



формула жизни



Газета издается при информационной поддержке Департамента здравоохранения города Москвы

Июнь, 2013, №3

ДЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА: ПРОФЕССИЯ ОБРЕТАЕТ ПРЕСТИЖ

Москва, как и любой современный мегаполис, обязана иметь современную медицину: передовые клиники и лучших врачей. После начавшихся в 2011 году и продолжающихся по сей день реформ можно говорить о том, что столица сделала огромный шаг в этом направлении. За беспрецедентными вливаниями в здравоохранение денежных средств уже стоят конкретные дела, обновленные клиники, рост продолжительности жизни, люди, которым медики вернули или помогли сохранить здоровье.

- С начала реформ население Москвы увеличилось на 1,3 млн. человек. При этом показатели, характеризующие демографическую ситуацию и здоровье населения, имеют устойчивую положительную динамику. Рождаемость с начала реформ выросла на 5,6%. Естественный прирост населения на 1 тыс. человек составляет 1,4 против отрицательного показателя (-0,2) в 2010 году. Средняя продолжительность жизни москвичей увеличилась почти на два года. Значительно – на 17% – снижена смертность населения от болезней системы кровообращения.

- Первоначально установленный план программы по оснащению учреждений здравоохранения медицинским оборудованием выполнен в полном объеме. Например, каждое амбулаторно-поликлиническое объединение оснащено КТ, МРТ, УЗИ экспертного класса, а также имеет возможность проводить до 500 видов лабораторно-диагностических исследований.

- Увеличение объема профилактической помощи и качества диспансерного наблюдения привело к раннему выявлению большего числа сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний. С целью раннего выявления хронических заболеваний в 2012 году обследовано более 1,6 млн. человек, в 2013 году будет проведено порядка 2,5 млн. таких обследований. По сравнению с началом реформ сегодня на 6% выросло раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний, на 25,6% – заболеваний молочной железы, на 3,7% – заболеваний предстательной железы.

- В 2012 году в столичных клиниках получили лечение свыше 1,8 млн. больных, зарегистрировано также свыше 154 млн. амбулаторных посещений. В результате реформ срок ожидания планового приема у терапевта снизился с 9 до 4 дней, у врача-специалиста – с 16 до 12 дней. Срок плановой госпитализации по профилю «хирургия» составляет 10 дней вместо 20 в 2010 году. Со времени начала реформ средняя продолжительность пребывания пациента на койке в государственных учреждениях здравоохранения уменьшилась на день, а среднегодовая занятость койки увеличилась на 5 дней.



- Для 1119 бригад скорой медицинской помощи, расположенных на 57 подстанциях, сокращены временные параметры. В 2012 году среднее время прибытия машины скорой уменьшилось еще на 1,5 минуты и составило 16,9 минуты! Для оказания экстренной медицинской помощи используются легкие вертолеты (среднее время от получения вызова до доставки пострадавшего в стационар – 47 минут). Закончено формирование службы неотложной медицинской помощи, на базе детских и взрослых городских поликлиник сформированы 152 бригады. В 2012 году услугами неотложки воспользовались более 160 тыс. горожан.

- Выросло число граждан, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь. В 2012 году помощь, основанную на новейших технологиях, получили 94 224 человека – на 20% больше, чем в 2010 году. Сроки ожидания помощи по наиболее востребованным профилям, таким как сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, онкология, все время сокращаются и к 2020 году не будут превышать в среднем 18–20 дней.

- В столице уменьшилась младенческая смертность, увеличилось количество родов, развивается неонатальная хирургия. В 2012 году выполнено 2,5 тыс. опера-

ций. В отделениях реанимации для новорожденных родильных домов на первом и втором этапах выхаживания помощь получили на 20% больше больных, чем в 2010 году. В отделениях патологии новорожденных – на 5,2%. В 2012 году в московских роддомах родилось 128 885 детей – это почти на 8000 больше, чем в 2011-м.

- В Москве традиционно особое внимание уделяется оказанию медицинской помощи лицам пожилого возраста и инвалидам. Увеличилось количество гериатрических коек, геронтологических кабинетов на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений – открыто 30 кабинетов гериатрической помощи, 539 гериатрических коек. На обеспечение льготных категорий граждан бесплатными медикаментами в 2012 году потрачено 16,5 млрд. рублей, что на 22,2% больше, чем два года назад. В настоящее время в Москве на льготной основе обеспечиваются лекарственными препаратами более 1,8 млн. человек.

- Для формирования у людей привычки к здоровому образу жизни созданы «Центры здоровья», в них приходит все больше людей, только за первый квартал 2013 года эти центры посетили более 106 тыс. человек. В 2012 году – более 438 тыс. человек. По сравнению с 2010 годом рост составил 272%!

- Не только врачи, но и пациенты московских клиник почувствовали новое качество жизни, которое обеспечивает им информационная революция в московской медицине. 30% пациентов воспользовались электронной самозаписью. Средний срок ожидания приема врача по записи сокращен с 40 до 20 минут.

- По результатам соцопросов, инициированных Правительством Москвы, москвичи испытывают оптимизм по поводу развития ситуации в здравоохранении. Почти треть опрошенных позитивно оценивают изменения в сфере здравоохранения, произошедшие за годы реформ. Перспективы развития московского здравоохранения вызывают оптимизм у 61% опрошенных. Можно расценивать это как предварительную, осторожную, но, безусловно, положительную реакцию общества на усилия федеральных и московских властей по улучшению ситуации в столичной медицине.

В этом году наш уникальный национальный праздник – День медицинского работника пришелся на 16 июня. И в праздники, и в будни механизм московского здравоохранения не останавливается ни на секунду. Круглосуточно работают сосудистые центры, другие клиники, скорая помощь спешит к пострадавшим, рождаются дети. Медицина – это служба во имя здоровья, добра и надежды, и про хорошего врача не зря говорят, что он – от Бога.



И.о. министра Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Георгий ГОЛУХОВ поздравляет медицинских работников с профессиональным праздником:

– От всей души желаю вам счастья и здоровья. Пожалуйста, занимайтесь самообразованием. Постоянно повышайте свою квалификацию. Заботьтесь о своем здоровье. Ваше здоровье – это здоровье наших пациентов. Всего вам самого лучшего!

СЧАСТЬЕ БЫТЬ МЕДСЕСТРОЙ



Врачи определяют тактику лечения, а вот ведут пациентов, что называется, «от и до» именно медицинские сестры. На их плечи ложатся гораздо большие нагрузки и ответственность.

СПАСЕНИЕ ЖИВЫХ ДУШ



Наша страна перешла на новые критерии живорождения. Еще год назад детей с экстремально низкой массой тела не спасали, не регистрировали. Таких крох в столице оперируют самые высококвалифицированные врачи. О выхаживании детей рассказывает главный неонатолог Москвы Ирина Солдатова.

Только факты

Москва выполняет план по модернизации здравоохранения

В мае 2013 года мэр Москвы Сергей Собянин констатировал, что «реализация двухлетней программы модернизации столичного здравоохранения, в рамках которой было закуплено около 60 тысяч единиц современного медицинского оборудования, почти завершена, и Москва выполняет свой план модернизации».



Новая техника, в частности, позволит проводить более точное обследование пациентов, выявлять болезни на ранней стадии и лечить их самыми современными средствами.

Как в старые добрые времена, вся система медицины будет выстраиваться в единую цепочку, когда пациента ведут от первичного звена, от обращения к терапевту до специализации или оказания стационарной помощи, если это требуется. Но задача как раз состоит в том, чтобы не довести пациента до стационара. Оказать ему всевозможную помощь на амбулаторном уровне. Так, чтобы вылечить его без каких-то хирургических и прочих вмешательств.

Московским медикам предстоит наладить эту систему так, чтобы она работала как часы».

Образованных специалистов станет больше

В мае 2013 года заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников, говоря о завершении программы модернизации, подчеркнул, что «московская медицина по своей оснащенности превосходит муниципальное здравоохранение Лондона, Парижа и почти сравнялась с тем уровнем, который есть в Германии».



Сейчас стоит задача правильной настройки оборудования и запуска для работы в две, а в идеале в три смены, а также обучения докторов работе на сложном оборудовании – чтобы специалисты умели не только делать снимок, но и правильно его читать, ставить диагноз.

Ежемесячно 10–12 специалистов отправляются на обучение из Москвы в Швейцарию, Германию или Израиль. Но для развития здравоохранения в России необходимо восстанавливать престиж национального высшего медицинского образования».

Врачи-трансплантологи НИИ СП им. Н.В. Склифосовского провели уникальную операцию по пересадке тонкого кишечника

До сих пор во всем мире счет пациентов с пересаженным кишечником идет на десятки по сравнению с тысячами пересаженных почек и даже сердец. Ведь кишечник – это не только орган, который обеспечивает пищеварение, но также и часть иммунной системы организма, причем очень существенная. И вместе с пересаженным кишечником в организм реципиента попадает огромное количество чужих иммунных клеток. На этом этапе и возникает главная проблема: как соблюсти тонкую грань между подавлением иммунитета, чтобы не произошло отторжение органа, и защитой от инфекций.

В России медики предпринимают только первые шаги. Но результаты уже впечатляют. Сотрудники НИИ СП им. Н.В. Склифосовского под руководством директора, А.Ш. Хубутия и активной поддержке Департамента здравоохранения Москвы не только осуществили успешную трансплантацию кишечника, но и смогли предотвратить отторжение донорского органа. Проведению трансплантации предшествовала длительная практическая и теоретическая подготовка на протяжении нескольких лет. Сама операция длилась 9 часов, в ее проведении принимали участие более 20 человек.

В Москве завершено реформирование структуры организации первичной медико-санитарной помощи

Реорганизовано 242 поликлиники для взрослых и 150 детских городских поликлиник. Создано 46 амбулаторно-поликлинических объединений (амбулаторных центров) для оказания помощи взрослому населению и 40 – детскому (из расчета 1 центр на 150–250 тыс. населения). Диспансеры и женские консультации присоединены к крупным профильным больницам, либо научно-практическим центрам, что позволило создать лечебно-диагностические объединения в психиатрической, наркологической, дерматологической, фтизиатрической, онкологической и других службах.

Проведенная реорганизация работает на формирование здорового образа жизни, предотвращение развития заболеваний, в первую очередь тех, которые влекут за собой преждевременную смертность и инвалидизацию населения.

Реорганизация расширяет возможности оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи, снижает уровень госпитализации пациентов по экстренным показаниям, приводит очеред-



ность плановой госпитализации в строгое соответствие с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Москве.

Стоит напомнить, что до начала реформ московская система здравоохранения представляла собой порядка 800 медицинских учреждений, работавших без связи друг с другом. Система была плохо управляемой, отсутствовала преемственность между учреждениями. Парк оборудования имел высокий процент износа, ощущался его дефицит, обследование на современном медицинском оборудовании было труднодоступным.

Передвижная флюорография против туберкулеза

На территории новых округов Москвы – Троицкого и Новомосковского – продолжается проведение профилактических флюорографических осмотров населения совместно с НПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ на базе передвижных флюорографических установок. 13 июня – в Ватулино, 17 июня – в Вороново и Кокошкино. 16 апреля в поселении Десеновское флюорографическое обследование прошли 139 человек, 23 и 24 апреля в поселении Вороновское были обследованы 398 человек. 15 мая – 106 человек, 16 мая в поселении Кокошкино обследование прошли 105 человек.

Курение в больницах будет под запретом

1 июня вступил в силу новый закон о курении, который запрещает дымить на территории учреждений здравоохранения. Московские больницы до сих пор в основном просто выделяли помещения, где могли курить как врачи, так и пациенты. Сейчас эти комнаты закрывают и начинают приспособлять для других целей. Специальные кабинки для курения, не пропускающие дым в другие помещения, как в аэропортах, стоят только в 57-й городской больнице на востоке столицы. Обслуживание четырех отечественных кирилков «Эколайф» обходится лечебному учреждению примерно в 450 тыс. рублей в год. Замести-

тель главврача Татьяна Чилина сообщила, что сейчас больница планирует объявить конкурс на их демонтаж.

Главный нарколог Минздрава РФ Евгений Брюн также полагает, что на территории больниц курить ни в коем случае нельзя, а всем людям с зависимостью врачи должны предлагать от нее избавиться.

– В больницах есть специалисты, которые могут это сделать, – подчеркнул Брюн.

Современную горбольницу построят за счет инвесторов

Столичные власти и Европейский медицинский центр заключили первое концессионное соглашение в социальной сфере. За счет средств инвесторов планируется реконструировать и эксплуатировать городскую больницу №63, расположенную по улице Дурова. В рамках соглашения будет создан уникальный многоплановый медицинский комплекс из 4 высокотехнологичных медицинских центров: эндоваскулярной хирургии, позитронно-эмиссионной томографии, а также перинатального и реабилитационного. При этом 40% от общего числа услуг в новом комплексе москвичи будут получать по тарифам ОМС в рамках системы столичного медицинского страхования. Привлекаемый частный капитал в здравоохранение, столичные власти рассчитывают на ощутимый рост качества оказываемых москвичам услуг и расширение их спектра.

Студенты отказываются от курения

30–31 мая 2013 года в Москве прошли акции по отказу от курения, посвященные Всемирному дню отказа от курения. В них приняли участие сотни московских студентов. Специалисты центров здоровья Департамента здравоохранения Москвы выезжали в образовательные учреждения с лекциями и презентациями для студентов, посвященными проблеме курения и мотивации к прекращению курения и к здоровому образу жизни.

Выездные акции центров здоровья прошли в таких учебных заведениях, как МГТУ им. Баумана, РГСУ, Российский государственный геологоразведочный университет им. С. Орджоникидзе, колледж архитектуры и строительства №7 и др. Более 400 студентов прошли экспресс-обследование состояния органов дыхания с помощью портативного спирометра.

Кроме того, участникам обследований измерили содержание угарного газа в выдыхаемом воздухе и определили количество карбоксигемоглобина в крови с помощью прибора смокелайзер. Подобные акции за здоровый образ жизни планируются проводить регулярно.

Справочная департамента

К каким врачам поликлиники можно записаться самостоятельно?

– Самостоятельно записаться на первичный прием к врачу-терапевту участкового (врачу-педиатру участковому) и к врачам-специалистам: оториноларингологу, офтальмологу, урологу, хирургу, гинекологу, стоматологу можно через Интернет, используя сайт rgu.mos.ru (раздел «Запись на прием к врачу»), а также по единому телефону круглосуточной службы **+7(495)539-30-00**, по телефону регистра-

туры поликлиники в часы работы поликлиники, через инфоматы, расположенные на 1-х этажах в холлах поликлиник.

– Как попасть на прием к узкому специалисту?

– Запись к врачам-специалистам: неврологу, кардиологу, ревматологу, эндокринологу и др. производится по направлению участкового врача-терапевта. Врач-терапевт на приеме определяет необходимость направления пациента на дополнительные обследования и консультации. При направлении врач согласовывает с пациентом день повторного посещения после обследования и выдает талон к врачу-специалисту.

– Как попасть в Центр здоровья на профилактический осмотр?

– Профилактические медицинские осмотры пациентов в Центре здоровья осуществляются по предварительным журналам самозаписи, при наличии свободных мест и в день обращения пациента в поликлинику.

– Могут ли выдавать больничные листы и справки об освобождении от занятий в школе или вузе негосударственные медицинские учреждения?

– Листки нетрудоспособности и справки об освобождении от занятий в школе или вузе могут выдавать негосударственные медицинские учреждения, имеющие лицензию на данный вид деятельности.



Только факты

Департамент здравоохранения и студенты поздравили ветеранов



8 мая, в канун Дня Победы, по сложившейся многолетней традиции творческие коллективы студентов, обучающихся в образовательных учреждениях Департамента здравоохранения Москвы, поздравили ветеранов Великой Отечественной войны, находящихся на лечении в госпиталях для ветеранов войн Департамента здравоохранения Москвы №№1, 2, 3. Студенты исполнили для ветеранов музыкальные композиции, стихи и песни военных лет. Всем ветеранам они вручили подарки, цветы и сувениры.

В праздничные дни в учебных заведениях прошли торжественные конференции, спектакли, литературные вечера, встречи с ветеранами-медиками, соревнования по военно-прикладным видам спорта, кросс Победы. Студенты приняли участие в акциях оказания помощи ветеранам (мытьё окон, уборка квартир и т.д.). Около тысячи студентов посетили мемориалы и памятники героям Великой Отечественной войны, в том числе почтили память медицинских сестер, санитаров и врачей, погибших на полях сражений.

От имени Департамента здравоохранения ветеранов позддравил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Алексей Хрипун.

Успешное взаимодействие с ветеранскими организациями

29 мая в Департаменте здравоохранения Москвы состоялась церемония подписания Соглашения о сотрудничестве и совместной деятельности Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского совета ветеранов войны, труда, Вооруженных сил и правоохранительных органов.

Основные направления сотрудничества и совместной деятельности Департамента здравоохранения и совета ветеранов: оказание медицинской и медико-социальной помощи; профилактическая деятельность и санитарно-гигиениче-



ское просвещение; оказание необходимой медицинской помощи на дому маломобильным пациентам; обеспечение ухода за нуждающимися в патронаже на дому и в стационарных условиях медицинских организаций государственной системы здравоохранения Москвы с привлечением ветеранских, благотворительных, волонтерских организаций.

В церемонии подписания Соглашения приняли участие руководитель Департамента здравоохранения Г.Н. Голухов, председатель Московского городского совета ветеранов войны, труда, Вооруженных сил и правоохранительных органов В.И. Долгих, первый заместитель председателя Московского городского совета ветеранов войны, труда, Вооруженных сил и правоохранительных органов Г.И. Пашков, заведующий отделом социальной защиты Московского городского совета ветеранов войны, труда, Вооруженных сил и правоохранительных органов О.С. Бабич, председатель общественной городской медицинской комиссии совета ветеранов Г.И. Ломакина.

Донорская кровь – детям



В преддверии Всемирного дня защиты детей, 30 мая, студенты-медики из 24 образовательных учреждений Департамента здравоохранения Москвы сдали кровь. Обязательные условия для участия в акции: на момент сдачи крови, донор должен быть здоров и старше 18 лет. Акция стала символической еще и потому, что основными потребителями «фильтрованных» тромбоцитов и эритроцитов, полученных от студентов, прошедших отбор в течение двух недель после заполнения анкеты донора, являются пациенты детских онкологических отделений, родильные дома и реанимации.

Сдача донорами крови – жизненно важная процедура для многих пациентов московских клиник. Департамент здравоохранения сегодня одинаково поддерживает как доноров, которые соглашаются сдать кровь за какие-то социальные льготы (в том числе и за материальную компенсацию, которая составляет до 5000 рублей за одну донацию), так и тех доноров, которые делают это просто по зову сердца. Во многом благодаря принятым мерам Москва сейчас вышла на самообеспеченность компонентами донорской крови, закупки в регионах практически не проводятся. Экстренная потребность по донорской крови удовлетворена на 100%, плановая – на 85–87%.

Атмосфера в поликлиниках станет лучше



Во всех столичных поликлиниках появятся должности администраторов, они не будут связаны непосредственно с лечебной работой, но должны будут брать на себя решение других, самых разных проблем. Администраторы будут обладать коммуникационными навыками (возможно, специальным образованием психолога), будут создавать благоприятную атмосферу в поликлиниках, помогать пациентам избегать ситуаций взаимного недопонимания и конфликтов. Когда человек болеет, он приходит в медицинское учреждение в раздраженном состоянии, поэтому нужно бороться за максимально доброжелательную атмосферу в поликлиниках.

При амбулаторно-поликлинических центрах Москвы создадут общественные советы

При всех 46 головных амбулаторно-поликлинических центрах к лету будут созданы общественные советы. Это инициативные группы приписанных к поликлинике граждан, которые смогут выдвигать рациональные предложения и указывать руководству поликлиник на недостатки в их работе. Кроме того, представители инициативных групп получат возможность лично докладывать министру здравоохранения города Г.Н. Голухову о проблемах, в случае если их не удастся решить с руководством поликлиник.

Новое отделение гемодиализа



В Городской клинической больнице №1 им. Н.И. Пирогова после проведения капитального ремонта открыто отделение гемодиализа. В нем установлено 12 аппаратов для проведения процедур и соответственно 12 коек для тех, кому требуется стационарное лечение, а также лаборатория с современным оборудованием. Гемодиализный зал соответствует нормам операционных. Для очистки воды был закуплен и смонтирован новейший аппарат. В ряде случаев от возможности провести процедуру, заменяющую работу почек, может зависеть жизнь пациента. Процедуры проводятся бесплатно, проведение одной процедуры обходится государству в 6,5 – 8 тыс. рублей.

Роботов-хирургов становится больше



Департамент здравоохранения Москвы закупает четыре роботизированных хирургических эндоскопических комплекса, которые будут поставлены в городские клинические больницы №50, №31, №1 имени Н.И. Пирогова и в Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии.

Изначально программа модернизации столичного здравоохранения предусматривала закупку трех таких комплексов, но с учетом возросшей потребности было решено приобрести четыре комплекса в базовой комплектации. Кроме того, будут обучены по две хирургические бригады для обслуживания каждого из них.

Что такое родовой сертификат?

С 2006 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» начата работа с родовыми сертификатами. Родовой сертификат – документ, обеспечивающий дополнительную финансовую поддержку государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов (женские консультации, родильные дома), а также осуществляющих диспансерное наблюдение детей первого года жизни (детские поликлиники) бесплатно. Финансовые средства расходуются в том числе на приобретение медицинского оборудования, а также лекарственных препаратов – беременные

женщины, наблюдающиеся в женских консультациях, при наличии показаний обеспечиваются лекарственными препаратами бесплатно. Выдача денег женщинам не предусмотрена. Родовой сертификат выдается женской консультацией, осуществляющей наблюдение женщины в период беременности, при явке к врачу на очередной осмотр при сроке беременности 30 недель (при многоплодной беременности – 28 недель) и более, при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования. Если родовой сертификат не был получен женщиной в родовом периоде, он может быть выдан ей в родильном доме, а также детской поликлиникой, осуществляющей диспансерное (профилактическое) наблюдение детей, постав-

ленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет.

Женщинам, наблюдающимся в период беременности в учреждении здравоохранения, не имеющем права выдавать родовые сертификаты (коммерческие медицинские учреждения), родовой сертификат может быть выдан с 30 недель беременности (в случае многоплодной беременности – с 28 недель) врачом женской консультации, расположенной по месту жительства женщины, на основании выписки из индивидуальной карты беременной и родильницы (при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, страхового полиса обязательного медицинского страхования



и страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования). Отсутствие родового сертификата не может быть причиной отказа в оказании медицинской помощи, а также повлиять на качество ее оказания.

Необходимо отметить, что экстренная и плановая госпитализация беременных, рожениц, родильниц осуществляется в стационары прежде всего по территориальному принципу для своевременного оказания специализированной медицинской помощи. При наличии сопутствующей патологии, осложненной течением беременности женщины госпитализируются в профильные акушерские стационары. При отсутствии противопоказаний женщина может быть госпитализирована в выбранный ею стационар.

Главные вопросы

И.о. руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Георгий ГОЛУХОВ:**

ПАЦИЕНТЫ И ВРАЧИ НЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБИЖЕНЫ



Прошел год, как Георгий Натанович Голухов возглавил Департамент здравоохранения Москвы. Он успешно продолжил реформы, которые начал его предшественник на этом посту, ныне исполняющий обязанности заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Михайлович Печатников. Руководитель, как известно, должен знать все, что происходит в его ведомстве, поэтому Георгий Голухов отвечает на самые острые вопросы, интересующие читателей «Формулы жизни».

– Трехуровневая система медицинского обслуживания, которая вводится в Москве, вызывает критику и даже открытое недовольство со стороны некоторых пациентов.

– Весной я встречался с жителями Центрального округа столицы, и моя встреча началась парадоксально. Мы показали собравшимся небольшой фильм – шестиминутный ролик о модернизации московского здравоохранения, показали один из корпусов Первой Градской больницы, показали, как работает наша скорая помощь, как идут поставка и модернизация медицинского оборудования в наших учреждениях, как работают врачи. Я был удивлен, что из зала раздались крики: «Что вы нам показываете? Ничего этого нет!» В последующей трехчасовой беседе, когда я пытался у бабушки, которая кричала, и еще у какого-то жителя выяснить, где конкретно они не могут сделать сегодня МРТ, кто конкретно с ними грубо разговаривает, кто им отказал в лекарственных препаратах, ответов на эти вопросы я не получил.

На следующий день мы прислали комиссию в амбулаторный центр, которым жители якобы были недовольны. Оказалось, что информация надуманная. Мы понимаем пациентов – нельзя быть довольным уровнем сервиса везде. Много зависит от того, как человека встретили в поликлинике, улыбнулись ли ему, бросили амбулаторную карту или сказали «пожалуйста», вежливо попросили подождать или «ходят тут всякие». Мы многое делаем, чтобы улучшить сервис для пациентов. Но мне кажется, много вреда от недостаточной информированности пациентов, особенно старшего поколения, о том, где и какие услуги они могут получить.

Пациенты плохо воспринимают негативную информацию в СМИ. Помните жуткую историю, когда женщине перепутали лекарственный препарат и она чуть не умерла? Подобное преподносят по телевизору в справедливо трагических интонациях. Но делается это достаточно неуклюже. И у любого человека, увидевшего подобное, вырабатывается мнение, что у нас очень плохая медицина. В то же время о том, что у нас делаются уникальные операции, что врачи оперируют круглые сутки, спасают людей с того света, творят буквально чудеса, – эти факты крайне редко находят свое позитивное отражение в прессе и на телевидении.

Еще раз скажу: мы понимаем пациентов – когда люди болеют, они недовольны всем, даже изменением погоды, а уж когда в поликлинике натянутся на какую-то техническую задержку – это вызывает раздражение. При этом только за прошлый год в лечебных учреждениях столицы зафиксировано 156 миллионов посещений. Это как если бы вся страна обратилась за помощью в наши медицинские учреждения. 1,8 миллиона человек прошли только через наши стационары.

Большую Москву обслуживают 1200 бригад скорой помощи. Среднее время доезда – приблизительно 17 минут. Но стоит где-то случиться легкому опозданию или заминке, это тут же становится предметом разбирательств. В каких условиях работает скорая помощь, какую гигантскую работу она выполняет, об этом мало кто задумывается.

При этом у нас нет мысли кому-то предъявлять претензии. Возможно, в том, что касается реформ в амбулаторно-поликлиническом звене, мы в чем-то недообрались. Людям трудно адаптироваться

в изменившихся условиях. Очевидно, мы должны были чаще на местах и в округах информировать население о реформах, которые проводим. В любом случае это реформирование делалось не ради того, чтобы повысить доступности, качества оказания медицинской помощи.

Сегодня, сделав определенные выводы из большого количества вопросов, которые нам адресуют пациенты, мы при всех амбулаторно-поликлинических центрах и крупных стационарах создаем общественные советы, в которые входят муниципальные депутаты, наши ветераны, жители (7–10 человек). Мы хотим сделать так, чтобы реформа здравоохранения встречала должное понимание у москвичей. Я убежден, что альтернативы тому, что мы делаем, нет. Это в русле европейских и мировых трендов, которые доказали свою эффективность во многих странах. Сочетание высококлассных специалистов, которые есть в нашей стране, современного медицинского оборудования, современных технологических подходов даст свой результат.

Два года программы модернизации показали, что у нас идет резкое и существенное снижение по всем основным группам заболеваний. Средняя продолжительность жизни в Москве уже дошла до 75 лет.

– Что делать с нехваткой терапевтов в поликлиниках?

– На сегодняшний день это самый болезненный вопрос, потому что терапевтов у нас всегда не хватало и не хватает. Это традиционная проблема. Ею озадачены и врио мэра Сергей Собянин, и и.о. вице-мэра Леонид Печатников. Постоянно на совещаниях этот вопрос разбираем.

На сегодняшний день укомплектованность врачебным персоналом составляет 85–87%. Нехватка чувствуется, но есть целый ряд мер, которые мы для себя наметили, чтобы каким-то образом срочно урегулировать эту ситуацию. Приглашаем на работу иностранных, хотя коллеги из соседних областей потом на нас немного обижаются. Сегодня средний уровень заработной платы у врачей достаточно высокий – 69 000 рублей. Мы надеемся, что с помощью такой заработной платы и возможности работать на современном оборудовании модернизированных клиник мы привлечем врачей и из других, более удаленных, регионов.

– Для терапевтов в поликлиниках вводится норма приема – 12 минут на человека. Вы считаете, этого времени достаточно?

– Конечно, многим пациентам хочется, чтобы врач на приеме уделил им чуть ли не час. Я считаю, что для опытного врача, который окружен современной медицинской техникой, в принципе, 12 минут достаточно. В конце концов, если кому-то хочется большего комфорта в общении с врачом, есть платные медицинские услуги. Если пациенты хотят эксклюзива, индивидуального подхода, не ждать две недели МРТ, а сделать его завтра, такие возможности есть в платной медицине.

– В Москву поставлено и в медицинских учреждениях установлено достаточное количество современной медицинской техники, но готов ли обслуживающий персонал?

– Компьютерные томографы, магнитно-резонансные томографы, ультразвук, эндоскопическое оборудование, ангиография – все это Москва видела и 10, и 15 лет назад. Просто раньше это было дефицитом, и попасть на обследование было проблематично. Задача, поставленная мэром Сергеем Собяниным, заключалась в том, чтобы сделать всю высокотехнологическую помощь доступной для широких слоев населения. Именно с этой целью средства, выделенные на программу модернизации, не концентрировались на нескольких проектах, а были с пользой потрачены на оснащение и ремонт множества медицинских заведений города Москвы. Возможность и доступность качественной медицинской помощи сегодня обеспечена практически по всей Москве.

Иногда пациенты жалуются на то, что оборудование есть, но они не могут записаться на обследование. Действительно, у нас еще есть вопросы технологической наладки. При этом имеется достаточное количество подготовленных специалистов, которые будут работать на этом оборудовании. Только на базе прекрасно оснащенной Первой Градской больницы работают 14 кафедр университетов, которые расположены в Москве. Происходит непрерывный процесс обучения врачей и другого медицинского персонала правильной и качественной работе на современной технике.

Говоря о новых подходах повышения квалификации врачей и для того, чтобы обеспечить качественную оценку сведений, которые врачи города получают после прохождения пациентами обследований, мы создаем в Москве Центр компетенции. Подобные центры широко распространены в Германии, Америке, Израиле. Наши специалисты выезжали туда для ознакомления. В Центре компетенции будут сосредоточены самые квалифицированные врачи, которые могут читать документы, полученные в результате обследований на приборах. Они будут анализировать эти данные и направлять врачам на местах свои заключения о том, что они увидели, давать рекомендации. То же самое касается и исследований на лабораторном оборудовании – планируется создать аналогичные центры компетенции. Больницы и клиники будут отсылать туда анализы для обработки, а результат будет приходить непосредственно на рабочее место врача. Компьютерная система, таким образом, будет связывать все медицинские учреждения города, а не только амбулаторные, как это сегодня уже происходит.

– Какие сроки сегодня установлены для прохождения пациентами высокотехнологической диагностики?

– До двух недель – это тот показатель, которым характеризуется работа амбулаторно-поликлинического объединения. В каждом амбулаторном объединении сегодня есть для этого возможности – МРТ, ульт-



Главные вопросы

граздук и прочее плюс дневной стационар. Надеемся, что до сентября все 68 000 единиц оборудования, полученного за два года (изначально планировалось около 50 000), будут окончательно смонтированы и начнут работать. Кстати, сегодня 95% оборудования установлено и уже работает. Нам осталось совсем немного.

– Что делать, если пациент недоволен своим участковым врачом-терапевтом?

– Когда мы говорим «амбулаторный центр», мы понимаем, что это центр, который включает в себя несколько поликлиник под единым управлением. В среднем к такому центру прикреплено 200–250 тысяч населения. Пациент может раз в год поменять прикрепление. Он может прикрепиться и к другому амбулаторно-поликлиническому центру. Он может поменять врача. В этом нет никаких юридических проблем. Кстати, должен сказать, что пациентов, недовольных своим лечащим врачом, крайне мало.

– Для чего в Москве разделяют службы скорой и неотложной помощи?

– Они выполняют разные функции. До сих пор многие путаются здесь в терминах.

Скорая помощь – это когда больному нужно оказать экстренную медицинскую помощь максимум в течение часа. Неотложная – та, которую нельзя отложить на завтра или послезавтра, но можно приехать через 6–7 часов. Неотложная помощь для государства в 5 раз дешевле, чем скорая, и очень эффективна. Скорая решает экстренные проблемы, а позади нее идет неотложная, которая «защищает» прочие состояния, которые вроде бы не скорые, но, в то же время, эти пациенты не могут стоять в очереди в поликлинику и получить консультацию специалиста на 5–6-й день. Совокупность и скорой, и неотложной помощи, наших амбулаторно-поликлинических возможностей, подстраховка на третьем уровне со стороны наших круглосуточных стационаров, реабилитационные возможности города, которые у нас есть, создают особую систему. Пользуясь терминологией сотрудников МЧС, они создают медицинскую группировку, которая покрывает необходимость оказания медицинской помощи в разных ипостасях, на разных скоростных режимах, разных уровнях и разной степени глубины.

– Какое развитие ждет санитарную авиацию Москвы?

– Здесь мы также получили самую добродетельную поддержку со стороны Сергея Собянина. Мегapolis без вертолетов медицинской авиации сегодня трудно представить. Пока у нас есть 2 вертолета и дано добро на закупку еще 3–4, в зависимости от финансовых возможностей города. По крайней мере, у нас уже есть несколько площадок при больницах, которые могут принимать вертолеты. Это направление, безусловно, будет развиваться, так же как и функционирование мобильных медицинских комплексов, которые уже закуплены. Всего их будет пять.

– По опросам москвичей, положительно оценивают работу поликлиник – 38%, отрицательно – 39%; работу стационаров: положительно – 35%, отрицательно – 23%; скорой помощи: положительно – 62%, отрицательно – 12%. Мы видим, что население больше всего довольное скорой помощью и недовольно поликлиниками.

– Не все помнят, но в 90-е годы в службе скорой были огромные скандалы в связи с низкими зарплатами, алкоголизмом сотрудников, проблемами с наркотиками и так далее. Сегодня сделан огромный шаг вперед. Московским медикам не стыдно за скорую помощь, которую заслуженно принято называть «бриллиантом московского здравоохранения». Значительный вклад в работу по реформированию службы скорой помощи внес мой первый заместитель Николай Плавун.

Что касается поликлиник, если исключить случаи банального хамства со стороны медработников, основные проблемы там связаны с очередями, скученностью, одним словом, с перегруженностью этих учреждений. Некоторые из них работают с двойной нагрузкой! В стационарах тоже не всегда так же внимательны к пациентам, как на скорой, – это связано с тем, что у врачей и медсестер в стационарах много текущей ра-

боты, которую они не могут проигнорировать. Поэтому понятно, что поводов для недовольства в поликлиниках и стационарах у пациентов гораздо больше.

Сергей Собянин принял по поликлиникам адресную инвестиционную программу. Если раньше была в целом городская адресная инвестиционная программа, составной частью которой были 20 поликлиник, то сегодня по этой отдельной программе в ближайшие три года будет строиться 50 поликлиник для того, чтобы снять или снизить нагрузку на действующие поликлиники, обеспечить пациентам более комфортные условия.

Кроме того, в поликлиниках сегодня вводятся должности администраторов. Это люди, которые непосредственно отвечают за все, что происходит в стенах учреждения, кроме лечебного процесса. Например, если растет очередь или не работает автомат для записи к врачу – все подобные вопросы они будут оперативно и вежливо решать.

В поликлиниках также создаются уголки комфортного пребывания, чтобы в случае какой-то задержки люди не стояли в очереди, а могли присесть и отдохнуть, чтобы там были кондиционеры.

– Какие основные направления модернизации здравоохранения на сегодняшний момент вы можете выделить?

– Они одинаковы для всей страны. Это материально-техническая база, текущий и капитальный ремонт, оснащение и пероснащение медицинским оборудованием, разработка стандартов медицинской помощи и, безусловно, информатизация.

Без информатизации невозможно. В частности, в 31-й больнице мы уже давно создали электронную медицинскую карту. Сегодня в городе осуществлено очень хорошее управленческое решение. Есть Департамент информационных технологий, который руководит талантливейший менеджер Артем Ермолаев, есть единая информационная политика, на осуществление которой выделены серьезные средства. Это очень хорошо, потому что разведены мы как заказчики и Департамент информационных технологий как исполнители-профессионалы. На стыке наших дискуссий рождаются абсолютно неплохие продукты.

– Не утихают дискуссии вокруг перепрофилирования московских клиник, находящихся в старинных зданиях. Все новые и новые оппоненты Департамента здравоохранения Москвы заявляют о недопустимости таких действий. Что вы им можете ответить?

– В отличие от того, что они утверждают, мы не занимаемся сокращением больниц, поликлиник, коек. Мы модернизируем московское здравоохранение, то есть пытаемся сделать так, чтобы качество лечения возрастало. Мы сокращаем количество коек, если они не эффективны, если расположены, например, в памятниках архитектуры.

Зачастую, к сожалению, наши соотечественники выезжают и лечатся в западных клиниках, потому что не хотят лечиться в подобных богадельнях позапрошлого века. Всех привлекают современные медицинские учреждения, где есть современные стены, технологии, медицинское оборудование, обученные врачи, имеющие соответствующее



образование и умеющие на нем работать. Недавно я в составе делегации во главе с нашим министром внешнеэкономических связей был в Баварии, где были подписаны очень важные документы о дружбе, сотрудничестве, в том числе в медицине, между Баварией и Москвой. В рамках визита мы посетили в Мюнхене одну из крупнейших университетских клиник. К моему огромному удивлению, во многих палатах лежали наши российские граждане. Мне назвали цифру: 4000 пациентов из России за год проходят лечение за свои деньги в одной только этой германской клинике. Средний чек – от 5 000 до 10 000 евро, в зависимости от операции. Представляете, какие деньги концентрируются только в этой клинике? Мало того, что мы у немцев покупаем автомобили Audi, оборудование Siemens, так еще и наши деньги, которые могли бы остаться в наших учреждениях, выезжают в Германию.

– Вы являетесь одним из основателей фестиваля «Формула жизни». Каковы цели этого ежегодного мероприятия?

– Хорошего о врачах на экранах телевизора мы видим мало, а ведь позитива гораздо больше. Есть реально потрясающие врачи. Спасибо Президенту Владимиру Путину, вернули звание Героя Труда. Дали хоть какую-то возможность поощрить людей. Это можно только приветствовать. Одним из первых, кто получил Героя Труда, был академик Александр Коновалов, выдающийся нейрохирург из института нейрохирургии имени Бурденко.

Мои помыслы в связи с «Формулой жизни» направлены на то, чтобы труд наших врачей был благодарным, чтобы журналисты, мы все при любой возможности могли сказать спасибо нашим сотрудникам, которые работают в области медицины. Нас, кстати, в Москве, в так называемой медицинской группировке, около 140–150 тысяч человек. Это и врачи, и медицинские сестры, и санитарки, и административный персонал. Мы задумали этот фестиваль, чтобы иметь возможность награждать лучших в более чем 30 номинациях.

– Георгий Натанович, в свое время вы провели блестящую реконструкцию 31-й

больницы. Что из этого опыта вы используете сегодня в своей работе?

– Когда меня избрали на должность главного врача 31-й, мне и коллегам в то непростое время удалось найти спонсорские деньги. Тогда со спонсорством было гораздо сложнее, чем сейчас, но нам дали денег, для того чтобы я ознакомил коллектив 31-й больницы с работой зарубежных коллег. В течение двух лет около 200 человек были вывезены на спонсорские деньги в Голландию, Таиланд, США, Чехию перенимать опыт. Мы ездили за границу, где я показывал хорошие клиники нашим врачам и медсестрам, которые были отравлены советским шовинизмом – уверенностью в том, что у нас все лучшее – и врачи, и оборудование. Они поняли, что хорошая клиника – это не только хорошие врачи. Нужно, чтобы и стены были отремонтированы, и оборудование было современным. Врачам нужны хорошие халаты. Они должны понимать, что нужно делать маникюр, что нужно элементарно приятно пахнуть. Нужны технологии. Важно, чтобы, когда пациента везут по коридору, он, глядя на потолок, видел не трещины и подтеки на нем, а что-то более приятное. Я объяснил все это своим сотрудникам, и мы вместе постарались сделать достойную клинику. Не скажу, что все полностью удалось, но сама концепция создания клиники, где все хорошо продумано – от менеджмента до медицинских аппаратов и ремонта, – воплощается сегодня в городе.

– В нашей стране издавна принято отмечать День медицинского работника (в этом году 16 июня). Это всегда была уважаемая профессия, хотя в 90-е годы ее престиж и упал. А почему вы в свое время решили стать врачом?

– Мне кажется, что прежде чем сказать первое слово в своей жизни, я уже знал, что буду врачом. Моя мама, как это часто бывает, сама мечтала быть доктором, но у нее не получилось, и она сделала все, чтобы ее единственный сын стал врачом. Сколько себя помню, я никогда не хотел быть ни космонавтом, ни хоккеистом и никогда в своей жизни не пожалел о том, что поступил во 2-й Московский ордена Ленина государственный медицинский институт имени Николая Ивановича Пирогова, затем – в ординатуру, в аспирантуру, стал врачом акушером-гинекологом. Работал в блестящей клинике академика Савельевой Галины Михайловны, потом перешел на административную работу.

Врачи, медсестры, вообще медицинские работники – это специальность, которая всегда нужна людям, несмотря ни на какие обстоятельства. К сожалению, я вынужден констатировать, что ни один из моих четверых детей на сегодняшний момент не изъявляет желания стать врачом. Когда я бываю в школах, например, на выпускных вечерах, узнаю, что процент ребят, которые стремятся идти в медицину, очень мал. Меня это огорчает. Поэтому моя деятельность на посту министра, как и деятельность моих коллег, общественные мероприятия, все то, что мы делаем в области модернизации здравоохранения, направлены в том числе и на то, чтобы возродить уважение к нашей профессии. Нам уже многое удалось сделать.

Информационная революция

ГОРОДСКАЯ МЕДИЦИНА ВКЛАДЫВАЕТСЯ В IT-ТЕХНОЛОГИИ

Еще пару лет назад электронная запись к врачам городских поликлиник казалась фантастикой, сегодня информационные технологии стремительно ворвались в нашу жизнь. О том, что они дали нам и что еще принесут в столичную медицину в ближайшее время, «Формуле жизни» рассказал заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей ХРИПУН.



Развертывание сервиса под названием Единая медицинская информационная автоматизированная система (ЕМИАС), интегрированного в федеральную систему информатизации здравоохранения, началось в городе в 2011 году. Сегодня аббревиатура ЕМИАС превратилась в привычный бренд. Московские пациенты уже привыкли, что могут записаться к врачу с помощью инфоматов в холлах поликлиник (их уже 900); через московский или федеральный порталы госуслуг (да-да, даже попадая на российский портал, можно выйти на страничку московской поликлиники!); через единый городской колл-центр (8-495-539-30-00) или через мобильное приложение. Кроме того, работают sms-уведомления для пациентов, которые напоминают о дате и времени назначенного приема. В городских ЛПУ начинают повсеместно вводить электронные карты пациентов. Как мы жили до сих пор – даже представить сложно!

– Информатизация городского здравоохранения наряду с укреплением материально-технической базы и введением стандартизации медуслуг, медицинской помощи и диагностики не случайно входит в тройку самых крупных задач столичного здравоохранения, реализация которых сейчас завершается, – рассказывает Алексей Хрипун. – Вряд ли я открою вам Америку, если скажу, что в нашей жизни без информационных технологий уже никак не обойтись. И в здравоохранении – особенно. IT-технологии предусматривают буквально все – от возможности записаться к врачу online до информатизации лечебно-диагностических процессов, включая удаленные консультации, дистанционное слежение за ходом операций, оказание медпомощи с использованием робототехники, что стало уже реальностью, и т.д. Работой можно управлять на расстоянии – любая медицинская услуга, любое медицинское действие должны быть задокументированы, зафиксированы с помощью цифровых технологий. Этого требует и система страховой медицины, в условиях которой мы сегодня живем.

В общей сложности через ЕМИАС уже прошло более 17 миллионов записей к вра-

чам, а электронной регистратурой воспользовались более 4 миллионов пациентов, то есть каждый третий московский пациент. При этом городской колл-центр и московский портал госуслуг работают круглосуточно, так что спланировать визит к специалисту можно в любое удобное для пациента время. Приоритетом на 2013 год станет обеспечение соответствия времени фактического приема пациента времени записи на уровне плюс-минус 15 минут. К тому же сейчас электронная запись во всех городских поликлиниках приведена в соответствие с приказом Департамента здравоохранения, согласно которому направлением пациентов к узким специалистам (в том числе в другие учреждения), а также на исследование в зависимости от показаний занимаются врачи-терапевты. Также определен список из 17 специалистов (например, сюда входят лор, офтальмолог), к которым можно записаться напрямую.

Без IT сегодня невозможно представить и работу скорой медицинской помощи. Современные системы позволяют видеть на единой карте нахождение каждой бригады СМП – ведь все кареты «03» уже оснащены системами GPS или GLONASS.

– Конечно, все сделать на счет «раз» невозможно. Информатизация – это длительный и дорогостоящий процесс. Ведь нужно учитывать все: провести кабель, поставить в учреждения «железо» (персональные компьютеры, принтеры и т.д.), ввести программное обеспечение... А еще нужно научить людей всем этим пользоваться. В тех лечебных коллективах, где подобное работает многие годы, уже не представляют жизни без высоких технологий, – продолжает Алексей Хрипун.

В ряде передовых клиник города информатизация началась еще пять, а то и десять лет назад. Среди передовиков – городские клинические больницы №12, 62, 57, 31, 7 и ряд других крупных стационаров. Здесь, например, знают о том, какого пациента везут к ним на скорой с того самого момента, как его забрал наряд СМП, какой у человека диагноз, какое отделение, какую технику, каких специалистов необходимо подготовить.

В будущем такая система заработает во всех стационарах столицы.

Сегодня к ЕМИАС подключено уже более 500 учреждений здравоохранения, пока это в основном поликлиники, в том числе реорганизованные филиалы. Уже создано 22 тысячи автоматизированных рабочих мест, оборудованных современной техникой, 60 тысяч единиц которой поступило в городские медучреждения. В систему включены более 40 тысяч медработников. До конца 2013 года в ЕМИАС войдут уже все столичные поликлиники и некоторые стационары – именно тогда в Москве завершится создание единого информационного пространства системы городского здравоохранения.

Алексей Хрипун отмечает, что системы информатизации поликлиник и стационаров должны быть интегрированы друг в друга: «Одна из основных задач – ликвидировать огромную пропасть между стационарной и амбулаторной сетями, что и происходит сегодня. Чтобы пациенты могли оперативно попадать в стационары, не задерживаясь там дольше необходимого, если им можно помочь в первичном звене». Кстати, в городе уже начался пилотный проект, в рамках которого в систему ЕМИАС интегрированы 5 стационаров; к тому же подготовлены документы о строительстве кабельных сетей в стационарах, где уже проведен полный аудит информсистем и подсчитано, когда, что и как там необходимо подключить.

– Конечно, потребуется финансирование, но без этого дальнейшее развитие уже невозможно, – уверен Хрипун. – Какова экономическая составляющая этого процесса? Выгодно ли городу вкладываться в информатизацию? Безусловно! Даже тот факт, что любой москвич теперь может получить больше возможностей – а это удобная и быстрая запись на прием, на высокоточные диагностические процедуры, – говорит о том, что мы экономим и время, и здоровье наших пациентов. Мы удовлетворяем потребности населения Москвы, связанные со здоровьем, более комфортным, быстрым и, конечно же, качественным образом. А если посчитать дельту между финансированием во времена до информатизации и с момента ее введения, получается, что мы экономим рабочее время, оптимизируем все медицинские процессы, штатное расписание, вводим учет услуг и анализов, рационально используем технику, лекарственные средства, химреактивы для исследований... Эффект колоссальный!

К концу текущего года на каждого пациента будет оформлена электронная медицинская карта – она будет единой для всех муниципальных и государственных клиник



Москвы. Иными словами, любой врач из городской системы здравоохранения (поликлиники, стационара, роддома и пр.) сможет получать полную информацию о каждом новом пациенте и узнавать его историю болезни через ЕМИАС. По мере внедрения электронной медкарты возможности системы будут возрастать. Можно будет решать вопросы преемственности, этапности, результативности в диагностике и лечении. Кроме того, до конца года планируется запустить сервис дистанционных консультаций сложных рентгеновских исследований.

Революционными называет Алексей Хрипун планы по запуску в 2013 году Единой государственной информационной радиологической службы, которая будет работать по международной системе PACS. Речь идет об обработке и хранении в электронном виде радиологических исследований пациентов (данных компьютерных и магнитно-резонансных томограмм, рентгеновских снимков, результатов УЗИ, ангиографий и пр.). До конца года эта система соединит примерно 100 лечебно-профилактических учреждений города (86 поликлиник и несколько больниц), в которых установлена новая «тяжелая» техника; полное покрытие ЛПУ предусмотрено к концу 2014 года. Единая радиологическая служба будет включать в себя и экспертно-консультационный центр на базе НИЦ Радиологии, в котором будут сосредоточены ведущие специалисты в области рентгеновских исследований. Эти эксперты будут оказывать консультативную помощь лечебным учреждениям в подтверждении, а в будущем, возможно, и в дистанционной установке диагнозов. Расположенный в СЗАО, этот центр уже проходит испытания в пилотном режиме.

В ближайших планах – запуск сервиса персонализированного учета пациентов. К тому же уже почти готов аналитический сервис, который откроет колоссальные возможности – на специальной карте можно будет видеть, в каких учреждениях есть нехватка специалистов, где неправильно построена маршрутизация пациентов, где врачебные кабинеты и диагностическая аппаратура простаивают. Планируется запустить и сервис, позволяющий контролировать использование коечного фонда в больницах, – чтобы скорая медпомощь могла видеть не только, где и какая койка свободна сейчас, но и какая освободится через 2–3 дня. Это позволит достичь равномерных показателей госпитализации.

Одним из приоритетов городской Департамента здравоохранения считает обратную связь с пациентами: именно поэтому в рамках портала «Наш город» создан (пока в стартовом режиме, но быстро развивается) специальный сервис по приему жалоб и предложений по вопросам медицины. Пока обращений не очень много, москвичи еще не привыкли к такому способу общения с властями – но система отлаживается на ходу.

Не исключено, что в будущем к ЕМИАС смогут присоединиться и платные лечебные учреждения (заявки от заинтересованных частных клиник уже поступают). В руководстве департамента заявляют, что теоретически подобная интеграция возможна, хотя пока такая задача не стоит.

– Мы вместе с Департаментом информационных технологий сделали за полтора года то, что в развитых странах делается десятилетиями. Ни один регион страны, ни одна страна мира не решала таких грандиозных и масштабных задач в столь короткий промежуток времени. Конечно, пока еще не все до конца отлажено, иногда система дает сбои, есть и недовольные. Однако было бы странно представить, что они не найдутся в 20-миллионном городе. Надо понимать, что пока мы в начале пути, в будущем же новая система предоставит столичным пациентам истинно безграничные возможности, – подытожил Алексей Хрипун.

Кадровая политика

МОСКВА НАЧИНАЕТ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННУЮ ПОДГОТОВКУ ВРАЧЕЙ

— Существует мнение, что медицина хронически не хватает кадров. Какова реальная кадровая ситуация в столичном здравоохранении? В каких специальностях есть острый дефицит, а каких, напротив, чересчур много?

— В медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы наблюдается как дефицит, так и профицит врачей. Кроме того, в столичном здравоохранении отмечается еще и диспропорция специалистов. А именно: излишняя концентрация медицинских работников в стационарах и недостаток в первичном звене. Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь населению практически полностью укомплектованы, а вот медицинские организации, оказывающие амбулаторную помощь, испытывают потребность во врачах. Например, одних только участковых терапевтов нужно около тысячи.

— Какие медицинские специальности в Москве сегодня в самом большом дефиците?

— В основном это участковые терапевты и педиатры. Не хватает и врачей общей практики, анестезиологов-реаниматологов, специалистов по лучевым методам диагностики (рентгенологов, специалистов ультразвуковой диагностики и рентгенэндоваскулярных методов лечения). В дефиците врачи-офтальмологи и неврологи, врачи клинической лабораторной диагностики. Вместе с тем в медицинских организациях, чаще в стационарах, явный переизбыток акушеров-гинекологов, психиатров, нейрохирургов и терапевтов. А в амбулаторном звене в профиците врачи-стоматологи и дерматовенерологи.

— Не очень понятно: почему в стационары врачи идут, а в поликлиники нет? Там денег больше платят?

— Нет, не из-за денег. В настоящее время врачи поликлиник, медицинских организаций города Москвы могут получать заработную плату значительно выше, чем врачи стационаров. Просто у нас исторически сложилось так, что престижнее работать в стационаре. В стационаре у врача больше времени на анализ ситуации, если, конечно, речь не идет об urgentных (неотложных) состояниях. Больше возможностей по части диагностики на месте, оказания экстренной и неотложной помощи, проведения консилиумов для уточнения диагноза и способов лечения. Участковый врач чаще один на один с пациентом и его болезнью. Да и отношение к лечению в поликлинике и в стационаре у больных зачастую отличается кардинальным образом: в поликлинике все рекомендации по профилактике заболеваний не имеют должного внимания пациента, а вот стационар он чаще воспринимает как место, где сохраняют жизнь. Жизнь, в отличие от здоровья, у нас ценится больше.

И еще один немаловажный факт. В настоящее время нагрузка между стационарами и поликлиниками распределяется примерно как 60% к 40%. И сейчас, в результате реализации программы модернизации столичного здравоохранения, ситуация кардинально меняется.

Правительством Москвы и Департаментом здравоохранения города Москвы принято решение об обеспечении преемственности между стационарной и амбулаторной помощью, сокращении срока пребывания пациента в стационаре до минимума, изменении логистики оказания медицинской амбулаторной помощи, создании современной диагностической базы в амбулаторно-поликлинических учреждениях для проведения исследований и обследований (новые рентгеновские, ультразвуковые аппараты, лабораторное оснащение) и, конечно, распределение нагрузки между стационарами и поликлиниками должно стать 40% к 60% или 30% к 70% соответственно. И основную часть нагрузки должны нести поликлиники.

— Интересно, как можно заставить студента выбрать для себя профессию, например, офтальмолога, если тому хочется быть гинекологом?

— Думаю, что сегодня стремление молодых специалистов получить «престижный диплом», но невостребованную (профицитную) специальность заметно снижается.

В рамках Программы кадрового развития, Департаментом здравоохранения города Москвы запланировано проведение целенаправлен-

ной подготовки врачей по остродефицитным специальностям, в первую очередь оказывающих амбулаторную помощь.

Многие годы профессия врача хоть и считалась почетной, но все же являлась малооплачиваемой, а потому не очень престижной.

Как решает кадровую проблему Департамент здравоохранения города?

Как стимулирует студентов медвузов выбирать те специальности, в которых существует острая потребность? Об этом «Формуле жизни» рассказала заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы, статс-секретарь Татьяна МУХТАСАРОВА.

— Для начала отмечу, что в системе Департамента здравоохранения города Москвы нет медицинских вузов, однако имеются 13 медицинских училищ, 10 медицинских и один фармацевтический колледжи, в которых осуществляется подготовка медицинских сестер, фельдшеров, акушеров, лабораторных медицинских техников и технологов, фармацевтов и зубных техников.

И еще есть два центра, которые осуществляют дополнительную профессиональную подготовку, т.е. повышение квалификации среднего медицинского персонала. Сегодня представителей этих профессий в городе примерно 90 тысяч человек (для сравнения: врачей — около 50 тысяч). Потребность в данных специалистах составляет примерно 20 тысяч человек. И в основном это медицинские сестры (как участковой службы, так и стационаров) и лабораторные медицинские техники.

— Вероятно, из-за зарплат?

— Если говорить о зарплате среднего медицинского работника медицинских организаций города Москвы, то в 2012 году ее средний размер составил 49 350 рублей в месяц. И мы планируем ее повышение.

— Если говорить о зарплате среднего медицинского работника медицинских организаций города Москвы, то в 2012 году ее средний размер составил 49 350 рублей в месяц. И мы планируем ее повышение.

В настоящее время практически все медицинские организации Департамента здравоохранения города Москвы перешли на новую систему оплаты труда, в соответствии с которой заработная плата работников напрямую зависит от показателей результативности их деятельности и дает возможность зарабатывать тем, кто действительно работает.

А проблема кадрового дефицита среднего персонала в медицинских организациях, как, впрочем, и врачей, — общероссийская — это колоссальная нагрузка и незначительный престиж профессии медицинской сестры. Выпускников медицинских училищ и колледжей больше прельщают косметические кабинеты и салоны, нежели реанимационные отделения и кабинеты доврачебного осмотра. Но у нас имеется и положительная динамика по возвращению медицинских работников в практическое здравоохранение. Ежегодно 200–300 человек получают право на занятия профессиональной деятельностью в медицинских организациях Департамента здравоохранения города Москвы после обучения на сертификационных циклах повышения квалификации.

— Что делает город для привлечения среднего медперсонала в систему здравоохранения?

— Прежде всего, мы гарантируем студентам трудоустройство — ежегодно Департаментом здравоохранения города Москвы утверждается План предварительного распределения выпускников медицинских колледжей и училищ, которым четко определяется количество зарезервированных для них мест в столичных больницах и поликлиниках. И уже за два месяца до выпуска учащийся знает, куда он будет направлен — при его, конечно, добровольном согласии. Всякий раз, составляя план распределения, мы стараемся учитывать пожелания выпускников с учетом их территориальных предпочтений.

Кроме того, при новой системе оплаты труда допускается возможность выплачивать «подъемные» молодым специалистам при трудоустройстве. Ну и нелишне отметить, что обучение в медицинских колледжах и медицинских училищах бесплатное, за счет средств бюджета города Москвы, как и курсы повышения квалификации. Ежегодно свыше 17 тысяч средних медицинских работников проходят повышение квалификации в образовательных учреждениях города по 23 специальностям и более чем 80 циклам повышения квалификации.

— Какие инновации в кадровой политике применяет Департамент здравоохранения города Москвы? Как часто столичных врачей направляют на стажировку за рубеж?

— В целях непрерывного повышения квалификации Департамент здравоохранения уже сегодня внедряет дистанционные технологии

обучения, создает АРМы (автоматизированные рабочие места) с медицинскими образовательными электронными системами, обеспечивает доступ к электронным медицинским библиотекам. Хорошей традицией стали дистанционные клинические разборы, тренинги, мастер-классы, позволяющие эффективно принимать решения о способах лечения пациентов и развивающие умение работать в команде.

В 2012 году мы запустили пилотный проект по непрерывному профессиональному образованию специалистов со средним медицинским образованием — модульно-накопительная система для медицинских сестер и врачей. И уже сегодня, подводя первые итоги, можно с уверенностью говорить о положительном результате и интересе со стороны среднего медперсонала к постоянному медицинскому обучению.

Правительство Москвы, руководство Департамента здравоохранения города Москвы придают большое значение международным стажировкам, сотрудничеству в сфере здравоохранения по вопросам интеграции образования, внедрения управленческих, медицинских технологий в практическую деятельность. В прошлом году столичным Правительством и Департаментом здравоохранения города Москвы были заключены соглашения с ведущими клиниками Женевы и Базеля, Иерусалима и Тель-Авива. В 2013 году подписан меморандум о сотрудничестве с Минздравом Баварии. В 2012 году зарубежную стажировку прошли 65 врачей из 23 медицинских организаций города Москвы. Мы планируем совершенствовать программу обучения стажеров с учетом их профессиональных интересов.

— Как часто московские врачи выезжают за счет средств бюджета на международные конференции, чтобы набраться опыта у коллег?

— Это происходит систематически. В прошлом году более пятисот специалистов из медицинских учреждений Департамента здравоохранения приняли участие более чем в 300 международных конференциях.

— Расскажите о планах и ходе подготовки и переподготовки руководителей медицинских учреждений, о программе повышения квалификации «Управление развитием здравоохранения Москвы». В чем основные положения этой программы?

— Мы понимаем, что главные врачи, руководители наших медицинских организаций не всегда владеют принципами управления коллективом и имеют необходимые в современных условиях знания в области менеджмента, юриспруденции, экономики.

Поэтому в прошлом году мы, совместно с Московским государственным Университетом управления Правительство Москвы, разработали и утвердили специально для здравоохранения Москвы отраслевую образовательную программу «Управление развитием здравоохранения Москвы», одним из мероприятий которой стала подготовка руководителей медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы новой формации. Она включает в себя образовательные модули, обучающие семинары, тренинги и образовательные кейсы (разбор конкретных ситуаций). По новой системе обучено уже более 150 руководителей и их заместителей. Кроме того, в настоящее время мы ведем разработку двухуровневой программы МРА (master of public administration) в здравоохранении, с помощью которой управленцы здравоохранения получат знания в области государственного управления здравоохранением, включая менеджмент, маркетинг, финансы, экономику, юриспруденцию и пр. Эту программу мы планируем начать до конца этого года. И предполагаем, что на обучение всех руководителей медицинских организаций столицы уйдет не более 4 лет.

— Расскажите, как обеспечиваются медицинские организации средним медицинским персоналом? Существует ли потребность в этих работах?



Татьяна МУХТАСАРОВА, заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы, статс-секретарь

Московская кардиология

РЕШИТЕЛЬНОЕ НАСТУПЛЕНИЕ НА ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

На должность главного кардиолога Департамента здравоохранения столицы назначен заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии факультета постдипломного образования МГМСУ Александр ШПЕКТОР, хорошо знающий проблемы городского здравоохранения изнутри и не понаслышке знакомый с международной кардиологической практикой. В интервью «Формуле жизни» профессор рассказал о своих планах по совершенствованию городской системы оказания кардиологической помощи москвичам.

— Александр Вадимович, вы — новый главный специалист департамента. Расскажите о своем профессиональном опыте.

— Я уже 30 лет работаю в системе постдипломного образования, 10 лет руковожу кафедрой кардиологии, а наши клинические базы — это городские больницы. Так что многие годы мы работаем в тесном контакте с системой городского здравоохранения, и я неплохо знаю изнутри ее проблемы. Клиническая база нашей кафедры — ГКБ №23, в которой мы сумели организовать очень хорошую кардиоклинику, которая сейчас преобразована в центр атеротромбоза, куда входят и кардиореанимация, и кардиоотделения, и ангиография, и лаборатории. Кафедра находится в самом тесном контакте с больницей. Центром атеротромбоза заведует наш профессор Елена Васильева. Хочется отметить также, что наша кафедра выиграла мегагрант Минобрнауки по теме «Патогенез атеросклероза», и у нас создается специальная лаборатория, которая будет заниматься этой проблемой.

Кафедра тесно сотрудничает с Европейским обществом кардиологов. К примеру, на ближайшей Европейский конгресс кардиологов в Амстердаме от нас с докладами поедут четыре молодых сотрудника. Я сам 4 года проработал в президиуме Европейского общества кардиологов по неотложной кардиологии; являюсь соавтором официального руководства общества по неотложной кардиологии, вхожу в редколлегиях российских и зарубежных журналов, например, «American Journal of Medicine» и журнала Европейского общества кардиологов. Ну и еще я потомственный доктор — в третьем поколении.

— Какими будут ваши первые шаги на новом посту?

— Поскольку я отработал 30 лет в практическом здравоохранении на обычных клинических базах и занимался постдипломным образованием московских врачей, с ситуацией в московском здравоохранении я знаком неплохо. И все же сейчас мне требуется собрать побольше информации о ситуации, поехать по больницам, собрать окружных кардиологов. Вместе мы начнем решать самые актуальные проблемы, которые стоят перед московской кардиологией. Сейчас, кстати, столичная кардиология переживает переломный момент, мы готовы сделать качественный рывок. По программе модернизации здравоохранения, развернутой нашим Департаментом здравоохранения под руководством Леонида Печатникова, а затем Георгия Голухова, кардиологические клиники оснащены высокотехнологичным оборудованием на мировом уровне. И наша задача — грамотно построить логистику, чтобы вся эта техника правильно использовалась.

Есть несколько точек, с которых надо начинать. И главная из них — это острый инфаркт миокарда (ОИМ). Необходимо приблизить цифры смертности от этой патологии к европейским показателям. Сегодня в Европе госпитальная летальность при ОИМ составляет около 7%, у нас же по итогам прошлого года она равнялась приблизительно 18%. Но сегодня у нас есть все возможности достичь именно европейских цифр, и мы будем к этому стремиться. Ибо, повторяю, все предпосылки для этого уже есть. Во-первых, мощнейшая скорая медицинская помощь (СМП), которой нет почти нигде в мире (даже в цивилизованных странах сети СМП развиты слабее, а на выезды прибывают бригады парамедиков, тогда как у нас — профессиональные врачи). Слабым местом у нас были ангиографические установки, их было мало, но сейчас на душу населения их больше, чем в любом другом европейском городе. Важно

правильно связать СМП с отделениями кардиореанимации, отделениями кардиографии, чтобы мы смогли максимальному количеству больных в кратчайшие сроки открыть инфаркт-связанную артерию и восстановить кровоснабжение сердечной мышцы. Поясню: при инфаркте крупная коронарная артерия закрывается тромбом, и перед врачом стоит задача — как можно быстрее восстановить кровоток по этой артерии. Это можно сделать либо введением лекарственного препарата (тромболитисом), но еще эффективнее, если в кратчайшее время доставить больного в ангиографическую операционную и поставить стент в инфаркт-связанную артерию, что позволит полностью восстановить снабжение миокарда. У тех больных, которым удается это сделать в течение двух часов от момента вызова, смертность составляет всего 5%.

Однако здесь есть один важный компонент. Помимо врачей в этом процессе участвует и больная. И крайне важно, чтобы люди быстро вызвали скорую. К сожалению, практика показывает, что треть (!) пациентов СМП тянут с обращением к врачу сутки, а то и больше — а в этом случае эффективность лечения падает. Поэтому очень важной частью программы по лечению острого инфаркта миокарда должна стать программа, обращенная к населению. Мы планируем задействовать СМИ, объяснять людям, что делать при боли в груди, что промедление в таких случаях смерти подобно, поэтому не надо ждать и надеяться, что все пройдет. Нужно как можно быстрее вызвать «03».

— То есть профилактике как залого здоровья вы планируете уделять самое пристальное внимание?

— Да, программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний станет одной из важнейших в городе. Сами понимаете, сосредоточиться только на лечении инфаркта — это все равно что лить воду в дырявую кружку. Люди, перенесшие ОИМ, или пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) нуждаются в постоянном лечении и медицинском контроле. И мы будем наблюдать таких больных в центрах вторичной профилактики, где им будут даны подробнейшие рекомендации на тему, что делать, чтобы инфаркт не повторился. Ведь у таких пациентов риск повторных инфарктов высок, а значит — надо контролировать артериальное давление, холестерин, уровень сахара в крови...

По статистике, самый большой вклад в дело борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями вносит первичная профилактика, направленная на еще здорового человека. В свое время у нас была система диспансе-

ризации, которая сейчас возрождается, что абсолютно правильно. Но нужно построить процесс так, чтобы больного не просто принимал доктор с фонендоскопом, а чтобы у пациента была возможность делать самые простые, но необходимые анализы или обследования. Не говоря уже о том, что нужно вести кампанию за здоровый образ жизни, который включает вроде бы всем известные и понятные вещи: здоровое питание, отказ от вредных привычек, занятия спортом, контроль веса... Необходимо разворачивать пропаганду, направленную на молодежь, прививать ей здоровые привычки, а курение сделать немодным и непрестижным занятием.

— Какие новые методы диагностики стали доступны москвичам по программе модернизации здравоохранения?

— Я бы не говорил о каких-то совсем уж новых методах исследования, просто благодаря программе модернизации очень многие высокотехнологичные виды исследований стали широко доступны населению. Но это повлекло за собой и ряд проблем. Например, мы проанализировали ситуацию с пациентами, которых направляют для диагностики стенокардии на коронарографию. Оказалось, почти в половине случаев у таких пациентов не выявляют патологии коронарных сосудов. Иными словами, им делают не только дорогостоящее, но и потенциально не безопасное инвазивное исследование, влекущее за собой ряд побочных эффектов, без веских оснований.

Я считаю, нужно разработать четкий механизм показаний к высокотехнологичным исследованиям и, по возможности, использовать неинвазивные методы, что есть не предусматривающие пунктирование артерий. Например, ангиограмму коронарных артерий сегодня можно сделать с помощью компьютерной томографии, амбулаторно и безопасно для больного. Повторяю, многие инвазивные высокотехнологичные дорогостоящие методы должны применяться только при наличии очень веских оснований.

Есть и еще один момент, который меня пока беспокоит. Я считаю, что везде, где есть кардиолог, должна быть возможность проведения стресс-тестов, это крайне важно. Но, к сожалению, в амбулаторном звене их пока не хватает. Думаю, этот вопрос мы должны решить в ближайшее время.

— Раньше такие высокотехнологичные операции, как стентирование или шунтирование, были доступны в основном за большие деньги. Что происходит сегодня?

— Плановым хроническим больным такие процедуры сегодня выполняются за счет квот (федеральных и городских), что для больного совершенно бесплатно. Что касается острого инфаркта миокарда, то он в квоты не входит. Стентирование и шунтирование при ОИМ выполняют пациентам-москвичам в рамках программы ОМС, по полису, и тоже совершенно бесплатно. Средств ОМС вполне достаточно, чтобы больному можно было провести внутрикоронарное вмешательство при ОИМ.



— Известно, что в городе открывается более 20 высокотехнологичных специализированных центров для лечения пациентов с кардиопатологией. Покроют ли они городские потребности? Что будет в этих центрах?

— Да, в городе действительно уже создана сеть таких центров. Больного, у которого подозрение на ОИМ, скорая помощь везет именно в такие сосудистые центры. Там стоят ангиографические установки, работающие в непрерывном режиме 24 часа в сутки, 7 дней в неделю, 365 дней в году. Такого количества центров вполне достаточно для покрытия потребностей города. По мировым нормам на миллион населения должны быть две ангиографические установки; в Москве их уже больше, а если учесть еще и федеральные центры — все более чем хорошо. Спасибо Департаменту здравоохранения, что мы получили современную высокотехнологичную технику в необходимом объеме.

— Что делать, если пациенту отказывают в высокотехнологичном лечении? Куда жаловаться?

— Прежде всего, надо сказать, что решать вопрос, нужно ли пациенту высокотехнологичное лечение, должен врач. Сам пациент решить этого не может, это знает только профессионал. Он может определить, ставить ли больному кардиостимулятор, выполнять ли ему коронарографию. И тут уже возникает вопрос доверия пациента к своему лечащему доктору. Если врач говорит пациенту, что тот ни в каком высокотехнологичном лечении не нуждается, а у пациента есть основания не доверять этому, он может потребовать заменить ему врача; может обратиться к заведующему отделением, попросить собрать консилиум. Если в этом отказывают, то можно обратиться на «горячую линию» Департамента здравоохранения. Но я думаю, мы должны во главу угла ставить не конфронтацию врача с пациентом, а их сотрудничество. Врач для больного должен стать квалифицированным консультантом, подсказывающим, что ему нужно, объясняющим, каковы шансы, что лечение будет успешным, каковы риски и возможные побочные эффекты и осложнения. Но окончательное решение принимает пациент, который сам определяет, стоит ли ему рисковать, даже если с точки зрения врача риск оправдан. Так что самое главное в успешном лечении — это доверие к доктору.

Да, бывают сложные ситуации, когда врачу трудно разобрататься. Поэтому мы планируем организовать непрерывно действующие консилиумы ведущих специалистов в различных областях кардиологии (экспертов по аритмиям, порокам сердца и пр.), которые смогут консультировать врачей и их пациентов по сложным случаям на регулярной основе.

— Каковы ваши прогнозы на развитие городской кардиологии?

— Могу лишь повторить, что мы готовы сделать принципиальный рывок в кардиологии, который стал возможен благодаря городской программе модернизации здравоохранения и ранее созданному заделу. Настал момент перевести московскую кардиологию на принципиально иной уровень — для этого у нас есть практически все. И грех будет этой возможностью не воспользоваться. Главное — построить систему правильно, чтобы каждый винтик в этом механизме работал на благо наших пациентов.



Лечфак для скорой

ПРЕДАННОСТЬ ПРОФЕССИИ ДАЕТСЯ СВЫШЕ



Как хочется порой, чтобы отчаянно застрявшая в московской пробке скорая могла взмыть в небо и успеть, успеть... Время на спасение жизни часто отсчитывается секундами, а подготовка врача, которому подвластно это чудо, занимает годы тяжелой учебы и упорного труда.

На вопросы «Формулы жизни» о том, как готовят медиков, в том числе для скорой помощи, и о современном лечебном деле отвечает ректор Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова, заслуженный врач России, профессор Олег ЯНУШЕВИЧ.

– Какие проблемы высшей школы для медиков сегодня особенно актуальны? Что бы лично вы поменяли?

– Самая главная проблема высшей медицинской школы – правовые пробелы в процессе обучения студентов-медиков и, как следствие, недостаточный уровень подготовки практических навыков. Будущие врачи должны приобретать практические навыки уже с 3-го курса, для стоматологов это необходимо организовывать прямо с 1-го курса. Однако действующее законодательство не позволяет студентам в достаточном объеме осуществлять лечебный процесс. Более того, даже их участие в лечебном процессе ограничивается юридическими и этическими нормами, поскольку требуется письменное согласие пациента на возможный допуск студентов к его лечению. Отмечу также, что у большинства медицинских вузов и факультетов отсутствует собственная клиническая база, и возможности получения студентами практических навыков еще более сужаются.

Безусловно, сегодня существует сложная обучающая техника: «фантомы», компьютеризированные «роботы», виртуальные больничные комплексы. Процесс обучения постоянно совершенствуется, применение новейших технологий позволяет улучшить и разнообразить подготовку будущего врача. Однако никакая техника или самые «натуральные» манекены не в состоянии заменить живого пациента, не могут служить полноценной заменой клиническому опыту. К тому же стоимость подобных систем (которые еще требуют постоянного дорогостоящего обслуживания) для большинства вузов, особенно в регионах, неподъемна.

Вторая серьезная проблема связана с отсутствием системы профессиональной ориентации выпускников школ. В этом есть вина и вузовского сообщества, и непосредственно школьного образования. Не секрет, что сегодняшний студент слишком часто приходит в медицинский университет или институт не по зову сердца. Им движет нечто другое: возможности семьи, материальные соображения. Какой из него получится врач?

Руководители медицинских вузов неоднократно поднимали вопрос о введении дополнительных испытаний для наших абитуриентов, в ходе которых мы могли бы более полно оценить мотивацию, подготовку и способности молодых людей, номинально

желающих служить людям. Инструменты есть разные: подробное собеседование и тесты, дополнительные экзамены – латынь, к примеру, – по программам самостоятельной подготовки, которые демонстрировали бы искреннее желание студента посвятить себя медицине. Не хочется, чтобы в нашу специальность приходило все больше и больше равнодушных людей.

– Какой сегодня конкурс при поступлении в ваш вуз? Интересна ли абитуриентам профессия врача или интерес к ней все же падает? Какие специальности наиболее востребованы, на какие факультеты конкурс самый высокий?

– О сегодняшнем конкурсе сможем точно сказать не раньше 13 августа 2013 года, когда подведет итоги Приемная комиссия. Прошлый год дал рекордные цифры, в МГМСУ было подано более 7000 заявлений на 1200 студенческих мест. По отдельным специальностям конкурс достигал 49 человек на место. Самая высокая конкуренция при поступлении на стоматологический факультет и факультет клинической психологии.

– Есть специалисты, которые крайне недовольны уровнем образования современных студентов-медиков. Вы можете с ними согласиться? Или уровень образования остался таким же высоким (или средним), как и, например, 20 лет назад?

– Надо определиться с понятиями, в этой части их нередко путают или подменяют. Можно ли сравнивать уровень образования выпускника университетского медицинского факультета XIX столетия с нынешним? Посмотрите, какой гигантский путь за это время прошла медицинская наука и практика! Сколько сделано поистине фундаментальных открытий, перевернувших наши знания о человеке, открывших принципиально новые возможности лечения! Современному студенту приходится осваивать несравненно больший объем информации, и требования к владению этим материалом гораздо выше. Поэтому есть принципиальная разница, когда мы пытаемся сравнивать уровень знаний и степень владения практическими навыками. Давайте вспомним «золотой период» отечественной медицины – 80-е годы прошлого столетия. Врачебное сообщество давно пришло к выводу, что в тот период и наше медицинское образование, и наша система



здравоохранения были одними из лучших в мире. Но даже тогда в ходу была поговорка, что врачом становится только через 10 лет после начала самостоятельной врачебной деятельности.

Думаю, что даже хороший врач 80-х годов не владел многими навыками и тем более не имел такого технологического арсенала, которым обладают наши сегодняшние выпускники. Не все, конечно, – я говорю о тех, кто реально стремится стать врачом и много для этого трудится в студенческие годы. Поэтому какие-то обобщения и попытки такого рода сравнений, на мой взгляд, не совсем корректны. Но мы можем констатировать другой действительно серьезный факт. Медицина меняется стремительно, постоянно требуются новые навыки, знания. Современное же врачебное образование к таким темпам развития пока не адаптировалось, существует реальное отставание и в методике, и в организации, и в технологической базе. Это совсем не означает, что сегодня стало хуже. Напротив. Поэтому мы не сожалеем о прошлом, но стараемся подходить сегодня к обучению с еще более строгими мерками – с учетом требований завтрашнего дня.

За последние годы у нас в МГМСУ выросла целая когорта медиков, которые стали признанными лидерами в своей области на международном уровне. Есть совершенно уникальные хирурги. Профессор Дмитрий Пушкарь возглавляет кафедру урологии в университете и одновременно является главным урологом Минздрава РФ. Средний возраст практикующих сотрудников в его клинике примерно 35 лет. Они проводят сложнейшие малоинвазивные операции, в том числе с применением роботизированной хирургической системы «Да Винчи» для удаления пораженной раком простаты, оперативного вмешательства на других органах.

У нас существует самостоятельная школа эндоскопических хирургов – профессоров Игоря Хатькова и Олега Луцевича, которые считаются одними из лучших эндоскопических хирургов современности. Недавно Хатьков проводил в Италии показательную операцию, за которой наблюдали и на которой учились маститые хирурги из многих стран мира. Разве это не гордость российской медицинской школы, не международное признание ее уровня?!

– Чему врача научить можно, а чему нельзя?

– С точки зрения знаний и технологий врача можно научить всему. Невозможно научить: Состраданию. Любви. Преданности своей профессии. То есть тому, что дается Свыше.



– Известно, что МГМСУ ежегодно готовит специалистов-врачей скорой помощи для ликвидации кадрового дефицита в столичном здравоохранении. Расскажите, пожалуйста, подробнее об этой программе.

– Врачей общего профиля, в том числе для работы в системе скорой медицинской помощи, в МГМСУ готовит лечебный факультет. Для университета, наряду со стоматологическим факультетом, он является опорным, базовым, составной частью нашего бренда. В мае лечебному факультету исполнилось 45 лет, и это было знаменательное событие не только для вуза, но и для всего нашего здравоохранения, которому лечфак дал целую плеяду выдающихся медиков. За почти полвека лечебный факультет подготовил более 22 тысяч врачей.

Факультет постоянно развивался, география работы его воспитанников расширялась, охватывала все регионы страны и ряд зарубежных стран (факультет обучил на сегодняшний день более 700 иностранных студентов). Однако хочу подчеркнуть, что на протяжении всего периода работы лечфака основу первичного звена московской системы здравоохранения составляли и составляют наши выпускники. Эта традиция сохраняется и поныне, наш вуз продолжает обучать кадры для столичного региона, хотя прямой зависимости уже не существует.

Подготовка врачей для скорой медицинской помощи Москвы является одним из профильных направлений лечебного факультета. Ежегодно мы набираем до 40 специалистов на очную и очно-заочную формы обучения по целевым направлениям Департамента здравоохранения Москвы. В основном по этой программе к нам идут фельдшеры скорой помощи, которые после окончания университета снова возвращаются в первичное звено городской медицины. Юридическим основанием для обучения служит трехсторонний договор между МГМСУ, Департаментом здравоохранения Москвы и конкретным физическим лицом.

Безусловно, такая программа выгодна университету, важна для города, дает прекрасный шанс медицинским работникам на получение высшего образования и продолжение карьеры. Мы находимся в постоянном контакте со столичным руководством, регулярно обсуждаем выполнение программы и аспекты подготовки врачей с и.о. вице-мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Леонидом Печатниковым, и.о. главы Департамента здравоохранения города Москвы Георгием Голуховым. Мы едины во мнении, что по этой программе выпускаются лучшие специалисты, поскольку они до учебы уже имеют опыт работы в скорой помощи и практику лечения больных – порой сложных и острых, кроме того, профессия врача для этих людей – осознанный выбор. А на хороших, преданных своему делу специалистов всегда высокий спрос, особенно, когда речь идет о спасении жизней.

Первые врачи

КАЧЕСТВО ВЫРОСЛО, КАДРОВ НЕ ХВАТАЕТ



Чем живет сегодня рядовая московская поликлиника? Как отразилась на ней начатая столичным правительством и Департаментом здравоохранения реформа? Разумеется, лучше других ответы на эти вопросы знают наши участковые терапевты. С одним из них – московским врачом в третьем поколении, заведующим терапевтическим отделением городской поликлиники №46, кандидатом медицинских наук, врачом высшей категории Сергеем ФЕДОРОВЫМ побеседовал корреспондент «Формулы жизни».

Сергею Павловичу очень нравится фраза его знаменитого коллеги – доктора Бехтерева: «Если после разговора с врачом больному не легче, это не врач».

– *Работа врача – это все-таки творческая работа. Общение с больным имеет очень большое значение, ведь врач – не автомат, который ставит диагнозы. Если это, конечно, настоящий врач,* – говорит доктор Федоров.

Наша беседа получилась сродни душевному разговору, во время которого ставились диагнозы и предлагались пути лечения нашего здравоохранения.

– *Сергей Павлович, в столице проведена реформа амбулаторно-поликлинического звена. Кто-то хвалит новую систему, кто-то ее ругает. Как вы оцениваете ее применительно к вашей поликлинике? Насколько удобно или, напротив, неудобно стало пациентам? Врачам?*

– Сказать по этому поводу что-то однозначное сейчас еще сложно. Да и преждевременно. Все новое приживается у нас всегда трудно. Задумана реформа с благими намерениями, и будем надеяться, что от этих преобразований выиграют все. Однако, как подсказывает практика, процесс реформирования невозможен без постоянного внесения каких-то коррективов – и, с моей точки зрения, это абсолютно правильно.

Удобно ли стало пациентам? Наверное, лучше поставить вопрос не об удобстве, а о качестве медпомощи, которую стал получать пациент. А качество, бесспорно, выросло – где-то в большей мере, где-то в меньшей, но это налицо. Речь идет и о возросших возможностях использования разнообразных лабораторных и инструментальных методов исследования, которые раньше были не всегда доступны для нашего населения; и о более пунктуальном соблюдении стандартов. Допустим, при ряде патологий требуется выполнить компьютерную томограмму (КТ). Раньше не было возможности, и мы зачастую ее не делали, то есть стандарты соблюдали не полностью. А сейчас имеются все технические возможности для их соблюдения, для проведения более полного обследования пациента, что очень важно для постановки верного диагноза и определения тактики лечения.

Кроме того, компьютеризация облегчила жизнь врачам и с точки зрения экономии времени при заполнении документов – а уж, поверьте мне, документов врачи заполняют очень много! За большим количеством бумаг часто не хватает времени на нормальное общение с пациентом, что имеет огромное значение и в постановке диагноза, и, в конечном счете, в выборе лечения. Компьютерные технологии существенно нас разгрузили, но все-таки остается большое количество бумаг и отчетов, которые никому не приносят никакой пользы.

Еще раз повторюсь, что все новое приживается сложно, и особенно сложно перестроиться тем, кто в профессии давно, то есть нашим ветеранам, без которых мы не мыслим нормального функционирования наших поликлиник. У нас 40% врачей – и это наш золотой фонд – находятся в пенсионном и предпенсионном возрасте, и им гораздо сложнее начать работать по новой системе. Но это не значит, что невозможно, – они очень стараются, и у них порой получается гораздо лучше, чем у молодых, хотя усилий прикладывает им приходится больше.

– *Пришлось ли сокращать врачебный персонал в связи с реформой?*

– Врачебный персонал – однозначно нет. Сокращение коснулось в основном админи-

стративно-хозяйственного звена, а количество врачей и медсестер не изменилось.

– *Хотелось бы уточнить по поводу повысившейся доступности высокотехнологичных исследований. Вот, например, сколько приходилось ждать раньше КТ, МРТ и сколько времени в ожидании люди проводят теперь?*

– Все высокотехнологичные обследования, в том числе КТ, МРТ, теперь можно сделать в течение недели, ну, максимум, 10 дней после того, как врач или врачебная комиссия примут решение о необходимости проведения данной диагностической процедуры. Раньше с МРТ было крайне сложно. С КТ сложно, но возможно. Но ждали таких исследований люди месяцами.

– *Достаточно ли квалифицированных кадров, способных работать на новом оборудовании, поставленном в рамках программы столичной модернизации здравоохранения?*

– Отвечу в ракурсе своей обычной районной поликлиники – любой поход в систему здравоохранения начинается с нее. Да, действительно в районной поликлинике квалифицированные кадры есть. Не скажу, что у нас проводят много высокотехнологичных ис-

следований, но, с другой стороны, к примеру, раньше холтеровское мониторирование для нас было чем-то из ряда вон выходящим, а теперь оно вошло в обычную практику, его с успехом проводят, мы его делаем в достаточном количестве всем нуждающимся. Прекрасно работают молодые кардиологи – компетентные, инициативные кадры. Хотя, к сожалению, молодые в поликлиники редко идут, надо пытаться их как-то заинтересовать. И в этом направлении сегодня делаются шаги.

– *Что принесла пациентам электронная запись к врачам? Стало ли проще попасть к специалисту, на обследование или ситуация только усложнилась?*

– В первую очередь, пациентам стало удобнее. А если учесть, что вся информация теперь размещается в терминале, в Интернете, пациенты у нас стали более информированными о возможностях нашего лечебного учреждения. Они знают, врачи каких специальностей у нас появились, знают о видах исследований... Однако все же электронная запись – не единственный и не основной способ решения проблемы более доступного посещения врача. Если мы поставим все на электронный учет и даже позволим пациенту записаться к специалисту хоть с Луны, это еще не значит, что врач сможет принять больше пациентов, чем он в состоянии, – ведь у человека есть определенный ресурс. Поэтому электронная запись лишь отчасти решила проблему доступности медпомощи. Главное, что позволит ее решить, – это кадры. Важно, чтобы укомплектованность любой поликлиники была 100%.

Я не проводил исследований, просто посетил соседние районные поликлиники – и, по моим наблюдениям, в большинстве из них терапевтическое звено недоукомплектовано. С чем это связано? Наверное, со

сложной работой участкового врача, если тот работает с полной отдачей. Так что надо решать кадровый вопрос, разгружать участкового терапевта.

Еще по приказу Зурабова за каждым участком должно быть закреплено 1700 человек населения. К сожалению, у нас практически ни один участок не имеет такой численности – они все, мягко говоря, побольше. В нашей поликлинике, например, за участковыми терапевтами закреплено от 2000 до 3200 москвичей. Иногда из-за такой перезагруженности может страдать качество работы, но с этими трудностями мы справляемся.

– *С какими еще сложностями сталкиваются поликлиники в современных условиях? Какие еще остались недоработки, слабые звенья?*

– Все-таки позитивных изменений сегодня больше, чем каких-то шероховатостей, которые неизбежны при любой реформе. К тому же реформа идет, и говорить о ее завершении еще очень рано. Создания трехуровневой системы мало – нужно, чтобы она заработала, и, как у новой машины, все детали должны притереться друг к другу. Вот тогда уже можно будет сказать – нормальный это механизм или нет. У нас же в поликлинике проблемы те же, что и у здравоохранения всей страны. Повторюсь, что кадры решают все. Можно внедрить электронную запись, все обставить компьютерами – но откуда появится доступность, если чисто физически врач не сможет принимать больше пациентов? Я бы, например, не хотел попасть на прием к доктору 35-м по счету.

– *Что происходит с лекарственным обеспечением населения? Есть ли проблемы?*

– Я не буду останавливаться на каких-то мелких проблемах, которые решаются у нас на месте с доктором, с пациентом. Скажу, что стало общей нашей проблемой. Сейчас врачи выписывают рецепты по международным непатентованным наименованиям (МНН), а пациенты знают лекарства по торговым наименованиям и требуют именно их. И порой объяснить человеку очевидное – что действующее вещество в препаратах с разными названиями одно и то же – бывает чрезвычайно сложно.

– *Теперь пациенты получили возможность жаловаться на работу городских поликлиник через портал «Наш город». Вы уже почувствовали «народный контроль»?*

– Почувствовали, и даже очень. Жалобы нередко обоснованные, но бывают и, что называется, не по существу. Я думаю, что все неясные вопросы пациент должен решать в первую очередь с участковым врачом, а врач должен иметь терпение доказать пациенту свою правоту. Если этого по каким-то причинам не происходит, надо обратиться к заведующему отделением – первому начальнику доктора, который обладает достаточным авторитетом, чтобы уладить ситуацию. Очень часто конфликтные ситуации мы разрешаем тут же, на месте. И я бы хотел, чтобы пациенты, прежде чем обращаться на портал и в вышестоящие учреждения, подходили к непосредственному руководителю своего доктора, – и тогда большинство проблем снимется.

– *Насколько довольны врачи новой системой начисления заработной платы? Может, стоило оставить все по-старому?*

– Однозначно сказать сложно. Те, кто работает с полной отдачей, наверное, довольны. Ну а кто не в полной мере отдает себя специальности, наверное, недовольны. По новой системе мы работаем совсем немного и еще не смогли в полной мере почувствовать, хороша ли она. Но переход осуществляется плавно и не совсем болезненно для сотрудников. В любом случае старую систему оставлять было нельзя – она полностью себя изжила. За новой же системой будущее, но жизнь, уверен, будет вносить в нее коррективы.

– *Как вы считаете, врач и пациент – это равноправные партнеры?*

– Мне не нравится противопоставление пациента и врача. Барьер должен разделять две стороны: с одной – врач и пациент, а с другой – болезнь. И мы с пациентом по одну сторону этого барьера.



Первые врачи

СНАЧАЛА НУЖНО ПРОЙТИ ТЕРАПЕВТА



Казалось бы – что сложного в том, чтобы стать участковым терапевтом? Вот то ли дело кардиолог или офтальмолог – там учиться и учиться! Терапевт ведь должен всего-то и уметь, что направить пациента к коллегам-специалистам. Такое мнение, увы, бытует среди людей, плохо знакомых с врачебной работой. На самом деле профессия терапевта – одна из самых сложных и требующих огромного количества знаний в самых разных областях медицинской науки. Вероятно, поэтому очень немногие студенты-медики хотят становиться участковыми терапевтами – первыми врачами, к которым обращается пациент с любой жалобой.

О профессии, о кадровом дефиците и о том, как привлечь молодежь в терапевты, «Формуле жизни» рассказал главный терапевт Департамента здравоохранения Москвы Владимир ТЮРИН.

Зачем идти в терапевты?

– Когда я учился в мединституте, оказалось, что на моем курсе все хотят быть хирургами. А терапевтом быть не хотел никто. В общем, больше было некому – и я пошел в терапевты, о чем сегодня несколько не жалею, – начал разговор Владимир Тюрин. – Сегодня терапевтов не хватает в первичном звене. В поликлиниках работают врачи первого контакта. А это подразумевает очень большую нагрузку, которая требует не только умственных знаний и эрудиции, как, например, в стационаре.

В стационаре врач видит результаты своего труда – он вылечивает больного, а в поликлинике терапевта ждет большой объем однообразной работы – прием, рекомендации, выписка рецепта, и все по кругу... Не то чтобы грустно, но очень однообразно. Конечно, такое не все выдерживают. К каждому участку сегодня прикреплено огромное количество людей, пациентов много, а еще ведь необходимо делать обходы по вызовам – то есть нужно иметь и крепкие ноги.

Когда-то, в рамках российского нацпроекта «Здоровье», заработные платы терапевтам повысили, но сегодня они перестали существенно отличаться от других специалистов. То есть за длинным рублем в эту профессию уже никто не идет: экономический фактор стимулирования в последнее время не работает. В этой ситуации можно надеяться на новые, исключительные, ключевые роль и положение терапевта в структуре амбулаторно-поликлинических объединений. Работы прибавилось, но и зарплата, в соответствии с новой системой оплаты труда врачей, будет расти.

вилось, но и зарплата, в соответствии с новой системой оплаты труда врачей, будет расти.

Терапевт – всему голова

– В нашей системе терапевт – ключевая фигура. Неслучайно любой пациент поликлиники или амбулаторного центра, прежде чем попасть на прием к специалисту – кардиологу, неврологу, эндокринологу, должен сначала пройти терапевта. Необходимые обследования тоже назначает терапевт. Потом, по заключению узкого специалиста, терапевт проводит лечение, назначенное кардиологом, ревматологом, эндокринологом и пр. А консультации специалистов, допустим, того же эндокринолога, пациент получает по направлению терапевта раз в три месяца. Отсюда понятно, какая большая нагрузка и какая огромная ответственность ложится на плечи нашего рядового терапевта, – продолжает Владимир Петрович.

– Вероятно, поэтому студенты не особенно рвутся сегодня в терапевты?

– Такова тенденция во всем мире: студенты хотят быть узкими специалистами, что позволяет им совершенствоваться в одном направлении. У нас высокая инструментальная нагрузка, и в узких направлениях можно достичь больших вершин, а от терапевта требуется огромный груз знаний, и это, наверное, отпугивает. Потому что приходится отвечать на очень многие вопросы и брать на себя ответственность. К тому же профессия требует очень больших знаний, и это знания специалистов самых разных направлений.

– Получается, если студенты продолжают свою политику игнорирования столь важной медицинской профессии, через несколько лет может случиться так, что пациенты останутся совсем без терапевтов?

– Сегодня власти прекрасно понимают, что профессию терапевта нужно делать более привлекательной для молодежи. Поэтому в нескольких вузах города действуют специальные «московские» наборы: по договору, за бесплатное обучение студент потом будет обязан отработать в амбулаторно-поликлиническом звене по дефицитной специальности как минимум три года.

– Как ни странно, в результате реформ и создания амбулаторно-поликлинических объединений основные претензии пациентов не к терапевтам, а к транспортным трудностям и неудобствам...

– Проводимая сегодня реформа амбулаторно-поликлинического звена не всегда идет гладко, но она необходима. Действительно, некоторые пациенты начали жаловаться, что им слишком далеко добираться к узким специалистам, которые сосредоточены в амбулаторных центрах, или на анализы. Но в Москве уже есть положительные примеры решения этой проблемы. Например, 9-я городская поликлиника, что в ЮВАО, по графику, организовано привозит специалистов амбулаторного центра в филиалы. То есть больным никуда ездить не надо – специалисты приезжают к ним сами на спецтранспорте и осуществляют прием населения. Это избавляет пациентов от транспортных неудобств.

Диспансеризация должна быть всеобщей

Владимир Петрович вспоминает, как несколько лет назад была шумиха по поводу введения у нас врачей общей практики. Таких, как на Западе, – чтобы вели пациентов всю жизнь и знали все обо всех. Идея не прижилась. Врач общей практики в западном понимании – это специалист, который является врачом первого контакта, а значит, должен знать не только внутренние болезни, но и все остальные заболевания, а также уметь оказывать первую врачебную помощь в области неврологии, эндокринологии, кардиологии и пр. В России несколько иная ситуация. У нас в стране, к примеру, кардиологи занимаются

только лечением больных, тогда как кардиологи в западных странах выполняют и нагрузочные пробы, и коронарографию, сами делают все анализы. У нас совсем разные подходы, разные пути развития.

Доктор Владимир Тюрин приводит в пример советскую систему здравоохранения, которой, кстати, теперь восхищаются во всем мире и даже пытаются перенимать ее азы. Секрет был прост – огромное внимание в годы СССР уделялось именно профилактической медицине и, как одной из ее основных составляющих, – диспансеризации и профосмотрам всего населения страны. Теперь вернулись к всеобщей диспансеризации – по закону раз в три года все люди старше 21 года должны (могут) ее проходить.

Что же делать рядовому москвичу, если тот решит пройти диспансеризацию, какие первые шаги он должен предпринять? Разумеется, для начала записаться на прием к терапевту в районной поликлинике. В дальнейшем никаких проблем с прохождением диспансеризации возникнуть не должно. Терапевты составляют списки людей, проходящих обследования, и подают их в специальный кабинет, где пациентов распределяют в порядке очереди по специалистам и по диагностическим кабинетам. Диспансеризация начинается с измерения антропометрических и физиологических данных (рост, вес, пульс, артериальное давление), потом врач назначает ряд анализов и выдает направления к специалистам. Скрининг специалистов (а это – окулисты, неврологи, хирурги, проктологи, если в них есть необходимость) – это уже второй этап диспансеризации. И в это же время выполняются ультразвуковые, кардиографические исследования. На конечном этапе врач-терапевт подводит результат диспансеризации и определяет выявленные диагнозы, а также тех врачей, у которых пациентам предстоит наблюдаться.

Главный терапевт столицы также с воодушевлением относится к развитию в Москве Центров здоровья, которые должны стать существенной подмогой амбулаторно-поликлиническому звену (таких в городе уже 46 для взрослых и более 40 для детей). Профилактика должна стать одним из главных направлений в современном здравоохранении. Нам, терапевтам, это хорошо известно, – подводит итог доктор Тюрин.

ОБЪЕДИНЕНИЕ ПОЛИКЛИНИК ПОВЫШАЕТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ



Масштабные структурные и организационные изменения, начавшиеся в 2011 году, затронули практически все медицинские учреждения города. В Москве созданы амбулаторно-поликлинические центры.

Как воспринимают эти преобразования сами участники процесса – медицинские работники и пациенты? С этим вопросом мы обратились к главному врачу поликлиники №5 Андрею ТЯЖЕЛЬНИКОВУ.

– Городская поликлиника №5 – головное учреждение объединенных пяти поликлиник, расположенных в ЦАО Москвы. Максимальная удаленность одного учреждения от другого составляет не более 4 км, – рассказал нам Андрей Александрович. – Поначалу приходилось объяснять пациентам и докторам, что по московским меркам совсем недалеко и несложно доехать от одного нашего учреждения до другого. Вопросы возникают не только у больных, но и у самих врачей, ведь многие из них восприняли проводимую реструктуризацию настроенно, не понимая смысла объединения. Им разъясняли, что задача сделать объединяемые учреждения менее значимыми, чем головное учреждение, не стоит. Что существующие мощности будут сохранены, что, объединив ресурсы, мы поднимем их эффективность. Теперь вроде все адекватно воспринимают основную идею.

Взять хотя бы информационно-аналитическую систему ЕМИАС, которая объединит в единое информационное поле все процессы: от электронной карты и электронной записи, до контроля загрузки врачей, оптимизации расписания и др., что в результате сделает деятельность медицинских учреждений более эффективной для медицинского персонала и намного комфортнее для пациентов.

Внедрение этой системы и работа в ней требуют новых навыков от врачей и на нынешнем этапе заметно повышают их нагрузку, поскольку нам приходится обучать докторов (в чем нам помогает Департамент информационных технологий). Особенно нелегко освоение новых технологий дается сотрудникам старшего возраста. Тревожной также остается ситуация с кадровым дефицитом, уровнем подготовки специалистов, их образованием.

Оценили ли преимущества объединения сами пациенты? Конечно, определенные вопросы возникают, но мы стараемся не оставлять их без ответа. Наши руководители подразделений ведут серьезную разъяснительную, просветительскую работу среди пациентов. Работаем с центрами социального обслуживания, первичными ветеранскими организациями. В этой работе нам активно помогают депутаты муниципальных собраний, члены Совета ветеранов. Проводим школы и лекции, на которых рассказываем об особенностях организации объединений и предоставления медицинской помощи в новых условиях. Обратная связь также очень важна для совершенствования медицинской помощи: жалобы наших больных помогают понять, что в механизме работает не так.

Сейчас и пациенты и врачи уже стали привыкать и находить преимущества в объединении. Вот некоторые из них:

- Рациональное использование ресурсов, а также времени и усилий пациента. Для более качественного исследования пациентов направляют в отделения, где имеется необходимое новейшее оборудование. Это также позволяет исключить дублирование исследований. Раньше медучреждения иногда не довольствовались результатами уже сделанных исследований, и пациенту

приходилось делать их заново в очередной клинике, куда он обращался.

- Проанализировав, где какое оборудование расположено, какие специалисты работают, можно правильно выстроить маршруты движения пациентов, чтобы в более короткие сроки они получали более эффективную помощь.

- В случае временного отсутствия врача можно оперативно реагировать и направлять пациентов из одного лечебного учреждения в другое, то есть исключить провалы в сроках ожидания приема.

- Можно направить доктора в другой филиал, если свой специалист там отсутствует. Если бы не было объединения, то это было бы практически невозможно. В рамках единой организации это становится реальностью.

- Возможность перераспределения ресурсов (в особой мере актуальна для специалистов узкого профиля).

- Организация консультативных дней позволяет загрузить докторов тех специальностей, которые не имеют ежедневной востребованности.

- Экономический эффект от создания амбулаторно-поликлинического центра. Раньше, например, на уборку поликлиник, производственных и хозяйственных помещений тратилось больше средств, нежели сейчас. Размещая единый заказ на все учреждения объединения, удается добиться серьезной экономии. В условиях одноканального финансирования сэкономленные деньги можно расходовать на повышение заработной платы.

- Сокращаются сроки ожидания приема у специалистов, исчезают провалы в оказании медицинской помощи, повышается доступность исследований.

Сестринское дело

ПРОФЕССИЯ ТРЕБУЕТ УВАЖЕНИЯ!



Счастье быть сестрой милосердия

К сожалению, так уж исторически сложилось, что к профессии медсестры отношение у нас, мягко говоря, как к необходимому обслуживающему персоналу. Одно дело врач – он ученый, ему доверяют, его слушают с уважением. А медсестра – так, девушка в белом халате, которая умеет обращаться с клизмой и при случае поставить капельницу. С такой позицией категорически не согласна, как про неё говорят, «сестра милосердия от Бога» – главная медицинская сестра ГБУЗ «Городская клиническая больница №12 Департамента здравоохранения города Москвы» Татьяна АМПЛЕЕВА.

думала и не мечтала, что когда-то мне придется осваивать вопросы организации и управления сестринской службой. Еще со школьной скамьи у меня была цель стать не просто медицинской сестрой, а именно операционной медицинской сестрой – я просто бредила этой мечтой. И она сбылась! На распределении я так и сказала – буду только операционной сестрой. И я 18 лет простояла за операционным столом, и каждый Божий день была счастлива! Работа приносила мне удовлетворение! Главной же медицинской сестрой я работаю с 2007 года – и сейчас работа на этой должности тоже стала приносить удовлетворение и положительные эмоции. Когда ты видишь, что помогаешь сестричкам в работе, что-то им подсказываешь, привносишь в профессию какие-то новые идеи и что выписывающиеся пациенты уходят от нас со словами благодарности, причем благодарности искренней, от всего сердца, – да только ради этого стоит работать!

Кто и сколько платит медсестре

Сестринское дело – это отдельная стезя. И если копнуть поглубже в историю и вспомнить основательницу сестринского дела англичанку Флоренс Найтингел, то она пропагандировала именно милосердие. В этой профессии не может быть случайных людей. Например, нередко в сестры идут только потому, что провалили экзамены в вуз...

– Я уверена, что должен быть серьезный отбор людей, которые хотят и горят желанием помогать людям. А уже только потом должен решаться вопрос о вознаграждении. Конечно, профессия эта тяжелая и должна достойно оплачиваться. Но в наше время сестринский персонал получает хорошие зарплаты. Про мой коллектив могу сказать, что у нас сестрички не обижены. С мая мы перешли на новую систему оплаты труда, и многое зависит от квалификации, от стажа. Не скажу, что у нас кто-то что-то потерял, – рассказывает Татьяна Викторовна.

Она поясняет, что начинающая медсестра с дипломом сначала проходит практику, а в июле начинается процесс трудоустройства. Так вот стартовая зарплата московской медсестры начинается с 20–22 тысяч рублей. Сестра же с десятилетним стажем работы, имеющая высшую категорию, получает уже 40–45 тысяч рублей, что не так уж и плохо. Кстати, первым, кто «наверху» вспомнил о сестринском деле, был вице-мэр Правительства Москвы Леонид Печатников – именно он озабочился давней проблемой, что в московском здравоохранении на одного врача приходит-

ся всего две медицинские сестры. В странах Европы норма – не менее четырех сестер на одного доктора. Так что если мы хотим улучшить качество медпомощи, нагрузку на медицинскую сестру надо снижать, – делится наболевшими проблемами Татьяна Викторовна. От существующей высокой нагрузки, считает Амплеева, и растут ноги актуальной для города проблемы ухода за лежачими больными. Не секрет, что люди, сталкиваясь с тяжелой болезнью близкого человека, порой вынуждены бросать работу, чтобы самостоятельно ухаживать за ним или отдавать все заработанное на платных сиделок. Тогда как вообще-то эти функции должны выполнять медицинские сестры.

– В нашей больнице тоже есть тяжелые лежачие – в неврологическом отделении, в отделении мозгового кровообращения. Сестринский уход за такими больными никто не отменял, и это наша основная задача. Но в Москве медсестер не хватает не только в пересчете на одного врача, но и в пересчете на пациентов. Сестра физически не может обеспечить стопроцентно качественный уход за лежачим больным – ведь на нее приходится по 30 пациентов. Просто нереально всех умыть, причесать, накормить, перестелить им постель... Надо расширять штат сестер, чтобы на каждую приходилось не более 10 больных, – тогда можно говорить о качестве, и никаких платных сиделок не потребует, – считает Татьяна Викторовна.

Высшее сестринское образование

В городе работают два крупных центра по повышению квалификации специалистов сестринского образования. Повышению престижа профессии способствует регулярное проведение городских конкурсов – например, лучшую медицинскую сестру ежегодно выбирают во время проводимого Департаментом здравоохранения конкурса «Формула жизни».

– У меня есть пожелание к организаторам «Формулы жизни». В номинациях конкурса представлено много врачей различных специальностей, а что касается среднего медперсонала, то тут все очень коротенько – единственная номинация называется «Медицинская сестра года». А ведь у нас тоже много специальностей! Есть медсестра палатная, есть операционная, перевязочная, процедурная, медсестра отделения анестезиологии... И, конечно, выделять под все это многообразие одну номинацию «Медсестра года» – неправильно. Хотелось бы, чтобы нас тоже различали по специальностям. Ведь никак нельзя сравнивать операционную сестру

с палатной. Сегодня сестры могут постоянно совершенствовать свой образовательный уровень. Большое достижение состоит в том, что теперь сестры получили возможность карьерного роста в плане обучения. Где-то с 90-х годов у них появилась возможность получать высшее сестринское образование. Увы, когда я заканчивала медучилище, среднее медицинское образование было потолком. Но сегодня в России уже есть сестры – кандидаты медицинских наук, правда, докторов медицинских наук среди медсестер, как на Западе, пока нет. И еще. Мы были бы рады, если бы в рамках программы модернизации для медсестер проводили мастер-классы по работе на новом оборудовании, – поверьте, наши сестры очень любят учиться, – продолжает Татьяна Амплеева.

Специалистов-москвичей становится больше

Кадровый дефицит среднего медперсонала в Москве довольно-таки высок. Кто-то говорит о 70%-ной занятости, кто-то дает цифры большие или меньшие, но в больнице, где работает Амплеева, кадрового дефицита нет вообще: система отбора кадров выстроена очень грамотно, да и человеческий фактор играет роль. Все хотят работать именно здесь – под чутким руководством главной медсестры Татьяны Викторовны. Пока мы беседуем с ней, рядышком мнутя несколько студенток, которые вот-вот закончат свою практику и придут работать в больницу в качестве профессиональных медсестер. Практически все во время практики интересуются – есть ли вакансии? Ежегодно здесь набирают молодежь – причем, не по 2–3 выпускника медучилища, а сразу по 20–23.

– На этапе прохождения практики я имею право отбирать лучших, которые способны работать. Из года в год я с удовольствием беру молодых специалистов. Конечно, кто-то из них не выдерживает: ведь одно дело – практика, другое – повседневная жизнь. Но большинство остаются, и это здорово. Был период, когда был массовый отток кадров, и Москве приходилось брать персонал из Подмосковья, Тулы. Сейчас, конечно, тоже работают сестры из ближайших городов, но таких очень мало. Основная масса специалистов – москвичи, – рассказывает Амплеева.

Она отмечает, что Департамент здравоохранения Москвы всегда идет навстречу и всячески поддерживает работу московской Ассоциации медсестер под руководством Валентины Царевой, о которой сама Татьяна Амплеева, член правления Ассоциации, говорит с придыханием:

– Вот – настоящий герой своего дела, на которого мы все должны равняться. Всю свою жизнь она положила на эту работу. Очень хотелось бы, чтобы для медицинских сестер ввели специальную награду. Я бы, например, предложила учредить медаль «За милосердие», – заканчивает наша собеседница и спешит к своим подопечным, которые ждут ее, сестру милосердия, как Бога.



Такая работа

ТРИ БОЛЬНИЦЫ У ТРЕХ ВОКЗАЛОВ

С тех самых пор как в России отменили медицинские вытрезвители, часть пьющей общественности облегченно выдохнула – все, куда вы от нас не денетесь, можно пить и куролесить сколько угодно. Зато горько вздохнули обычные врачи клинических больниц. Потому что теперь беспокойных, опустившихся граждан везут именно к ним.

Воспоминания о вытрезвителе

В законе об основах охраны здоровья граждан сказано, что государство обеспечивает охрану здоровья независимо от места жительства граждан. Согласно имеющимся данным органов внутренних дел города Москвы, ежегодно за год регистрируется более 6 тысяч выездов бригад станций скорой и неотложной медицинской помощи для оказания помощи гражданам, относящимся к категории «бомж». Медики не имеют права отказать в госпитализации бездомному, хоть он грязный и вшивый. Так сложилось, что в Москве основная нагрузка в работе с бомжами легла на несколько городских больниц, расположенных в территориальной близости от трех вокзалов. Медицинскую помощь в них оказывают вне зависимости от наличия российского гражданства, от того, есть ли у человека документы или нет.

Заведующий приемным отделением 57-й больницы Остроков Николай Иванович сетует именно на эту, самую неприятную категорию больных.

– Понимаете, мы, как врачи, обязаны оказать помощь любому гражданину. Но как только отменили медвытрезвители, так повезли нетрезвых к нам. Человек перебрал, валяется на улице, и его привозят сюда. Но не забудьте, что в больнице лежат и обычные добропорядочные граждане, плановые больные, пациенты с разными заболеваниями. И они вынуждены мириться с соседством этих, согласитесь, не совсем удобных в быту граждан.

Когда привозят так называемых лиц без определенного места жительства, у них сплошь и рядом встречается педикулез. И мы вынуждены после обслуживания такого пациента закрывать кабинет, в котором он находился, на два часа для санобработки. Согласитесь, что в условиях действующей клинической больницы в Москве это форс-мажор. А делать нечего – больной. Нам кажется, что необходимо либо возвращать институт медицинских вытрезвителей, либо выдумывать что-то еще.

Во дворе больницы по причине жаркой погоды и запрета на курение отдыхают как раз такие граждане, получившие травмы по пьяному делу. Делятся впечатлениями от своих подвигів. Кто и как по пьянке получил по физиономии, кого по той же причине избили, а кто сам свалился и не помнит даже, где был обнаружен и как доставлен в клинику. Спрашиваю ребят, а как вы относитесь к вытрезвителям и так называемым спецтравам? (Были такие больницы, в которые доставляли пострадавших по пьяному делу). Хлопцы аж вздрогнули. Нет, там штраф платить надо, там еще неясно, когда выпустят, а если еще дальше пойти, то так и ЛТП возвратят. Нет, они против.

Так что же делать? ЛТП и другие суровые меры в свое время не помогли. Вытрезвители есть вытрезвители, там медпомощь не оказывают. А люди тем не менее продолжают получать по пьянке травмы. Наверное, практика пресловутых больнично-спецтравмы имела какой-то смысл.

Такие же граждане

– Наша больница – ближайшая к трем вокзалам – многопрофильная, мощная, с поликлиникой, травматологическим пунктом, – говорит **главный врач ГKB №14 Шамиль Гайнулин**. – Несомненно, люди без определенного места жительства обладают всеми правами на медицинскую помощь, и больница, насколько возможно,

выполняет функцию их социального обихаживания.

Московская ГKB №36 также оказывает помощь всем категориям граждан, включая граждан с утерянными документами, в том числе лицам без определенного места жительства.

– Любопытно, независимо от его статуса, который обратится к нам, получает в полном объеме медицинскую помощь, – заверил **главный врач ГKB №36 Александр Митичкин**. – При этом надо отметить, что возмещение затрат (хотя не полное) происходит по системе ОМС. Это полноценный объем определенной стандартом медицинской помощи, который включает прием и санобработку больного, диагностику и лечение по тому заболеванию, с которым он попадает к нам в стационар. Кроме того, в соответствии с действующим распоряжением Департамента здравоохранения эта категория пациентов обеспечена дополнительными льготами, в частности, размещением в 1–2 местных палатах. За 2012 год через ГKB №36 прошло 300 асоциальных граждан и лиц бомж, 163 из них госпитализированы.

В приемное отделение больниц бомжей из общественных мест, как правило, привозит



скорая помощь. Почти все они страдают педикулезом, чесоткой, нередко туберкулезом.

– Особую нагрузку у нас несут отделения токсикологии и токсикологической реанимации, – рассказывает **Шамиль Мухтарович**. – Сюда попадают люди, которые злоупотребляют алкоголем, наркотиками, или «случайно» отравившиеся. Последние – самоубийцы, которые обычно говорят нам: «Я случайно выпил уксус». Но никто им не верит, когда видят, что до этого пациент вскрывал вены. Конечно, поступают эти больные чаще по скорой, но не только – иногда, как мы говорим, «самотеком». В 2012 году таких асоциальных лиц в эти отделения поступило соответственно 317 и 2663. Третье отделение – венерологии. Этих пациентов нам привозит полиция – на базу другого нашего учреждения, на улице Короленко. Кстати, это единственное отделение в Москве, куда пациентов доставляет полиция.

– Данный контингент пациентов поступает в больницу через то же приемное отделение, что и все остальные больные для планового лечения, – сетует **заведующий приемным отделением ГKB №14 Геннадий Семилетов**. – Хотя приемные отделения для них должны бы устраиваться совершенно отдельно. Сейчас по закону изолировать их мы не имеем права. У нас есть отдельная смотровая, где доктор осматривает таких пациентов. Но входная дверь в отделение одна. Мы, конечно, стараемся максимально оградить остальных больных от асоциальных элементов.

Поступают бомжи, хотя и значительно реже, в ГKB №57.

– В соответствии с системой организации медпомощи в больнице им оказывается весь необходимый объем помощи, а также предоставляется отдельная палата, – говорит **главный врач Ирина Назарова**. – К сожалению, таких больных часто отли-

чают несоблюдение больничного режима и, мягко говоря, отсутствие приверженности к рекомендациям врача.

Прием таких больных происходит в соответствии с санитарно-эпидемиологическим режимом приемного отделения – проводятся бесплатная санитарно-гигиеническая обработка, дезинсекция одежды и вещей, выдача им сменной одежды, белья и обуви. Проводится с соблюдением мер безопасности для самого медперсонала, который осуществляет санобработку (стрижет, моет и переодевает) пациентов в перчатках и халатах. Но нередко медработникам, оказывающим помощь, грозит опасность и другого рода.

– Самое тяжелое – это человеческий фактор, – вздыхает **Геннадий Семилетов**. – К угрозам мы уже привыкли, угрозы – ерунда. Но несчастным докторам зачастую приходится терпеть хамское отношение к себе, выслушивать оскорбления. Приходится себя сдерживать, но, к сожалению, и у врачей иногда сдают нервы... Надо снять шляпу перед докторами, санитарками, медсестрами, которые таких больных стригут, моют, одевают, кормят, устраивают, лечат. Героически сражаются наши токсикологи с наркоманами, лицами в алкогольном опьянении. От них особенно достается медперсоналу. Ведут они себя совершенно неадекватно, агрессивно, при том, что зачастую это вовсе не бомжующие, а вполне благополучные, обеспеченные люди. Надо такого человека привести в порядок уже на этапе приемного



отделения, чтобы он не пугал, не шокировал приличных людей в стационаре – ведь госпитализируется он в то же самое отделение.

Геннадий Семилетов считает, что в свое время допустили ошибку, отменив ЛТП. Люди жили в профилакториях, лечились от алкоголизма, получали психологическую поддержку. Сегодня они никому не нужны.

– Многие поступают к нам просто потому, что перебрали дозу, а в состоянии алкогольного опьянения их некуда девать, – говорит он. – Скорая помощь его не может бросить. И получается, что люди, которые не нуждаются в медицинской помощи как таковой, поступают к нам просто потому, что упразднили медвытрезвители. Работа с ними отнимает много сил и времени: нужно снять возбуждение, постоянно присматривать. Конечно, это отвлекает силы, с учетом того, что идет большой поток пациентов, а количество медперсонала ограничено.

Бомжи – это не только люди, нуждающиеся в нашей поддержке, оказавшиеся в экстраординарной жизненной ситуации, но и те, кто представляет медицинскую, санитарную, социальную угрозу для окружающих, поскольку несет в себе различные опасные заболевания: это и гепатит, и ВИЧ, и туберкулез... Медики говорят, что один больной туберкулезом может в течение года заразить десятерых контактирующих с ним людей. А в благоприятных для распространения микобактерии условиях – до 100 и более человек. По данным врачей, один из этих десяти заболеет, а остальные будут инфицированы. Если не выявлять вовремя такие случаи, то распространение болезни может начаться в геометрической прогрессии. По словам **заведующего приемным отделением ГKB №36 Вадима Аблетаева**, по ряду социально значимых инфекций бомжи и асоци-

альные граждане являются группой риска, они проходят медицинское обследование на предмет наличия у них кожно-венерологических, инфекционных и паразитарных заболеваний. При обнаружении симптомов вызывается инфекционист, и больного переводят в инфекционную больницу.

Вылечить организм – не значит спасти человека

В силу определенной специфики работы врачи, медперсонал приемного отделения имеют надбавки к зарплате за вредность, а врачи приемного отделения и отделения токсикологии – еще и дополнительные дни отдыха к отпуску.

– Это особая работа, – делится **Геннадий Семилетов**. – И, конечно, тут нужна особая психика. Приемное отделение – это вообще передний край, где происходит первый контакт работников медицинского учреждения с пациентом, который ведет себя по-разному, порой как враг по отношению к медперсоналу. Когда его определяют в стационар, он уже совершенно другой, успокоенный – весь негатив выливается в приемном отделении.

– Да, это работа на переднем крае, – вторит коллеге **Вадим Аблетаев**. – В ГKB №36, принимая на работу персонал, акцентируют внимание новичков на такой дополнительной нагрузке, как работа с асоциальным контин-



гентом. Не всем это нравится, кто-то, узнав об этом, сразу уходит, а кто-то остается.

– Основная нагрузка ложится все-таки на средний и младший медицинский персонал, – говорит **Вадим Владимирович**. – Эти девушки берут на себя тяжесть специфичной работы с бомжем. Обработанный, помытый, переодетый – отделение принимает его уже в относительно цивилизованном виде.

Особое сочувствие у **Вадима Аблетаева** вызывают бомжи, которые оказались в этом положении в определенной степени случайно, в силу неудачно сложившихся жизненных обстоятельств: «Обидно, когда интеллигентный человек не по своей воле вынужден вести такой образ жизни». Такие еще не потеряли ни человеческого облика, ни профессиональные навыки. Они еще стремятся, пусть и вяло, восстановить свой социально-трудовой статус.

Любой такого рода пациент несет в себе целый комплекс проблем, даже не столько медицинских, сколько социальных. Но очевидно, что лечебные учреждения, оказывающие неотложную медицинскую помощь, не могут брать на себя функции органов социальной защиты.

– Когда эти пациенты от нас выписываются, мы готовы оставить им одежду для того, чтобы они могли жить дальше. Для этого у нас есть специальный фонд, – говорит **Вадим Аблетаев**. – Оказав медицинскую помощь, пролечив бомжа, медики обязаны освободить койко-место для лечения других больных, потому что койка должна напряженно работать в течение всего года.

Бомжей нужно спасать в человеческом плане, но здесь мы подходим к самой, пожалуй, трудной задаче: возвращению бомжей в общество путем не клинического, а социального лечения. Эффективных методов здесь, в отличие от медицины, пока не найдено.

Плоды модернизации

СПАСЕНИЕ ЖИВЫХ ДУШ

С прошлого года наша страна перешла на новые критерии живорождения. Это значит, что врачи теперь обязаны выхаживать детей, буквально помещающихся на ладошке, мозг которых весит, как пять одноразовых пакетиков с сахаром, а кишечник выглядит, как стержень авторучки. Таких крох в столице спасают самые высококвалифицированные и сердечные врачи. О работе неонатологов, о ситуации, сложившейся с выхаживанием детей с экстремально низкой массой тела, «Формуле жизни» рассказывает главный неонатолог столицы Ирина СОЛДАТОВА.

500 граммов жизни

Согласно принятым во всех цивилизованных странах, а теперь и в России критериям ВОЗ, жизнеспособными признаются дети с экстремально низкой и очень низкой (от 500 граммов) массой тела, которые вызревали в чреве матери всего 22 недели. То есть родились почти на половину срока раньше. В прошедшем году в городе родились 428 таких ребеночка – 228 из них выжили.

– В принципе, это очень хорошая цифра, если учесть, что по новым критериям мы действуем меньше года и раньше совсем не умели выхаживать таких крох. Еще год назад мы таких детей не спасали, не регистрировали, они считались даже не людьми, признавались совершенно нежизнеспособными, – рассказывает доктор Солдатова. – В странах Европы, где такие критерии введены уже многие годы, в среднем спасают 80% таких детей; у нас же в первый же год показатели выживаемости достигли 60%. Это произошло благодаря огромному профессионализму врачей и существенной, в том числе материальной, поддержке со стороны Правительства Москвы и руководства Департамента здравоохранения столицы.

По словам Ирины Геннадьевны, хотя общий процент недоношенности уменьшается (сегодня это 6% от всех родов), к сожалению, среди всех недоношенных пугающими темпами растет количество детей, рожденных как раз с экстремально низкой массой тела. Почему так происходит? Процент преждевременных родов, как правило, велик в не совсем здоровых семьях. Чем старше мама, чем чаще она беременеет, чем больше у нее вредных привычек, тем выше риск преждевременного рождения.

– Здесь большую роль должна играть женская консультация. Необходимо объяснять женщинам, что нужно предохраняться, что рожать погодков опасно для здоровья и мам, и самих малышей, ведь организм просто не успевает восстановиться после родов! Очень часто недоношенные появляются в асоциальных семьях. У нас, увы, размывается понятие института брака, в стране много гражданских союзов, и не все с должным вниманием подходят к вопросам продолжения рода. Многие недостаточно обследуются, не соблюдают рекомендаций врача, подвергают риску здоровье свое и ребенка, – продолжает Солдатова.

На реанимацию необходимы средства от ОМС

Для выхаживания детей с экстремально и очень низкой массой тела городу пришлось закупить огромное количество высокотехнологичного оборудования.

– Все по-разному оценивают программу модернизации, кто-то даже недоволен. Но я считаю, что такого рывка в оснащении медицины до сих пор никогда не было, и это огромный плюс для нашего здравоохранения! Для выхаживания недоношенных новорожденных закуплено огромное количество первоклассной тех-



ники – аппараты, приборы, специальные инкубаторы – порой подобную не найти даже в наиболее продвинутых клиниках развитых стран Европы. Сегодня у нас созданы все условия для выхаживания этих детей; благодаря программе модернизации мы открыли очень много коек для их реанимации. Ведь таким крошкам необходимо проводить по 2–3 месяца в реанимации, пока они не доберут необходимый вес – хотя бы до килограмма – и не смогут дышать самостоятельно, – рассказывает главный неонатолог Москвы.

Кстати, для выполнения стандартов ВОЗ пришлось пойти на беспрецедентные расходы. Известно, что всего один день реанимационных мероприятий для младенца с экстремально низкой массой тела обходится минимум в 4 тысячи евро. Если же у недоношенного ребенка развиваются осложнения, стоимость его выхаживания может вырасти в разы.

– В Филатовской больнице, где я работаю, и в других детских клиниках и родильных домах Москвы содержание, лечение и выхаживание новорожденных детей с экстремально низкой массой тела оплачивается из средств ОМС только до 30 суток пребывания в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Остальные расходы на лечение и выхаживание таких уникальных пациентов берут на себя сами детские больницы города Москвы. Надеюсь, скоро ситуацию пересмотрят и все расходы по реанимации этой группы детей нам будут компенсировать из средств обязательного медицинского страхования. Ведь речь идет о самой высокотехнологичной помощи из всех, которые можно предоставить! – отмечает Ирина Геннадьевна.

Клиники для женщин с преждевременными родами

Про врачей, которые занимаются этой героической, очень сложной и очень ответственной работой, можно говорить только в возвышенных тонах. Это реаниматологи, анестезиологи, неонатологи – их квалификация настолько высока, что они способны выполнять у таких крошек, которые, кста-

ти, могут умереть даже от обычного прикосновения, сложнейшие хирургические операции. Это уникальные, штучные специалисты! Огромную роль играет человеческий фактор. Эти врачи любят своих маленьких пациентов, вкладывают в них огромную часть души. Смотреть на это трогательно до слез.

В конце мая в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова состоялись две сложнейшие, уникальные кардиохирургические операции у детей с экстремально низкой массой тела (по 400 граммов), которым было всего две недели жизни. Операции проводились по поводу закрытия открытого артериального протока. И они прошли успешно – специалисты сработали буквально филигранно!

Разумеется, женщин с преждевременными родами в Москве везет далеко не в любую больницу – лишь ряд клиник имеют отделения реанимации и интенсивной терапии самого высокого уровня. В таких клиниках могут оказать помощь новорожденному с любой патологией – хирургическую, неврологическую, кардиохирургическую, реабилитационную и пр. В Филатовской больнице есть такая реанимация и есть возможность проведения всех этих сложнейших операций в стенах одного учреждения. Кроме того, недоношенных с экстремально низкой и очень низкой массой тела в Москве выхаживают в больницах №№8, 6, 70-м перинатальном центре, а также в 7-й, 13-й детских ГКБ, Тушинской больнице.

Теоретически женщины с угрозой преждевременных родов должны наблюдаться в перинатальных центрах и поступать на роды в их роддом, оборудованные специализированными реанимациями для недоношенных. Однако, увы, преждевременные роды далеко не всегда можно с точностью спрогнозировать. И иногда женщины с ранними схватками и кровотечениями попадают в обычный роддом (спасибо той же программе модернизации – сегодня любое учреждение родовспоможения оснащено отделением реанимации), там детям оказывают необходимую помощь, но как только они немного окрепнут, их переводят в специализированные реанимации.

Реабилитация после реанимации

Врачи не скрывают, что не только у нас, но и везде в мире, дети, рожденные с экстремально низкой массой тела, в 80% случаях становятся инвалидами – по слуху, зрению или опорно-двигательной системе, у них нередко развивается ДЦП.

– У нас меняется реанимационная тактика ведения этих детей, она становится более щадящей, менее агрессивной – и тогда исход, конечно, более благоприятный. После выписки из роддома эти дети прикрепляются к специально созданным в Москве центрам восстановительного лечения с кабинетами катамнеза для наблюдения за недоношенными детьми и детьми с перинатальной патологией (центров всего 10). Там на приемах у врача им отводится больше времени, работают педиатры с навыками неонатолога, неврологи, офтальмологи, хирурги, ортопе-

ды, психологи, логопеды, физиотерапевты. Например, в 70-м перинатальном центре есть прекрасное отделение реабилитации для детей с задержками психомоторного развития – там они могут лежать вместе с мамами. Во время реабилитации дети проходят различные процедуры, в том числе лечебную физкультуру, массаж, посещают бассейн. С ними работают психологи, логопеды, – рассказывает Ирина Солдатова.

Некогда одной из серьезнейших проблем считалось кормление новорожденных с экстремально низкой массой тела. Некоторые специалисты полагали, что такие дети вообще не нуждаются в приеме пищи и лучше некоторое время их не трогать. Сегодня же признано, что лучшей едой для них является материнское молоко.

На сегодняшний день наметилась прекрасная тенденция и в России, и в Москве – во всех отделениях реанимации стараются кормить таких детишек грудным молоком, потому что это самый полезный продукт, защищающий детский организм от инфекций. Известно, что дети, которые получают грудное молоко, вырастают более талантливыми, у них выше интеллект. Молоко вводят по специальным зондам, однако его дополнительно обогащают белком, в котором у детей с экстремально низкой массой тела повышенная потребность.

– У нас есть прекрасный пилотный проект по иммунопрофилактике недоношенных детей весом до полутора килограммов, а также детей с бронхолегочной дисплазией и врожденными пороками сердца против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции. Таким младенцам мы делаем уникальную дорогостоящую иммунопрофилактику. Одна только инъекция стоит 40 тысяч рублей, и таких мы вводим каждому ребенку по пять. Москва – единственный субъект федерации, где есть такой пилотный проект, на него выделены огромные средства – более 130 миллионов рублей. Эта иммунизация ослабленным детям просто необходима – ведь будет жалко потратить столько сил на их выхаживание, чтобы в результате они не пережили какой-нибудь банальной простуды и развившейся вследствие ее тяжелой бронхолегочной дисплазии. И мы получили очень хороший эффект: уменьшается инвалидизация, снижается процент задержек развития, дети не погибают, сокращаются сроки госпитализации, мы экономим лекарства для лечения тяжелых болезней, да и прогнозы у таких детей улучшаются, – рассказывает Ирина Солдатова.

Требуются врачи и медсестры

Недавно в Москве принят «Порядок оказания кардиологической, кардиохирургической и хирургической помощи новорожденным с критическими врожденными пороками сердца (ВПС) и недоношенным детям с открытыми артериальными протоками в родильных домах и стационарах города Москвы». Создаются две выездные бригады, которые будут помогать в постановке диагнозов в сложных случаях новорожденным детям, находящимся в родильных домах и детских больницах, и



Плоды модернизации

оказывать консультативную и хирургическую помощь, переводить нуждающихся крошек в реанимации.

В связи с новыми стандартами городу требуются высококвалифицированные детские врачи и медсестры – без них выхаживание детей с экстремально низкой массой тела, которых, увы, становится все больше, просто невозможно. Для этого разработана программа непрерывного медицинского образования и создано общество московских неонатологов, которые регулярно встречаются, чтобы обсудить возникающие проблемы и пути их решения. Планируется обучить около 100 специалистов-неонатологов за рубежом: Департамент здравоохранения Москвы уже заключил договора с ведущими клиниками Европы, Германии, Израиля и Америки. Врачи мечтают, чтобы стажировки за рубежом смогли проходить и наши медсестры, поскольку от их качественного ухода зависит очень многое.

– Мы только в начале пути, но мы понимаем, куда движемся, что нужно сделать. И главное – руководство Департамента здравоохранения поддерживает наши начинания, одобряет нас, нам выделяют деньги, потому что долг врача – бороться за каждую жизнь, – заключает Ирина Солдатова.

Сегодня Москва славится лучшими в стране роддомами и женскими консультациями – не случайно в последние годы рожать в столицу едут люди не только из других городов, но и из других стран. За последние год-два произошло немало нововведений, благодаря которым в Москве снижается материнская и младенческая смертность.

Как рассказал новый главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения столицы Александр Конопляников, сегодня в Москве работают 32 акушерских стационара, подведомственных Департаменту здравоохранения, в том числе родильных домов – 17, акушерских отделений ГКБ – 12, один Центр

планирования семьи и репродукции. Закрыты на капитальный ремонт 5 учреждений.

Москва достигла европейских показателей (перинатальная смертность в городе составляет 9,6 на 1000 новорожденных; материнская – 21,6 на 100 тыс. живорожденных). Огромную роль в этом сыграла программа модернизации. По итогам прошлого года количество родов, проведенных в акушерских стационарах Департамента здравоохранения города Москвы, составило 128 879 (в 2011 году – 120 941). Город постоянно из года в год выделяет бюджетные средства на проведение высокотехнологичных процедур, которые относятся к классу вспомогательных репродуктивных технологий. Самая известная и популярная среди них – ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). Страдающие бесплодием москвички, имеющие показания к ЭКО, имеют право на проведение двух бесплатных попыток. Город оплачивает для них

самые дорогие препараты для стимуляции овуляции, и после прохождения всех необходимых процедур многие обретают материнское счастье. Правда, для участия в программе необходимо соответствовать ряду критериев: быть не старше 38 лет и иметь веские показания для проведения ЭКО.

Уже несколько лет в Москве проводят тотальный генетический пренатальный скрининг всех беременных. Он позволяет выявлять генетические пороки развития ребенка еще до его рождения. Все беременные, состоящие на учете в женских консультациях города, обязательно проходят пренатальную диагностику – с 2009 года все мероприятия в этой области финансируются городским бюджетом.

В Москве работают два отделения пренатальной диагностики: в ЦПСИР, родильном доме №17, а также два отделения экстракорпорального оплодотворения – в ЦПСИР и в родильном доме №17.



Фармакология и дилетанты

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ



Лучше сразу обратиться к врачу

– Клиническая фармакология – одна из самых сложных специальностей в медицине, так как выстраивает взаимоотношения между пациентом, врачом и лекарственными препаратами, – говорит наша собеседница. – К сожалению, иногда наши пациенты ориентируются на рекомендации не специалистов, а знакомых. Так уж в нашей стране повелось – не доверяют врачам, консультируются с родственниками.

За чистую монету принимая агрессивную рекламную информацию о лекарственных препаратах, самостоятельно начинают «разрабатывать» схему лечения. Это недопустимо, так как назначение любого лекарственного препарата требует знания основ фармакокинетики и фармакодинамики. Такими знаниями обладает только специалист – врач.

Доктор определяет, какой препарат нужно применить в каждом конкретном случае и в какой комбинации с другими лекарственными средствами. Врач знает, что разные больные по-разному реагируют на один и тот же препарат. В идеале каждое

современные люди принимают больше лекарств, чем в прежние времена, особенно это касается безрецептурных препаратов, большинство из которых больные назначают себе самостоятельно. Согласно приводимым экспертами данным, 16% случаев госпитализации в США связаны с последствиями некорректного применения лекарственных средств. В России, где их оборот регулируется значительно слабее, эти цифры неизвестны. Медики серьезно обеспокоены ситуацией. О том, чем чреват бесконтрольный прием продукции фарминдустрии, нам рассказала клинический фармаколог больницы ГКБ №12 Елена ТЕРМОСЕЦОВА.

назначение нужно рассматривать как эксперимент, в ходе которого должна быть проверена гипотеза об эффективности и безопасности лекарственного средства для конкретного больного. То есть речь идет об индивидуальном подборе схемы лечения. Реакция на лекарственное средство зависит от многих факторов – возраста, состояния организма, органов, отвечающих за вывод препаратов, одновременного приема пищи и других препаратов.

Бездумное применение лекарственных препаратов или самолечение может привести к печальным результатам. Известно токсическое действие препаратов на организм, а это чревато тяжелыми осложнениями, предупреждает Елена Юрьевна:

– Лекарственные средства, как правило, оказывают множество эффектов, из которых часто лишь один необходим для лечения, а большинство других нежелательны – такова плата за лечение. Известны случаи отравления лекарственными средствами, безобидными на первый взгляд, такими как анальгетики, противокашлевые средства и средства от простуды, снотворные, антибактериальные препараты. Такие пациенты требуют лечения в специализированных отделениях. В своей клинике мы часто сталкиваемся с нежелательными побочными реакциями на лекарственные препараты, что влечет за собой изменение схем лечения и дополнительные затраты.

Основной своей задачей клинический фармаколог считает повышение приверженности к врачебным рекомендациям – путем взаимодействия врачей со СМИ, привлечением к обсуждению вопроса сил научного мира, преподавателей и лечащих врачей. Елена Юрьевна подчеркивает также необходимость повышать профессиональный уровень врачебного состава с целью исключения устаревших схем лечения и неадекватных комбинаций лекарственных препаратов.

– Изучая данный вопрос в нашей клинике, мы обнаружили, что при рациональном назначении лекарственных препаратов экономия средств достигает 20%. Лечащие доктора нашей больницы беседуют с каждым поступающим пациентом, которые, как правило, принимают большое количество препаратов длительное время, объясняя план медикаментозного лечения, которое будет применено. При выписке из клиники пациент уходит с подробными рекомендациями, и если придерживается адекватной, обоснованной схемы лечения, то достигает положительного результата, – говорит она.

За индивидуальную терапию

Масштаб проблемы бесконтрольного применения лекарств осознают на самом высоком государственном уровне. Некоторое время назад Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал поручение Ми-

нистерству здравоохранения проработать вопрос о целесообразности запрета рекламы лекарственных препаратов в средствах массовой информации, в том числе электронных. Кроме того, Минздравом подготовлен проект приказа, который обяжет врачей указывать в выписанных пациентам рецептах международные непатентованные наименования (МНН) лекарственных препаратов. Данная норма вводится с целью исключения возможности выписки пациентам определенных препаратов только на основании договоренности врача с фармкомпанией, что прямо запрещено законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Комментируя данный документ, начальник управления фармации Департамента здравоохранения Москвы Владимир Кобец отметил, что врачи не будут лишены права подбирать для пациента индивидуальную терапию, в том числе в случаях непереносимости лекарственного вещества. Если больному по каким-либо жизненным показаниям нужен препарат с конкретным торговым наименованием, то допускается выписка именно этого препарата, но в соответствии с решением врачебной комиссии лечебного учреждения.

Владимир Всеволодович высказался также за ужесточение контроля за рекламой лекарственных препаратов: «Больной должен, прежде всего, пойти к врачу, который назначит ему лекарство. Ведь в каждом, даже безрецептурном, препарате есть действующие вещества, лекарственные компоненты. Даже средства от головной боли, широко отпускаемые без рецепта в аптеках, должны подбираться врачом с учетом индивидуальных особенностей организма пациента. И тогда человек не попадет с осложнениями на больничную койку. Лекарство должно лечить, а не калечить».



Фестиваль «Формула жизни»

Большой спортивный праздник студентов



23 мая состоялся большой спортивный праздник государственных бюджетных образовательных учреждений Департамента здравоохранения Москвы в рамках фестиваля «Формула жизни». Этот праздник проводится ежегодно по окончании учебного года на протяжении 19 лет при участии московского городского совета Физкультурно-спортивного общества «Спартак»; в нем принимают участие 500 студентов, победителей и призеров Малых Олимпийских игр. Малые Олимпийские игры проводятся в образовательных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы в течение учебного года по 20 видам спорта, в них принимают участие свыше 7 тыс. студентов.

Календарь игр включает в себя соревнования по мини-футболу, дартсу, кроссу, легкой атлетике, волейболу, баскетболу, настольному теннису, лыжным гонкам, плаванию, шашкам и шахматам. Также в рамках Малых Олимпийских игр в медицинских (фармацевтическом) колледжах и училищах проводятся спортивные мероприятия: «Мама, папа, я – спортивная семья», «День допризывной молодежи», «Русская зима», «Спартакиада преподавателей», «Лыжный мемориал Г. Аржановой», «День здоровья». Студенты и преподаватели принимают участие в городских спортивных мероприятиях в дни празднования Дня города, Дня Победы, в Московской лыжной, Кроссе наций и др.

В медицинских (фармацевтическом) колледжах и училищах работают 60 преподавателей, имеющих высшее профессиональное образование. Большинство из них являются мастерами и кандидатами в мастера по различным видам спорта. Участников большого спортивного праздника поздравили: и.о. руководителя Департамента здравоохранения Москвы Г.Н. Голухов, председатель МГС ФСО «Спартак» В.Я. Мишуриц, заслуженные ветераны спорта – чемпионы мира, Европы и Олимпийских игр. Были проведены соревнования по мини-футболу и эстафета. Победителями стали соответственно: медицинское училище №13 и медицинский колледж №5.

Первый турнир по бадминтону среди медиков

6 мая в Москве в ФОК «Потаповский» состоялся 1-й командный чемпионат города Москвы по бадминтону среди сотрудников медицинских организаций Департамента здравоохранения Москвы. Турнир проводился в рамках ежегодного Московского фестиваля «Формула жизни». На первый в истории турнир, подали заявки 18 команд-участниц, представлявших городские клинические больницы, госпиталь для ветеранов войн, детские специализированные санатории, специализированные дома ребенка, городские поликлиники, детские городские поликлиники. В составе команд были меди-



цинские сестры, врачи, бухгалтеры, главные врачи учреждений и их заместители. Победителями командного чемпионата города Москвы по бадминтону среди сотрудников медицинских учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения, проводимого в рамках Московского ежегодного фестиваля «Формула жизни», стали: 1-е место – городская клиническая больница №36; 2-е место – госпиталь для ветеранов войн №3; 3-е место поделили городская клиническая больница №7 и городская клиническая больница №70.

Георгий Голухов, и.о. руководителя Департамента здравоохранения Москвы:

– Если мы не будем заниматься спортом, сами не будем пропагандировать здоровый образ жизни – пациенты просто не будут нам доверять.

В планах организаторов – предложить Минздраву России проведение чемпионата России по бадминтону среди медицинских работников государственной системы здравоохранения. Также планируется участие команды медицинских работников в Спартакиаде ведомств, проведение товарищеских международных матчей с медработниками других стран.

Конкурс фельдшеров без права на ошибку



29 мая Департамент здравоохранения Москвы провел заключительный этап конкурса профессионального мастерства по специальности: «Лучший фельдшер скорой и неотложной медицинской помощи», в рамках городского конкурса профессионального мастерства «Московские мастера» и ежегодного фестиваля московских медиков «Формула жизни».

Мало какая профессия сравнится по важности с профессией фельдшера. Быть фельдшером – это большая ответственность за жизнь и здоровье людей. Современный фельдшер не имеет права на ошибку. От него ожидают оперативной помощи, спокойствия, уверенности и высокой эффективности работы. Именно поэтому городской конкурс профессионального мастерства «Лучший фельдшер скорой и неотложной медицинской помощи» является самым сложным. Конкурс состоит из 3-х этапов. Отбор участников осуществляется на подстанциях ско-

рой и неотложной медицинской помощи. 1-й этап состоял из тестирования и решения профессиональной задачи и проводился в медицинских училищах и колледжах. Второй этап позволяет отобрать 10 лучших конкурсантов при решении тестовых заданий повышенного уровня сложности. Затем участникам необходимо продемонстрировать свои знания в интеллектуальной игре, итогом которой становится отбор пятерых финалистов. Третий этап – самый зрелищный. Конкурсанты решают профессиональную задачу, оказывая помощь нескольким пострадавшим в условиях, максимально приближенных к реальным. По результатам конкурса лучшими московскими фельдшерами признаны: Иван Козуля – подстанция №54 (613 баллов), Сергей Буханов – №27 (455), Денис Гиштемулт – №17 (282), Юлия Волкова – №2 (242), Алексей Колосов – №22 (145 баллов).

Пять номинаций для лучших медсестер и одного медбрата



31 мая в «Центре профессиональной подготовки кадров и последипломного образования» Департамент здравоохранения Москвы провел заключительный этап конкурса профессионального мастерства по специальности «Лучшая медицинская сестра», в рамках городского конкурса «Московские мастера» и ежегодного фестиваля московских медиков «Формула жизни».

Конкурс в течение 15 лет неоднократно видоизменялся, динамично реагируя на растущие требования к персоналу учреждений здравоохранения, изменение роли медицинской сестры, внедрение инновационных технологий. С 2012 года выделены пять номинаций: «Медсестра стационара», «Медсестра педиатрическая», «Операционная медсестра», «Медсестра анестезиологии и реанимации» и «Медсестра амбулаторно-поликлинического учреждения». Интеллектуальные и практические задания стали строиться с учетом особенностей профессиональной деятельности, позволили участникам продемонстрировать не только высокий уровень знаний, но и быстроту реакции и умение без промедления принимать правильное решение.

Первый отборочный тур был приурочен к Международному дню медицинской сестры – 12 мая. Второй тур позволил отобрать 15 наиболее грамотных и знающих путем тестирования. Каждым конкурсантом подготовлено портфолио с рассказом о своих профессиональных достижениях.

Интеллектуальное состязание третьего тура позволило жюри определить 5 финалистов, каждая из которых представила презентацию собственной концепции профессиональной деятельности, свое видение профессии. В этом году победителями конкурса «Лучшая медицинская сестра» стали: Екатерина Уменушкина – детская городская поликлиника №130, Игорь Уранов – городская клиническая больница №70, Галина Акимова – психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева, Наталья Цырульникова – городская поликлиника №5, Елена Ершова – городская клиническая больница №51.

Лучшие выпускницы по сестринскому делу

30 апреля состоялся заключительный этап конкурса профессионального мастерства среди выпускников образовательных учреждений Департамента здравоохранения Москвы по специальности «Сестринское дело». Мероприятие проводилось в «Центре профессиональной подготовки и последипломного образования ДЗМ» в рамках городского конкурса «Московские мастера» и ежегодного фестиваля московских медиков «Формула жизни».

Конкурс традиционно состоит из трех этапов: двух отборочных и заключительного. Участницы оцениваются по таким критериям, как умение решать профессиональные задачи, оказывать доврачебную медицинскую помощь при неотложных состояниях, обучать пациентов и членов их семей основным принципам профилактики заболеваний и здорового образа жизни, грамотно выполнять сестринские манипуляции, соблюдать правила инфекционной безопасности и демонстрировать высокий уровень культуры общения. В конкурсе ежегодно принимают участие около 1500 лучших по специальности «Сестринское дело» из 10 медицинских колледжей и 14 медицинских училищ ДЗМ.

Анализ профессиональной карьеры победителей и финалистов конкурсов разных лет показал, что все они остались работать в системе городского здравоохранения, многие продолжили свое обучение в медицинских вузах столицы.

В этом году победителями городского конкурса профессионального мастерства среди выпускников образовательных учреждений ДЗМ стали: Ольга Жоголева – медицинское училище №5, Елизавета Благо-склонова – Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, Алена Груздева – медицинский колледж №7, Анастасия Байназарова – медицинский колледж им. С.П. Боткина, Евгения Дубровская – медицинский колледж им. К. Цеткин.



Учредитель – ЗАО «СВР-Медиапроект»
Газета «Мосгорздрав.ру.Формула жизни» зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций, (Роскомнадзор) – свидетельство о регистрации ПИ №ФС77-52128 от 07.12.2012 г.
Редакция и издатель – ЗАО «СВР-Медиапроект»

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

И.о. зам. мэра в Правительстве г. Москвы – Л.М. ПЕЧАТНИКОВ; и.о. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы – Г.Н. ГОЛУХОВ; и.о. 1-й зам. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы – Н.Ф. ПЛАВУНОВ; и.о. зам. руководителя Департамента здравоохранения г. Москвы – А.И. ХРИПУН; председатель Совета главных врачей г. Москвы, главный врач городской больницы №57 – И.А. НАЗАРОВА; главный врач 1-й ГКБ им. Н.И. Пирогова – А.И. ШАБУНИН; главный врач онкологической больницы №62 – А.Н. МАХСОН; главный врач НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского – М.Ш. ХУБУТЯ; главный врач ГКБ №15 – Е.Е. ТЮЛЬКИНА; главный врач ГКБ №14 им. В.Г. Коротченко – Ш.М. ГАЙНУЛИН; главный специалист по акушерству и гинекологии Департамента здравоохранения г. Москвы – М.А. КУРЦЕР; главный врач детской ГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского – А.А. КОРСУНСКИЙ; главный врач инфекционной ГКБ №1 – Н.А. МАЛЫШЕВ.

Шеф-редактор – Элина НИКОЛАЕВА, ответственный секретарь – Татьяна ШЕВАЛОВСКАЯ, дизайн – Валерий ДОРОХИН.
Материалы подготовили: Римма ШЕВЧЕНКО, Арина ПЕТРОВА, Мария НИКОЛАЕВА, Елена ЖИГАЛЕНКОВА, Олег КИРИЮШКИН (фото).

Адрес редакции: 125167, г. Москва, пр-д Аэропорта, д. 11
тел/факс: (495) 981 6836
Отдел рекламы: (495) 638 5263,
факс: (495) 650 5488,
reklama@argumenti.ru
www.argumenti.ru

Общий тираж – 36 000 экз.
Номер 1(001) подписан – 10.06.2013 г., 16.00
Время подписания в печать по графику – 16.00,
фактически – 16.00.
Дата выхода в свет – 11 июня 2012 года
Отпечатано в типографии ЗАО «Алмаз-Пресс»
Москва, ул. Рязиновская, 46
Заказ № 1236