в холле и просят вести себя потише и не мешать работать. Написание историй болезни чаще всего сводится к распечатыванию из интернета с исправлением фамилии пациента.



Низкая мотивация профессорско-преподавательского состава приводит к удивительным образовательным перекосам, когда студенты настолько привыкают к безразличным к педагогическому процессу преподавателям, что, встречая энтузиастов, качественно выполняющих свою работу, неспособны адекватно воспринимать информацию и соответствовать предъявляемым требованиям. Это, в свою очередь, приводит к выгоранию последних качественных преподавателей. Большинство преподавателей никогда не повышают свою квалификацию. Низкая оплата труда вынуждает их в первую очередь думать о повышении собственного благосостояния, и лишь во вторую, а может, и третью, о каких-то там студентах, которых надо чему-то там учить.

Еще одной характерной особенностью именно российского образования является противопоставление клинического мышления и клинического опыта «доказательной медицине».

Только в России и некоторых странах СНГ «доказательная медицина» – это одна из дисциплин, изучаемая в рамках предмета «социальная медицина», а не основополагающий подход к медицинской науке и практике. Непринятие, а в некоторых случаях прямое отрицание «доказательной медицины» приводит российское медицинское образование к совершенно ужасающим последствиям. У нас в основе медицинской науки и практики лежат «научные школы»! Вы можете себе представить Кливлендскую терапевтическую школу или Бостонскую эндокринологическую школу? Я – нет. А вот Московскую или Казанскую – сколько угодно. Я даже могу представить школы 1 и 2 меда. Подходы к диагностике и лечению некоторых болезней могут существенно различаться на двух кафедрах терапии одного вуза. Такой подход приводит к невозможности стандартизации медицинской помощи, а также сильно усложняет процесс создания единых клинических рекомендаций, что в свою очередь делает невозможным создание единого образовательного стандарта для врачей.

Будущих врачей практически не учат современной медицинской статистике. Для большинства врачей такие понятия, как корреляция, вероятность, вариабельность, рандомизация, достоверность, – пустой звук. Я уж не говорю о стратификации и коэффициентах риска. В итоге способность к критической оценке научно-медицинских материалов, как отечественных, так и зарубежных, практически отсутствует, что позволяет не очень чистоплотным фармкомпаниям и псевдоученым манипулировать мнением врачей в своих корыстных интересах. Только 10–12 % врачей владеют английским языком на уровне, достаточном для чтения и, главное, понимания современной научно-медицинской литературы. К сожалению, 99 % научно-медицинской литературы пишется на английском языке. На русский переводится в лучшем случае 2–3 % в виде устаревших на 3–5 лет клинических рекомендаций и единичных крупных международных исследований, что в совокупности с низким знанием статистики делает современные и регулярно обновляемые медицинские данные практически

недоступными для врачей. Медицинская этика и деонтология изучаются по остаточному принципу, если изучаются вообще. Никто не учит будущих врачей общаться с пациентами. Нет специализированных семинаров и экзаменов с привлечением актеров, как это делается за рубежом. Никто не объясняет основных принципов общения с родственниками пациентов и взаимодействия с коллегами. В итоге хамство и равнодушие медработников, которые искренне не понимают, почему они должны тратить свое драгоценное время на общение с пациентами или, например, пускать каких-то лишних «людишек» в реанимацию к родственникам.

Совершенно неприемлемый уровень контроля знаний на всех этапах: 3–4 пересдачи по каждому предмету; «натягивание» троек даже самым тупым; тесты, которые не меняются годами, с ответами, которые выложены в интернете. Все это заранее обесценивает любые изменения, которые потенциально возможны в самой программе обучения. Невероятно низкий уровень научной и практической значимости медицинских диссертаций. Только ленивый в последние годы не писал о фальшивых диссертациях, но тут дело не в этом. Медицинские диссертации чаще всего вполне настоящие, а вот кому и зачем они нужны, особенно в таком количестве, совершенно непонятно. 99 % современных медицинских диссертаций в нашей стране – это переливание из пустого

в порожнее. Они пишутся исключительно ради научной степени и личных амбиций, а не ради передовых открытий и развития науки и практики.

Наконец, про реформу постдипломного медицинского образования, которая сейчас активно проводится. То, что сертификацию с циклами усовершенствования раз в пять лет необходимо менять, сомнений не вызывает, поскольку практически все эти циклы – полная фикция и никакую квалификацию не повышают. В лучшем случае позволяют вспомнить некоторые теоретические аспекты по специальности. Но современные медицинские знания обновляются зачастую 3 раза в неделю, а не раз в пять лет. Однако заниматься постдипломным образованием, не разобравшись со средним и высшим образованием, – это как минимум странно... Так называемая аккредитация, которая призвана заменить сертификацию, – это многоступенчатый экзамен с несколькими огромными недостатками. Во-первых, отсутствие единых понятных и обоснованных стандартов не позволяет создать нормальные тесты и задачи. Во-вторых, врачи, которые закончили вузы 25–30 лет назад, в большинстве своем плохо представляют себе современные медицинские тенденции, а соответственно изначально поставлены в неравные условия. Таким образом, получается нехилый парадокс: если проводить экзамен по-серьезному, то страна

останется без врачей. А если проводить его, как обычно, то есть закрывая глаза на «косяки» и «натягивая» тройки, то непонятно, зачем было огород городить?

Для изменения ситуации необходима, во-первых, политическая воля, во вторых, мощнейшая экономическая поддержка, а в-третьих, необходимо время, лет так 20–25, на то, чтобы изменить подходы и концепции, однако столь длительные проекты в России всегда реализовывались с огромным трудом, если реализовывались вообще... С чего начать? Я бы начал с качественной реформы среднего образования и запрета на поступление в медицинские вузы абитуриентам со знанием английского языка ниже уровня upper intermediate. Во избежание обвинений в необъективности сразу скажу, что знаю множество прекрасно образованных и невероятно квалифицированных российских врачей. Многие из них ничуть не уступают, а зачастую и превосходят зарубежных коллег по уровню знаний и умений. Интересно, что практически все эти врачи самоучки в хорошем смысле этого слова, которые достигли всего не благодаря, а вопреки. К сожалению, таких врачей десятки, ну, может, сотни. А нужны сотни тысяч.

www.medvestnik.ru

В конце сентября в городе Петропавловске-Камчатском состоялось очередное заседание Координационного совета по кадровой политике в здравоохранении в Дальневосточном федеральном округе. На заседании Совета речь шла о качестве подготовки специалистов для отрасли здравоохранения.

В работе форума принял участие И.Н. Каграманян – первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, представители Министерства здравоохранения РФ, Федерального фонда ОМС, органов государственной исполнительной власти девяти регионов федерального округа, ректоры профильных вузов, руководители и специалисты учреждений здравоохранения Камчатского края. Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения представляла Н.В. Кирпичникова, к.м.н., проректор по учебной работе.

Как рассказала Наталья Владимировна, участники совета обсудили меры, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи в регионах Дальнего Востока. Рассмотрели пути взаимодействия образовательных, научных организаций и учреждений практического здравоохранения, особый акцент участники совета сделали на приобретении прак-

тических навыков, вопросы диспансеризации населения, внедрение методов скринингового обследования.

Члены Координационного совета внимательно заслушали и высоко оценили доклад министра здравоохранения Хабаровского края А.В. Витько «О состоянии младенческой смертности в Хабаровском крае в 2016 году и мерах, направленных на предупреждение смерти детей первого года жизни».

Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Т.В. Семенова в своем выступлении подчеркнула, что российское правительство всерьез озабочено кадровой ситуацией с медицинскими работниками, которая сложилась в некоторых регионах страны. Она рассказала о комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения РФ медицинскими кадрами. Это и развитие системы закрепления



выпускников в учреждениях здравоохранения, и совершенствование системы целевой подготовки выпускников.

Пресс-центр ИПКСЗ

Онколог Илья Фоминцев: как уберечь от рака миллионы россиян

Есть пять видов рака, которые можно выявить на самых ранних стадиях и даже предотвратить: это рак легких, кожи, груди, шейки матки и колоректальный рак.



Большее половины случаев онкологии, которой страдают женщины (58 %) и чуть меньше половины для мужчин (41 %). На самом деле, бывает ранняя диагностика и других видов рака, но для этих пяти доказана польза государственных программ: если правильно проверять население, люди будут существенно реже болеть и умирать.

Но еще важнее то, что если государственные программы скрининга устроены неправильно, толку

от них нет никакого – пустая трата огромных денег. Ровно это и происходит сегодня с российской программой профилактики и диспансеризации.

Своим мнением по данной проблематике поделился директор Фонда профилактики рака (г. Санкт-Петербург), врач-онколог Илья Фоминцев.

Эффективность и мировой опыт

У скрининговой программы есть один главный критерий эффективности: она должна снижать смертность в популяции в течение 10–15 лет. Если этого не происходит, значит, программа не работает. Хорошие скрининговые программы снижают смертность минимум на 20–50 %. Одна из самых передовых стран в этом смысле – Финляндия. Там первыми начали скрининг рака шейки матки в масштабах всей страны еще в 1960-е годы, и за 45 лет, что работает программа, заболеваемость и смертность от этого вида рака сократились на 80 %. Примерно так же обстоят дела в Норвегии.

В Великобритании очень эффективная система скрининга колоректального рака: там за 40 лет с 1971 года до 2011-го смертность от него сократилась примерно на 40 % среди мужчин и больше чем на 50 % среди женщин. Смертность от рака груди в той же Великобритании с середины 1980-х уменьшилась на 40 % – и это тоже благодаря ранней диагностике.

Есть национальное американское исследование, в котором участвовало больше 53 тысяч курильщиков. Одним делали обычный рентген, другим – низкодозную компьютерную томографию. Его начали в 2002 году, а в 2009 прекратили, потому что продолжать было бы незачем: оказалось, что низкодозная КТ на 20 % успешнее, чем рентген, уменьшает заболеваемость и смертность от рака легких.

Но в целом программы ранней диагностики лучше работают в Европе, чем в Америке. В Штатах здравоохранение очень зависит от частных страховых компаний. В Европе роль государства в медицине больше, и поэтому есть возможность организовывать масштабный бесплатный скрининг. Но и там к нему подходят прагматично: организуют только для тех, кому это действительно нужно. Известно, что риск рака груди значительно повышается после 40 лет, а риск колоректального рака – после 50. Более молодые тоже болеют, но настолько редко, что делать поголовный скрининг раньше нецелесообразно, выхлоп будет слишком маленьким.

Неэффективность и российский закон

В Федеральном законе об охране здоровья граждан РФ есть термины «диспансеризация» и «профилактический осмотр». И на каждый из них

есть специальные приказы, например, приказ о диспансеризации 2012-го года. На эти мероприятия тратятся гигантские деньги. Из 26 триллионов рублей, которые должны быть выделены на госпрограмму развития здравоохранения до 2020 года, конкретно на профилактику выделяется в общей сложности 621 миллиард, или около 70 миллиардов ежегодно. По крайней мере, такие цифры фигурируют в утвержденном постановлении правительства.

Эти сотни миллиардов сейчас, мягко говоря, тратятся неэффективно. Чтобы диспансеризация начала работать и продлевать жизнь людям, ее придется сильно изменить.

Необходимо выполнять как минимум три условия: контролировать охват, контролировать интервальность и стандартизовать и контролировать качество.

Охват ранней диагностики должен составлять как минимум 70 % популяции. И второе условие – интервальность: чтобы снижалась заболеваемость и смертность, нужно быть уверенным, что каждый, кому показан скрининг, проходил его вовремя. А чтобы быть в этом уверенным, придется правильно контролировать.

Представьте, например, что вы сделали скрининг в один год семи людям из 10, и на следующий год – тоже семи из 10, но уже другим. Формально у вас каждый год охват составляет 70 %. Но поскольку каждый год проверяются разные люди, интервал между раундами скрининга у конкретного человека не год, а больше. Эффективность такого скрининга гораздо ниже.

Поэтому следить нужно не за общими цифрами, а за конкретными людьми. И в России с ее 140 миллионами сделать это не так-то просто. В приказе о диспансеризации никакого полицейского учета даже не предполагается.

Третье условие эффективности скрининга – это контроль качества диагностики. Для этого необходимо как минимум, чтобы все протоколы диагностических методов были стандартными, врачи-диагносты правильно их составляли, кто-то их этому учил и контролировал. Такую систему можно отладить только в тех диагностических кабинетах, где есть большой поток пациентов именно на скрининг.

Судите сами, насколько важен контроль качества: все мероприятия по вовлечению населения, все эти titанические усилия по контролю охвата, интервальности и прочие огромные траты – все это рассыплется в прах из-за необученных докторов, которые просто будут пропускать рак на снимках.

Поэтому заболеваемость и смертность, несмотря на программу диспансеризации, не особенно меняется. Например, у нас в Питере выявляют примерно 2,5 тысячи случаев рака молочной железы в год. При этом официально заявляется, что за прошлый год сделали 250 тысяч маммограмм. Если бы это было на самом деле так, там было бы выявлено как минимум вдвое больше больных. Где они? Либо неправильно оценили маммограммы, либо вовсе их не делали.

Как поймать и обезвредить рак

Какое именно обследование нужно конкретному человеку, и с какой периодичностью, зависит от его или ее возраста, образа жизни, наследственности и других факторов. Можно, например, пройти несложный тест на сайте нашего фонда, чтобы узнать, есть ли у вас повышенный риск какого-то вида рака, и какой вид диагностики вам следует делать регулярно.

Так, например всем женщинам старше 40 лет нужно раз в год (или как минимум раз в два года) делать маммографию. Если у женщины мать, сестра или дочь болела раком груди, это автоматически повышает ее риск и, возможно, ежегодную маммографию ей следует начать раньше, чем с 40 лет.

Для рака кожи, шейки матки и колоректального рака есть способы выявить даже не рак, а предрак – когда собственно онкологический процесс еще не начался, но есть предраковые заболевания. Выявлять предрак особенно эффективно, потому что это позволяет снизить не только смертность, но и заболеваемость.

Так, например, рак шейки матки развивается только если у женщины есть вирус папилломы человека (ВПЧ). Поэтому некоторые программы скрининга опираются на ВПЧ-тест, и если он отрицательный, то женщина свободна на пять лет. Если же ВПЧ есть, то делают цитологический тест на изменения клеток шейки матки.

Тут важно понимать, что рак шейки матки развивается очень медленно, в течение примерно 5–10 лет. Поэтому скрининг рекомендуется проводить максимум один раз в три года. Чаще вам могут посоветовать только от безграмотности или от желания заработать лишний раз на анализе. Начинают скрининг в разных странах по-разному, где-то с 21 года, где-то позже. Мы советуем начинать в 25–30 лет.

Делать скрининг колоректального рака рекомендуется ежегодно после 50 лет. И это должен быть обязательно количественный иммунохимический тест на скрытую кровь в кале (quantitative iFOBT). Если он оказался положительным (уровень глобина в кале выше определенного уровня), следующий этап – колоноскопия.

У рака легких тоже есть определенные факторы риска, в первую очередь, курение. И всем курильщикам нужно ежегодно делать низкодозную компьютерную томографию.

Рак кожи тоже стоит проверять ежегодно: раз в год приходиться к дерматологу, чтобы он осматривал родинки на всей поверхности тела. Если обнаружатся опасные родинки, их можно удалить – только у очень хорошего хирурга. Даже если вы не знаете у себя на теле родинок, это не значит, что их нет.

Мы придумали проект Look at my skin, чтобы сделать диагностику рака кожи повсеместной: в разных городах открыть кабинеты, в которых медсестры будут делать увеличенные фотографии родинок и отправлять на сервер, чтобы затем их рассматривал доктор онкодерматолог. Это редкий специалист, который есть не в каждом городе. А кабинет с медсестрой, цифровой камерой и интернетом можно за копейки открыть везде. Правда, этот проект требует некоторого количества денег и специалистов, и большой организационной работы, так что пока это просто красивая идея.

Проблема еще в том, что у нас о скрининге ничего не знают не только население, но и сами врачи. Совершеннейший бред вы рискуете услышать, если спросите о скрининге простого участкового терапевта или даже онколога.

Чтобы просвещать их, наш Фонд уже четыре года проводит специальные крупные форумы в Санкт-Петербурге и Ханты-Мансийске, на который мы привозим крупнейших специалистов по скринингу рака из-за рубежа. У нас есть стипендиальная программа для молодых врачей, которым мы помогаем учиться настоящей доказательной медицине и современным подходам в онкологии. Одно из условий получения стипендии – по окончании работать только в России. Еще мы просвещаем население: делаем тот же онлайн-тест на определение риска рака, устраиваем публичные лекции, ведь чем больше человек знает, тем меньше он боится, и тем лучше на самом деле он защищен.

www.slon.ru

06.08.2016 г. статья опубликована на сайте
минздрава Хабаровского края

- С ЗАБОТОЙ О БУДУЩЕМ -

О самом главном

6 октября текущего года в лекционном зале института состоялась пресс-конференция, посвященная вопросам специализированной медицинской помощи при бесплодии и экстракорпорального оплодотворения.



В пресс-конференции приняли участие: первый заместитель министра здравоохранения Хабаровского края Вадим Владимирович Зеленев, начальник отдела охраны материнства и детства министерства здравоохранения края Жанна Борисовна Васильева, д.м.н., профессор, ректор ИПКСЗ, главный акушер-гинеколог МЗ ХК Галина Всеволодовна Чицова, главный врач КГБУЗ «Перинатальный центр» Юрий Николаевич Бердаков, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ИПКСЗ, зам. главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Перинатальный центр» Наталья Юрьевна Владимирова, заведующая отделением вспомогательных репродуктивных технологий КГБУЗ «Перинатальный центр», к.м.н. Марина Анатольевна Фролова.

Краевые СМИ представляли журналисты газет «Тихоокеанская звезда», «Комсомольская правда», «Аргументы и факты», «Хабаровские вести», а также интернет-порталов «AmurMedia» и «DVHab».

Тема пресс-конференции определялась исключительной важностью государственной задачи повышения рождаемости в стране. Широкое освещение проблем бесплодия и имеющихся сегодня у медицины современных технологий для их решения чрезвычайно актуально для просвещения населения, повышения уровня знаний о собственном здоровье, в том числе сохранения репродуктивной функции организма.

В своих выступлениях и ответах на вопросы журналистов представители министерства здравоохранения края, КГБУЗ «Перинатальный центр» отметили, что обсуждаемая проблема носит скорее социально-демографический характер, нежели медицинский, поскольку медицина сегодня располагает самыми современными средствами для применения вспомогательных репродуктивных технологий. Было подчеркнуто, что помощь по методикам ВРТ оказывается бесплатно за счет средств Фонда ОМС при условии соблюдения сроков и последовательности лечебных мероприятий. В листе ожидания в настоящее время находится 1000 пациенток. В 2017 г. квота на оказание помощи с применением ВРТ будет увеличена в два раза.

По материалам пресс-центра ИПКСЗ

Спорные темы: в РФ дискутируют об ограничении аборт и запрете бэби-боксов

6 октября текущего года в лекционном зале ИПКСЗ состоялась пресс-конференция по вопросам оказания специализированной медицинской помощи при бесплодии и экстракорпоральному оплодотворению. Данная тема чрезвычайно важна не только в медицинском, но и, прежде всего, в социально-демографическом плане, что и подтверждает публикуемая статья.

Тема возможного запрета аборт или выведения их из системы ОМС вызвала споры в российском обществе. Дискуссия развернулась после того, как во вторник стало известно, что предстоятель РПЦ патриарх Кирилл подписал обращение о полном запрете аборт на территории России. Обращение собрало на настоящий момент более 300 тысяч подписей.

В правительстве пока сдержанно комментируют данную тему, отмечая, что введение любых ограничений в этой сфере не должно ухудшить текущую ситуацию и увеличить число криминальных аборт. При этом политики и эксперты отмечают, что ограничения на аборт проблему не решат, а могут привести к росту числа подпольных аборт.

В Кремле дистанцировались от дискуссии, отметив, что не участвуют в ней.

Еще одной спорной темой стал поддержанный правительством законопроект о запрете бэби-боксов для анонимного оставления детей авторства сенатора Елены Мизулиной. Российский Минздрав поддержал данный законопроект, полагая, что риски в случае с бэби-боксами перевешивают позитивные моменты. А региональные медики говорят о том, что инициатива, спасающая жизнь, имеет право на существование.

Подпись патриарха

Недавно патриарх Московский и всея Руси поставил подпись под текстом обращения, призывающего полностью запретить аборт на территории России, об этом сообщил пресс-секретарь предстоятеля Русской православной церкви священник Александр Волков.

Обращение, текст которого был согласован с Патриаршей комиссией по вопросам семьи, защиты материнства и детства, призывает, в частности, признать за зачатым ребенком статус человеческого существа, жизнь, здоровье и благополучие которого должны быть защищены законом.

Также в документе предлагается запретить хирургическое и медикаментозное прерывание беременности, противозачаточные средства с абортивным действием, вспомогательные репродуктивные технологии, неотъемлемой составляющей которых является «унижение человеческого достоинства и убийство детей, находящихся на начальных этапах эмбрионального развития».

Авторы обращения также высказали идею оказать материальную помощь из федерального бюджета беременным женщинам и семьям с детьми в размере не менее прожиточного минимума.

Ранее петиция за полный запрет аборт в России собрала более 300 тысяч подписей, организаторы намерены собрать миллион подписей и направить обращение в администрацию президента.

Позднее глава синодального отдела по взаимоотношениям Церкви с обществом и СМИ Владимир Легойда пояснил, что позиция РПЦ заключается прежде всего в призыве к выведению искусственного прерывания беременности из системы ОМС. Он пояснил, что, как считают в Московском патриархате, «граждане, верующие не должны оплачивать эту процедуру», кроме того, фактом нахождения аборт в системе ОМС как бы утверждается «то, что аборт является общественной нормой, что это нормальная процедура».

Позицию патриарха поддержали, в частности, верховный муфтий России Талгат Таджуддин и детский омбудсмен Анна Кузнецова. С пониманием к позиции предстоятеля РПЦ отнеслись и российские католики.

Мнение чиновников

В правительстве, комментируя тему возможных ограничений, отметили, что решение по аборт должно быть обоснованным и не должно повлечь серьезных последствий. Об этом, в частности, заявила вице-премьер правительства Ольга Голодец в ходе правительственного часа в СФ.

«Конечно, снижение числа аборт – это огромный плюс для нашей демографии, но это решение должно быть взвешенным, обоснованным и не должно привести за собой вот таких серьезных последствий», – заявила Голодец. По ее словам, по сравнению с прошлым годом число аборт снизилось почти на 100 тысяч, но при этом на 1 миллион 900 тысяч рождений приходится 700 тысяч искусственных прерываний беременности.

Глава Минздрава Вероника Скворцова отметила, что возможные ограничения на прерывание беременности не должны приводить к росту материнской смертности и числа криминальных аборт. Скворцова добавила, что «в период острых запретов аборт в советское время материнская смертность превышала 320 на 100 тысяч населения».

Министр также обратила внимание на то, что за последние пять лет число аборт удалось сократить на 800 тысяч в год. По ее словам, правительство еще вернется к обсуждению этой темы со всеми представителями общественных и конфессиональных организаций, чтобы выработать сбалансированную позицию и не ухудшить ситуацию сегодняшнего дня.

Позже в Минздраве уточнили, что ведомство выступает против аборт, но считает необходимым тщательно проанализировать возможные запреты, чтобы избежать роста материнской смертности и репродуктивных осложнений, включая бесплодие.

Как отметил директор департамента общественного здоровья и коммуникаций министерства Олег Салагай, во время запрета на медицинские аборт в России материнская смертность превышала 300 на 100 тысяч родившихся живыми, в то время как сейчас она менее 10 на 100 тысяч родившихся живыми. Если в 1935 году (до введения запрета) смерти от аборт составляли 26 % от всех случаев материнской смерти, то в 1940 году (после запрета в 1936 году) – уже 51 %, а в начале 1950-х годов эта доля превысила 70 %.

«По этой причине в настоящее время вместе с РПЦ, экспертным медицинским сообществом мы анализируем данный вопрос, оценивая все возможные риски и преимущества, и вырабатываем с учетом этого возможные сценарии дальнейших действий», – добавил чиновник.

Запрет проблему не решит

По мнению первого зампреда комитета Совета Федерации по конституционному законодательству Елены Мизулиной, одними запретами проблему аборт в РФ не решить.

«Только по официальной статистике в России проводится до одного миллиона аборт (в год – ред.), на самом деле, говорят эксперты, гораздо больше. Но справиться с этим невозможно, просто взяв и запретив (аборт – ред.)», – сказала Мизулина журналистам.

Сенатор отметила, что по-прежнему выступает за выведение аборт из системы ОМС.

Схожую позицию высказал главный раввин России Берл Лазар, который заявил, что современная ситуация в РФ с абортами неприемлема, однако одними запретами эту проблему не решить, необходима огромная воспитательная работа. «Никакие родители, даже если у них самое тяжелое материальное положение, ни за что не согласятся убить одного из своих детей! Если они поймут, что плод – это такой же их ребенок, они сами себе запретят делать аборт. И проблема будет решена», – подчеркнул Лазар. Он уточнил, что для этого нужна общенациональная воспитательная кампания.

О бэби-боксах

Российское правительство поддержало законопроект о запрете бэби-боксов для анонимного оставления детей, сообщается на сайте автора данного документа Елены Мизулиной.

Поясняется, что существование в ряде регионов РФ специально создаваемых мест для оставления детей после рождения нарушает статьи 6–9 и 19 Конвенции о правах ребенка. Таким образом, правительство поддерживает законопроект при условии его доработки с учетом имеющихся замечаний.

Законопроект предусматривает административную ответственность юридических лиц за создание бэби-боксов. За это правонарушение предлагается ввести административный штраф в размере от 1 до 5 миллионов рублей либо приостанавливать деятельность юридического лица на срок до 90 суток.

При этом коллега Мизулиной – председатель комитета Совета Федерации по конституционному законодательству Андрей Клишас – считает, что правительству стоит пересмотреть отзыв на законопроект о запрете бэби-боксов в России с учетом позиции регионов. Он пояснил, что вопросы защиты семьи, материнства, отцовства и детства, административное законодательство находятся в совместном ведении федерального центра и регионов. В этой связи Клишас заявил, что введение полного запрета

на бэби-боксы не учитывает особенности регионов в части сложившихся отношений в области защиты детей. «Введение императивной нормы на федеральном уровне исключает возможность самостоятельного регулирования субъектами федерации вопросов, связанных с возможностью анонимного оставления детей в специально оборудованных местах», – подчеркнул он.

В российском Минздраве инициативу о запрете бэби-боксов поддержали. По словам главы ведомства, в данном случае негативы и риски перевешивают позитивные аспекты. В регионах медики пока не делают однозначных оценок по поводу данного законопроекта. Так, например, врачи Краснодарского края не видят ничего плохого в существовании бэби-боксов и в качестве доказательства приводят данные о 17 спасенных жизнях благодаря этим специальным приемникам. А в Курске говорят о том, что бэби-бокс для анонимного оставления детей, функционирующий в городе с 2012 года, в ближайшее время будет демонтирован, но он «окупил» свою стоимость в 200 тысяч рублей спасенной жизнью младенца. Об этом рассказал главный врач детской областной клинической больницы Игорь Зоря.

Детский омбудсмен Анна Кузнецова, комментируя данный вопрос, заявила, что считает необходимым развивать социальную систему поддержки семьи и прибегать к превентивным профилактическим мерам.

В РПЦ, комментируя данную тему, отметили, что нужно развивать государственную и общественную систему помощи матерям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, тогда как запрет бэби-боксов не решает проблему оставления детей.

Члены Общественной палаты РФ полагают, что систему бэби-боксов необходимо не запрещать, а дорабатывать.

www.ria.ru

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

11 сентября – День трезвости

В 1913 году, по инициативе служителей Православной Церкви, был проведен первый Российский день трезвости. Решением Святейшего Синода от марта 1914 года было принято ежегодное празднование Всероссийского дня трезвости – 11 сентября (по новому стилю).

Дата была выбрана не случайно – в этот день православные христиане отмечают день Усекновения главы святого Пророка Иоанна Предтечи, во время которого следует соблюдать строгий пост.

В России в эти дни закрывались все винные лавки и прекращалась продажа алкогольных напитков. В православных храмах проводились крестные ходы и читались воззвания о важности и значимости трезвого образа жизни, а затем проводился молебен Иоанну Крестителю. Каждый желающий мог дать обет трезвости, который благословлялся священником. Согласно стандартам Всемирной организации здравоохранения, границей потребления спиртного, после которой начинается деградация общества, является потребление алкоголя в количестве 8 литров спирта на человека в год. В 1913 году, когда Россия праздновала 300-летие дома Романовых, количество алкоголя на душу населения составило 4,7 литра спирта в год. В дореволюционные годы 43 % мужского населения в стране оставались абсолютными трезвенниками. К 1979 году доля непьющих мужчин сократилась до 0,6 %. А в настоящее время количество спиртного на душу населения, включая несовершеннолетних, составляет 18 литров спирта в год, что выходит далеко за пределы нормы.

В преддверии Всероссийского дня трезвости, отмечаемого 11 сентября, в актовом зале института 9 сентября под девизом «Трезвость – естественное состояние человека, данное ему от рождения» прошла



встреча слушателей, преподавателей и сотрудников ИПКСЗ с врачами Краевой клинической психиатрической больницы.

В лекции «Профилактика алкогольной и наркотической зависимости» к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии Нина Павловна Панюшкина убедительно показала пагубность пристрастия к алкоголю и безусловные преимущества трезвого образа жизни.

Интересным дополнением к основной части лекции стали выступления врача психиатра-нарколога Татьяны Геннадьевны Пятак и врача-психиатра Александра Юрьевича Толмачева, а также представителей Общества анонимных алкоголиков и наркоманов. Последние выступающие образно и откровенно рассказали о своей жизни в периоды алкогольной зависимости и в условиях полного отказа от спиртного. Их рассказы послужили своеобразной яркой иллюстрацией к выступлениям специалистов.

По материалам пресс-центра ИПКСЗ,
www.calend.ru

фото: www.ipksz.ru

29 сентября – Всемирный день сердца

*«Гимнастика, физические упражнения,
ходьба должны прочно войти
в повседневный быт каждого,
кто хочет сохранить работоспособность,
здоровье, полноценную и радостную жизнь».*
Гиппократ

Всемирный день сердца (World Heart Day), отмечаемый ежегодно 29 сентября, впервые был организован в 1999 году по инициативе Всемирной федерации сердца. Эту акцию поддержали Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНЕСКО и другие значимые организации. Первоначально День проводился в последнее воскресенье сентября, а с 2011 года у него фиксированная дата – 29 сентября.

Цель введения новой даты – повысить осознание в обществе опасности, которая вызвана эпидемией сердечно-сосудистых заболеваний в мире, а также инициировать всеобъемлющие профилактические меры в отношении ишемической болезни и мозгового инсульта во всех группах населения. Всемирный день сердца проводится под девизом «Сердце для жизни». В партнерстве с ВОЗ Всемирная федерация сердца проводит мероприятия более чем в 100 странах. В программу Дня сердца входят массовые проверки здоровья, публичные лекции, спектакли, научные

форумы, выставки, концерты, фестивали, организованные прогулки и спортивные состязания. И каждый год мероприятия, проходящие в рамках Дня сердца, посвящены определенной теме, связанной со здоровьем сердца. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смерти в мире: ежегодно они уносят более 17 миллионов человеческих жизней. Факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта включают повышенные кровяное давление, уровень холестерина и глюкозы в крови, курение, недостаточное потребление овощей и фруктов, повышенный вес, ожирение и физическую инертность.

По данным Всемирной федерации сердца, 80 % случаев преждевременной смерти от инфарктов и инсультов можно предотвратить, если вести здоровый образ жизни, контролировать употребление табака, питание и физическую активность.

www.calend.ru

1 октября – Международный день пожилых людей

14 декабря 1990 года Генеральная Ассамблея ООН в своей резолюции 45/106 постановила считать 1 октября Международным днем пожилых людей (International Day of Older Persons).

Сначала День пожилых людей стали отмечать в Европе, затем в Америке, а в конце 1990-х годов уже во всем мире.

1 октября во многих странах проходят различные фестивали, организуемые ассоциациями в защиту прав пожилых людей, конференции и конгрессы, посвященные их правам и их роли в обществе. Общественные организации и фонды устраивают в этот день различные благотворительные акции.

В одном из выступлений Генерального секретаря ООН говорится, что общими усилиями страны могут и должны обеспечить, чтобы люди не только жили дольше, но и чтобы жизнь их была более качественной, разнообразной, полноценной и приносящей удовлетворение.

Этот день традиционно отмечается и в России, а также в Азербайджане, Беларуси, Латвии, Молдове, Украине. В Японии в третий понедельник сентября отмечают День почитания пожилых людей.

www.calend.ru

В первый понедельник октября – Международный день врача

Ежегодно в первый понедельник октября во многих странах мира отмечают Международный день врача (International Day of the doctor), который считается днем солидарности и активных действий врачей всего мира. Ведь главная цель доктора любой национальности – улучшение и сохранение здоровья пациентов.

Инициаторами создания этого праздника выступили Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Международная медицинская гуманитарная организация «Врачи без границ» (фр. Médecins sans frontières, MSF).

Каждый год около тысячи врачей от этой организации помогают людям в разных странах (в том числе и в горячих точках) мира, оказывая медицинскую помощь всем, попавшим в чрезвычайную ситуацию, безо всякой дискриминации и различия. Также волонтеры организации занимаются профилактической и просветительской работой, направленной на борьбу со СПИДом и наркоманией.

Это праздник людей, выбравших самую гуманную профессию в мире, чье значение сложно переоценить, ведь медицинские работники

ежедневно спасают человеческие жизни и лечат всевозможные заболевания и недуги.

Доктора и все работники здравоохранения свой профессиональный праздник – Международный день врача – отмечают различными праздничными и просветительскими мероприятиями.

В этот день принято проводить различные семинары, познавательные лекции о врачебной профессии, выставки и презентации.

Кстати, в нашей стране в некоторых российских регионах к данному празднику приурочено подведение итогов конкурса в системе здравоохранения с выявлением «Лучших» в разных направлениях медицины.

Надо сказать, что в России большей известностью и популярностью пользуется День медицинского работника, который отмечается в третье воскресенье июня.

www.calend.ru



С днём врача!

5 октября – День учителя

День учителя – профессиональный праздник работников сферы образования – отмечается в ряде стран постсоветского пространства в первое воскресенье октября.

Свою историю он ведет с 1965 года, когда отмечался повсеместно во всех Республиках Советского Союза. Согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР от 1 октября 1980 года «О праздничных и памятных датах» этот день включен в Перечень праздничных и памятных дат. По Указу Президента Российской Федерации от 3 октября 1994 № 1961 «О праздновании Дня учителя» День учителя стали отмечать 5 октября, а не в первое воскресенье октября.

Учитель – это не только человек, обучающий наукам, но еще и носитель духовности и нравственного начала. Учителя выполняют особую гражданскую миссию – воспитание молодого поколения. Их знания и опыт, преемственность традиций и новаторство лежат в основе каждой школы.



В этот день мы желаем всем учителям доброго здоровья, мира, благополучия, а также неустанного поиска истины и знания, взаимопонимания в коллективе и благодарных, любознательных учеников!

www.calend.ru

Первые в своем деле

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -

25 сентября в легкоатлетическом манеже стадиона им. Ленина завершил свою работу масштабный форум «ЭКСПО ДВ 2016».

На четыре дня выставочный комплекс стал местом встречи производителей промышленной и пищевой отрасли. Здесь ведущие предприятия, организации, компании, учреждения ДФО объединились в несколько проектов, в том числе «Мир медицины. Здоровье и красота.

ТурЭкспоСервис».

Участники и посетители высоко оценили уровень подготовки и проведения выставочного форума, а также тематику, насыщенность мероприятий деловой и культурно-зрелищной программ.

Приятно отметить, по итогам традиционного конкурса «Золотая медаль Хабаровской Международной Ярмарки», проведенного в рамках масштабного форума, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения в номинации «Современная фармацевтическая продукция» награжден Дипломом и Большой золотой медалью.

Высокая награда нашему институту присуждена за проведение доклинических и клинических исследований радиофармацевтического препарата «Фтордезоксиглюкоза» 18F», производимого и используемого в клинической практике Краевым клиническим центром онкологии Министерства здравоохранения Хабаровского края.

Исследования показали высокую эффективность использования фтордезоксиглюкозы при проведении позитронно-эмиссионной томографии, позволяющей обнаружить онкологический процесс на самой ранней стадии, когда новообразование не превышает 1 см. Это в свою очередь позволяет применить более рациональные и щадящие методы лечения. Токсическое воздействие препарата на организм незначительно, учитывая ультракороткий период полураспада изотопа фтора-18 и быстрое выведение его из организма.

Мы гордимся нашим образовательным учреждением!

Коллеги, примите искренние поздравления!

Пресс-центр ИПКСЗ



14 июня 2016 г. в Хабаровской краевой филармонии состоялась торжественная церемония награждения победителей ежегодного краевого конкурса «Признание».

Дипломом I степени в номинации «Лучший врач-стоматолог Хабаровского края» награждена Л.Ф. Лучшева, к.м.н., доцент кафедры стоматологии ИПКСЗ.

Мы от всей души поздравляем Ларису Файзылхановну с этой замечательной наградой, олицетворяющей общественное признание ее прекрасных личных и профессиональных качеств.

Редакция приносит Ларисе Файзылхановне свои извинения за то, что по объективным причинам поздравление запоздало.



- ПОЗДРАВЛЯЕМ -

В юбилеем:**Светенок Полину Вилловну****Щерба Ларису Васильевну****Видягину Татьяну Алексеевну****Лучшееву Ларису Файзылхановну****Никифорову Ирину Леонидовну**

- ОФИЦИАЛЬНО -

Министерством здравоохранения РФ размещено для общественного обсуждения уведомление о разработке проекта федерального закона об ужесточении ответственности за нападения на медицинских работников. Проект подготовлен по прямому поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

В настоящее время причинение вреда здоровью в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга является в соответствии с уголовным законодательством отягчающим обстоятельством. Однако это касается лишь случаев причинения тяжкого вреда здоровью. В то же время иной правовой режим действует в отношении причинения вреда здоровью представителей власти, наказание за который может доходить до 10 лет лишения свободы.

Законопроектом предлагается дополнить составы преступлений, предусмотренных статьями 112, 115 и 116 Уголовного кодекса Российской Федерации (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью, умышленное причинение легкого вреда здоровью, побои), квалифицирующим признаком – если данные деяния совершены в отношении медицинских работников. Санкции при этом будут приравнены к санкциям на нападение на представителей власти.

Важно помнить, что причиняющий вред медику причиняет вред не только ему, но и пациентам, лишившимся возможности получить своевременную медицинскую помощь. Так, нападение на врача или фельдшера «скорой» может стоить жизни больному с жизнеугрожающим состоянием, нуждающемуся в экстренной помощи. Наша профессия – особенная: она направлена на сохранение жизни и здоровья других людей. Те, кто препятствует выполнению благородной миссии медицинских работников, должны понести заслуженное наказание.

www.mgzt.ru

**В первое воскресенье октября
(в 2016 г. – это 2 октября)
отмечается День преподавателя.**

Об истории возникновения этого праздника практически нет сведений. Тем не менее, этот день отмечается в высших учебных заведениях, и студенты от души поздравляют своих преподавателей.

Поздравляем и мы преподавателей нашего института с этой замечательной датой!

*Спасибо Вам за Ваш нелегкий труд,
За Вашу вдохновенную работу,
За знания, внимание и заботу.
Пусть Вас лишь счастье и успехи ждут!*

Группа слушателей – врачей-дерматовенерологов сертификационного цикла ИПКСЗ (12.09. – 08.10.2016 г.) от души поздравляет преподавателя, кандидата медицинских наук, доцента кафедры инфекционных болезней и дерматовенерологии **Аллу Владимировну НЕКИПЕЛОВУ:**

Уважаемая Алла Владимировна!

Примите слова благодарности за Ваш высокий профессионализм, преданность благородному делу в течение многих лет. Выражаем искреннюю признательность за Вашу ответственность, доброжелательность, энтузиазм и индивидуальный подход к каждому слушателю.

Желаем Вам крепкого здоровья, счастья и удачи в Ваших делах!

www.ipksz.ru

- ВЫБОРЫ -

Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края объявляет выборы на замещение должностей профессорско-преподавательского состава:

Заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
Заведующий кафедрой внутренних болезней

Требования к квалификации:

высшее профессиональное образование, наличие ученой степени и ученого звания, стаж научно-педагогической деятельности или работы в организациях по направлению профессиональной деятельности, соответствующей направлению деятельности кафедры, не менее 5 лет.

Место (адрес) приема заявления для участия в выборах:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9, аудитория 215 (лекционный зал), 28 декабря 2016 г.

Информация о выборах, положение «О выборах декана и заведующих кафедрами» размещены на сайте института www.ipksz.ru.

- К ЧИТАТЕЛЯМ -

Уважаемые читатели газеты «Alma Mater»!

Редакции было бы очень ценно ваше мнение по форме и содержанию газеты. Ждем Ваши замечания и предложения, а также статьи и заметки по актуальным вопросам и проблемам.

С уважением, редколлегия
(кабинет 120, тел. 27-25-10 (вн. 130))

Ежемесячное информ. издание «Alma Mater»

Учредитель: ученый совет ИПКСЗ

Гл. редактор: д.м.н., профессор В.Е. Воловик

Ответственный секретарь: В.Н. Лебедев

Художественный редактор: О.Ф. Вальченко

Фото: Н.З. Шелепенко

Корректор: И.А. Трофимов

Тираж 70 экз.

Отпечатано: редакционно-изд. центр ИПКСЗ

Адрес редакции:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Тел. / факс: 72-87-15, 27-25-10 • E-mail: rec@ipksz.khv.ru