



Расширяя границы

Инновации, доступность и повышение кадрового потенциала – главные слагаемые успеха столичного здравоохранения. Спрос москвичей на качественные медицинские услуги можно удовлетворить, сделав ставку на эти факторы. Однако изменить отношение людей к собственному здоровью не в силах самые продвинутое технологии и квалифицированные специалисты.

Можно сделать доступными высокотехнологичные обследования, расширить парк медоборудования, запустить ряд кадровых проектов, но убедить горожан в необходимости плановой диспансеризации – непростая

задача. Такую позицию выразил заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников на пресс-конференции, состоявшейся в информационном центре Правительства Москвы. >> стр. 2

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



Андрей Лапочкин:
«От глаукомы страдает 2-3 % населения».
Интервью с экспертом – стр. 3



Не терпите боль.
Репортаж – стр. 4



Доктор онлайн.
Технологии – стр. 6



Путешествие по Вселенной.
Личный пример – стр. 8

Заболелаемость туберкулезом в 2017 году среди постоянного населения Москвы снизилась на 10 %.

Смертность постоянного населения от туберкулеза снизилась на 1,7 %.

Территориальный показатель смертности от туберкулеза уменьшился на 7,6 %.

Территориальная заболеваемость детей (0-14 лет) сократилась на 22,4 %.

Распространенность туберкулеза среди детей и подростков снизилась на 23,3 %.

Число заболевших сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией уменьшилось на 11,9 %.

3а в Москве заболеваемость туберкулезом постоянного населения снизилась в 1,9 раза, всего населения – в 1,5 раза.

5 Заболеваемость детей снизилась в 6,3 раза, а подростков – в 3,2 раза.

лет Не заболели туберкулезом 6320 человек.

— 100%

СТАРТ ДАН!

Стартовала процедура подготовки к публичной защите проектов на соискание Премии Правительства Москвы. В этом году подано 35 заявок, в 2017 г. их было всего 14. Будут определены шесть победителей. Лучшие проекты выберут сами врачи, отдав свой голос понравившимся проектам с помощью электронного голосования.

«Наш НИИ является организатором процедуры подготовки и церемонии защиты проектов. Важно со всей ответственностью подойти к самой идее, оформлению презентации и выбору спикера, который этот проект защищает. Судить работы будут врачи, главные специалисты ДЗМ, профессиональное сообщество. Публичная церемония защиты проектов на соискание премии пройдет в апреле 2018 года», – говорит Давид Мелик-Гусейнов, директор НИИОЗММ ДЗМ. [МММ](#)

MIR-2018

Лучшие практики в сфере управления диагностикой будут представлены в Москве в ходе V Международного саммита MIR «Менеджмент в радиологии» 6-7 апреля. Основная цель саммита – предложить специалистам инновационные подходы организации работы отделений диагностики. Программа форума сформирована в соответствии с фазами цикла Деминга. Эта методология получила широкое распространение в медицине и представляет собой алгоритм действий руководителя по управлению процессом и достижению его целей.

«Сначала планируются результаты, которых следует достичь. На следующей стадии происходит воплощение запланированной стратегии, затем осуществляется контроль и производится модификация существующих процессов, – пояснил основатель саммита MIR России, главный внештатный специалист по лучевой диагностике ДЗМ, д. м. н. Сергей Морозов.

В программе – 5 пленарных заседаний и 12 мастер-классов. Участники смогут пообщаться с ведущими российскими и зарубежными специалистами. [МММ](#)

>> окончание. Начало на стр. 1



Расширяя границы

Департамент здравоохранения города Москвы регулярно проводит акции по онкологическому скринингу, дни открытых дверей в медучреждениях, ежегодные вакцинации и многое другое. Но далеко не каждый житель столицы проходит такие «проверки», а обращается к доктору, уже имея осложнения. «У человека должна быть ответственность за свое здоровье, и все, о чем мы просим, – это вовремя пройти диспансеризацию, – подчеркнул заммэра. – Чем раньше диагностировано онкологическое заболевание, тем выше вероятность успеха в его лечении».

ИНДИКАТОР РАЗВИТИЯ

В Москве функционируют 35 крупных многопрофильных стационаров, 13 центров специализированной помощи и 86 объединенных поликлиник. Сегодня город предлагает москвичам все возможности для лечения и диагностики заболеваний разного вида.

По использованию передовых методов и схем лечения московские медучреждения несколько не уступают ведущим европейским медицинским центрам. За счет оснащения клиник эндоскопическим, лапароскопическим оборудованием у врачей появилась возможность проводить операции малоинвазивным способом. Качественная техника позволяет выполнять 79% таких вмешательств. «Хирургия в онкологии постепенно отстает. Все меньше таких операций требуют вмешательства хирурга. Колоссальный прогресс в лечении онкологических заболеваний совершила фармакология. В дополнение к химиотерапии приходят препараты, которые уничтожают больные клетки, не повреждая здоровые», – заверил Леонид Печатников.

В первоочередные задачи московской медицины входит повышение

ранней выявляемости онкологических заболеваний. На данном этапе сделать это возможно, расширив парк медицинской техники для проведения лучевой диагностики. «Лучевая терапия – это прогрессирующая область лечения онкологии. Еще несколько лет назад мы думали, что технология 2D – это предел, а сегодня мы используем уже 3D и 4D. Сейчас мы занимаемся созданием парка таких машин», – привел пример Леонид Печатников. Сегодня центр лучевой диагностики строится в Морозовской больнице. «Думаю, что в ближайшее время рак будет излечим», – пояснил заммэра.

ТОЧКА РОСТА

По данным Всемирной организации здравоохранения, Москва стала лидером по росту продолжительности жизни населения. В 2017 году продолжительность жизни москвичей превысила 77 лет. Этого удалось достичь благодаря современным методам диагностики и лечения, а также реализации ряда проектов Департамента здравоохранения.

Благодаря созданию инфарктной сети, в которую вошли 24 стационара, число смертельных случаев от инфарктов и инсультов сократилось в 2,5 раза по сравнению с аналогичным периодом в 2016 году. «Снижение смертности, увеличение продолжительности жизни – главные показатели успешной деятельности

врачей, – отметил Леонид Печатников. – По итогам 2017 года был достигнут исторический минимум смертности».

КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

Развитие кадрового потенциала стало частью нового этапа модернизации отрасли здравоохранения. За счет запуска проектов «Московский врач», «Лидер.Мед» и «Школа профессионального роста» создана система объективной оценки уровня профессионализма. Чтобы пройти отборочный этап, каждый специалист должен обладать знаниями в смежных дисциплинах.

Возможности столичного здравоохранения также позволяют проводить эффективную кадровую политику. Программа «Лидер.Мед» дает шанс сотрудникам, нацеленным на построение карьеры, занять руководящие должности в медучреждениях.

Сегодня статус «Московский врач» получили 165 специалистов. «Это трудный экзамен, приближенный к европейским стандартам, где можно оценить как теоретическую, так и практическую подготовку врача», – пояснил заммэра.

Практические и теоретические занятия по программе «Школа профессионального роста» помогут начинающим врачам получить больше знаний, связанных с их профессиональной специализацией и будущим местом работы.

С каждым годом увеличивается количество зарубежных стажировок московских врачей. «Наших специалистов стараемся отправлять в Бельгию, Корею, Израиль для обмена опытом», – добавил Леонид Печатников. Кроме того, в Москве на базе ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. П. Боткина ДЗМ» функционирует уникальный Симуляционный центр, где созданы все условия, чтобы врачи готовились, оттачивали свои навыки под контролем преподавателей.

Растет и престиж профессии врача. Печатников отметил: «Средняя зарплата московского врача по итогам января и февраля достигла 135 тыс. рублей, что соответствует указам президента Российской Федерации. Это 200% от среднемесячного дохода по городу». **ММС**

Слово экспертов



Давид МЕЛИК-ГУСЕЙНОВ,
директор НИИ организации
здравоохранения и медицинского
менеджмента ДЗМ

«Показатель средней заработной платы формируется от общего объема ФОТа (за вычетом заработных плат главврачей и их замов), поделенного на количество сотрудников. В целом средняя заработная плата врачей составила 135 тысяч рублей. Очевидно, что это средний показатель, это не значит, что он гарантирован каждому. Уровень заработной платы складывается исходя из умений, навыков, опыта, знаний, эффективности работы каждого конкретного медицинского специалиста. Так, заработная плата многих хирургов в стационарах составляет более 300 тысяч рублей. А зарплата врачей первичного звена в среднем – 100 тысяч рублей. Но меньше 67 тысяч рублей врач не может получить. Даже если этот врач без категорий и стажа. Это тот минимум, который очень жестко контролируется. Если возникают такие разовые нарушения, то по ним индивидуально работают и быстро исправляют. Если вы получили зарплату ниже 67 тысяч, сообщите об этом в Департамент здравоохранения. Сегодня проверить уровень заработной платы медицинских работников не представляет особого труда. Есть специальные федеральные и региональные порталы, где эта информация загружается автоматически».



Андрей ТЯЖЕЛЬНИКОВ,
главный внештатный
специалист по первичной медико-
санитарной помощи взрослому
населению ДЗМ

«Школа профессионального роста», на мой взгляд, является одним из важнейших медицинских образовательных проектов. Зачастую молодой специалист, приходя на работу в медучреждение, сталкивается с нехваткой практических навыков. Благодаря проекту, эта проблема во многом будет решена. Участники программы также знакомят с тем, как работает отрасль здравоохранения в целом. Недавно, читая лекцию студентам Школы профессионального роста о системе обязательного медицинского страхования и об основных законах, которые регламентируют ОМС в России, получил ряд вопросов от будущих коллег. Молодых врачей интересовало, насколько прозрачна система премирования и как сотрудник, добросовестно выполняющий свои обязанности, может быть уверен в том, что стимулирующие выплаты будут распределены равномерно по выполненной работе. Это важный вопрос, который при правильном решении создает хорошую мотивационную систему. В нашей поликлинике ежедневно проходит заседание комиссии по стимулирующим надбавкам. Комиссия работает очень прозрачно, ни один работник поликлиники не упущен из виду».



Сергей ТИМОНИН,
руководитель отдела
демографии НИИОЗММ ДЗМ

«По итогам 2017 года ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в городе Москве достигла величины в 77,9 года, увеличившись на 0,8 года в сравнении с предыдущим годом. Среди женского населения ОПЖ преодолела отметку в 81 год; продолжительность жизни мужчин увеличилась на 0,9 года и составила 74,4 года.

Рост ожидаемой продолжительности жизни населения напрямую зависит от снижения смертности в тех или иных возрастах. После нескольких десятилетий неблагоприятных тенденций в смертности в России, в Москве в частности, с середины 2000 годов наблюдается существенное снижение смертности населения в трудоспособных возрастах (на 40% с 2004 по 2017 г.). Именно снижение смертности трудоспособного населения, несмотря на сохраняющиеся сложности в области смертности от ВИЧ-инфекции, более чем наполовину определило рост продолжительности жизни в Москве, особенно для мужчин. Последующий прогресс в увеличении ОПЖ будет во многом зависеть уже от снижения смертности в старших возрастах». **ММС**



АНДРЕЙ ЛАПОЧКИН: «ОТ ГЛАУКОМЫ СТРАДАЕТ 2-3 % НАСЕЛЕНИЯ»



О том, какие современные методы помогают московским врачам успешно оперировать глаукому и сохранять зрение сотням пациентов, рассказывает хирург-офтальмолог ГКБ им. С. П. Боткина, к. м. н. Андрей Владимирович Лапочкин.

– Могут ли плановые профилактические обследования у районного офтальмолога помочь ранней диагностике глаукомы?

– Безусловно, при наличии необходимого оборудования районный врач-офтальмолог заметит у пациента первые симптомы глаукомы. С другой стороны, на детальное обследование и диагностику глаз требуется в среднем 45-50 минут: офтальмолог в поликлинике зачастую не располагает таким запасом времени. В случае если у вас обнаружатся какие-либо тревожные симптомы, врач направит вас в консультативно-диагностический центр, где можно будет провести более детальное обследование и получить подробную консультацию. В КДЦ происходит уточнение диагноза и принимается решение о необходимости хирургического лечения глаукомы.

– Всегда ли глаукому приходится оперировать?

– Любое хирургическое вмешательство оправдано в том случае, когда другие методы оказываются бессильны. К счастью, современная медицина располагает большим арсеналом терапевтических препаратов, способных успешно бороться с развитием глаукомы. Прежде всего, задача этих препаратов – снижать глазное давление, так как в противном случае зрительный нерв и сетчатка систематически сдавливаются, отчего пациент постепенно теряет зрение. Также важную часть лекарственной терапии составляют сосудистые препараты, призванные улучшить кровоснабжение сетчатки и зрительного нерва.

Однако с экономической точки зрения консервативное лечение глаукомы – не самое доступное удовольствие. Хорошие препараты против глаукомы стоят дорого, к тому же чаще всего офтальмолог не может ограничиться каким-то одним препаратом: пациенту назначаются до 4 видов дорогостоящих капель, нормализующих глазное давление. Не будем забывать, что наш пациент, как правило, является гражданином пенсионного возраста. Поэтому часты ситуации, когда пациент не может позволить себе поддерживать зрение при помощи терапии, и тогда для него оптимальным выходом будет операция.

– Что представляет собой хирургическая операция глаукомы?

– Глаукома – это группа заболеваний, которые связаны с затруднением оттока глазной жидкости. В глазу существуют естественные пути оттока – трабекулы, благодаря им в здоровом глазу соблюдается баланс давления. При глаукоме естественные пути оттока постепенно перестают нормально функционировать. В ходе операции глаукомы хирург-офтальмолог создает искусственный канал оттока жидкости – фистулу, которая поможет наладить отток глазной жидкости на определенный период, от нескольких месяцев до 10-15 лет.

– Можно ли предсказать, насколько эффективна будет операция и как долго

будет действовать искусственный канал оттока глазной жидкости?

– К сожалению, современная медицина не располагает методами, способными предсказать эффективность данной операции. Основная проблема состоит в том, что для организма созданная нами фистула – это рана, которая со временем должна затянуться. Естественно, после операции все пациенты в обязательном порядке принимают специальные препараты, позволяющие замедлить процесс рубцевания искусственных путей оттока глазной жидкости, но степень эффективности этих препаратов в каждом отдельном случае может быть разной.

– То есть мастерство хирурга не может обеспечить высокий эффект операции?

– Мастерство хирурга чрезвычайно важно. Тем не менее можно блестяще провести операцию и добиться успеха на срок не более года-двух. Только регулярное постоперационное наблюдение позволит офтальмологу следить за состоянием глаукомного глаза. В зависимости от состояния глаза после операции врач принимает решение о том, как скорректировать лекарственную терапию, нужно ли думать о повторной операции. Ситуация осложняется тем, что у пациентов пожилого возраста, как правило, на одном и том же глазу развивается несколько осложняющих друг друга патологий. Например, в 20-30 % случаев глаукома развивается параллельно с катарактой – заболеванием, которое тоже довольно часто требует хирургического лечения.

– Насколько доступны все эти офтальмологические операции для москвичей?

– Офтальмологическая служба Боткинской больницы – самая мощная в Москве. К нам идут с самыми сложными патологиями глаз, в нашей клинике есть даже онкологическое отделение. И катаракту, и глаукому мы оперируем по ОМС при определенных показаниях. В случае если пациент хочет попасть на операцию как можно быстрее или, например, желает имплантировать более дорогую модель хрусталика, он обращается в отдел платных услуг.

Срок ожидания очереди на операцию катаракты по программе ОМС составляет в среднем 6-8 месяцев: столько занимает путь от первичной постановки диагноза районным офтальмологом до дня проведения операции, включая все предоперационные обследования. Кстати, в сравнении с другими европейскими странами это достаточно короткий срок: в Великобритании, например, бесплатную операцию по катаракте ждут в среднем около 2 лет.

Что касается глаукомы, то здесь речь идет о необратимой слепоте, а значит случай более экстренный, чем катаракта. Если у пациента по результатам наблюдения стабильно высок уровень глазного давления, а консервативное лечение не приносит ожидаемого эффекта, тогда путь пациента от постановки диагноза до операции будет максимально коротким – около 2-3 недель. Если ситуация менее «острая», пациент будет прооперирован планово, как правило, в течение 2-3 месяцев с момента постановки диагноза.

– По какой причине пациенту могут отказать в проведении офтальмологической операции?

– В случае и с катарактой, и с глаукомой сложность и запущенность ситуации не является противопоказанием: во всяком случае специалисты Боткинской больницы отлично справляются с такими сложными задачами. В целом российский хирургический опыт намного превосходит опыт многих западных хирургов как раз по той причине, что нам чаще приходится работать с очень запущенными случаями.

Основной аргумент в пользу операции – прогрессирование заболевания. Как только у пациента выявлена глаукома, мы рекомендуем ему диспансерное наблюдение: около 3 раз в год он должен, находясь на лекарственной терапии, проходить обследование у хирурга-офтальмолога. Если в ходе обследований мы видим, что заболевание стабилизировалось, с операцией можно будет повременить или вообще избежать ее. Если же заболевание прогрессирует, пациенту показано хирургическое лечение. **МММС**

Александра Чканикова



НЕ ТЕРПИТЕ БОЛЬ

В парке «Зарядье» состоялась очередная встреча медиков с москвичами в рамках научно-популярного лектория «Бегу к врачу», который был запущен столичным Департаментом здравоохранения в конце прошлого года. Лекция главного внештатного специалиста по анестезиологии-реаниматологии, главного врача ГКБ имени С. С. Юдина ДЗМ кандидата медицинских наук Дениса Проценко была посвящена боли. Участники встречи узнали, в чем польза боли, почему ее нельзя терпеть и как борется с этим явлением современная медицина.



Боль бывает разная – кинжальная, тупая, пульсирующая, жгучая, щемящая. Ее можно почувствовать, нечаянно дотронувшись до горячего утюга или случайно подвернув ногу. Но часто она может свидетельствовать о развитии в организме воспаления и различных заболеваний.

Такое физиологическое ощущение неприятно, но крайне полезно. «Боль – защитный механизм, который помогает нам узнать о наличии травм или болезней, она дает сигнал о необходимости обратиться к врачу. А для врача это значимый симптом, который помогает ему в постановке диагноза», – отметил Денис Проценко.

Первый источник боли – раздражитель. Продолав непростой маршрут, сигнал от болевых рецепторов по нервным окончаниям распространяется к головному моз-

гу и трансформируется в те неприятные ощущения, которые человек воспринимает как боль. Физиологические механизмы этого явления работают примерно одинаково, но чувствительность к боли у всех разная. К примеру, известен такой феномен, что люди с рыжим цветом волос наименее восприимчивы к боли.

Жалобы на боль составляют порядка 40 % всех обращений к медикам. Современные обезболивающие средства позволяют заблокировать болевой импульс на всех этапах его проведения – от места повреждения до отделов головного мозга, где происходит эта трансформация. Однако борьба с болью не исчерпывает задач врача. Необходимо бороться с самой болезнью, симптомом которой она является. Характер боли, степень ее локализации

могут «подсказать» специалисту, в каком направлении необходимо начать диагностический поиск с тем, чтобы поставить правильный диагноз.

Что точно не следует делать, так это игнорировать боль и заниматься самолечением, уверен Денис Проценко. Сильная боль за грудиной, внезапно возникшая боль в животе – тот самый случай, когда стоит вызвать скорую. Но, если человек постоянно испытывает болевые ощущения, терпеть и ждать, что «само пройдет», также крайне опасно. В среднем через 3 месяца острая боль переходит в разряд хронических, и это не только ухудшает качество жизни пациента, но и значительно сокращает его жизнь.

По мере накопления знаний о природе боли менялись общие подходы к обезболиванию. Раньше считалось, что ее нельзя купировать в острый период, поскольку это мешает диагностике. Сегодня основная задача – обезболить пациента. Диагностические методы исследования помогут своевременно выявить опасные нарушения, поставить правильный диагноз и как можно скорее начать лечение.

Борьба с болью также является одной из важных задач в послеоперационном периоде. «Сейчас весь прогрессивный мир отказывается от обезбоживания по требованию. После проведенной операции программа обезбоживания пациента рассчитывается таким образом, что боль гасится еще до ее появления. Современная концепция лечения боли предусматривает использование мультимодальной анальгезии, то есть одновременного применения нескольких препаратов, что позволяет усилить их терапевтический эффект», – рассказал эксперт.

Но, даже если просто «раскалывается» голова и «стреляет» в бок, не стоит от-



ТОП-7 рекомендаций по преодолению боли от Дениса Проценко:

Боль помогает понять, что существуют болезнь или травма, которые ее вызвали.

Чем точнее вы опишите характер и локализацию боли, тем легче врачу будет поставить вам диагноз.

Боль надо не терпеть, а лечить.

Лечить надо не только саму боль, но и болезнь, которая ее вызвала. Если лечить только симптом, болезнь может прогрессировать, а наши знания о ее ходе уменьшатся.

Если вы чувствуете боль, обратитесь к врачу.

Если вы чувствуете острую боль за грудиной, вызывайте скорую.

Что может быть хуже боли? Самолечение.

кладывать свой визит к врачу. Сегодня в московских поликлиниках большая часть вопросов решается еще на уровне врача общей практики. Записаться к нему в своей поликлинике можно через систему ЕМИАС. Специалист выявит проблему, назначит лечение и при необходимости направит на углубленное обследование в профильную клинику. [ММГ](#)

Ирина Степанова



ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В МОСКВЕ

Если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь

Паллиативная помощь призвана повышать качество жизни пациента на последнем этапе неизлечимой болезни и оказывать поддержку его близким.

В государственных учреждениях паллиативная помощь оказывается **БЕСПЛАТНО**:

амбулаторно, в том числе на дому: в каждом районе есть выездные патронажные службы, а в отдельных поликлиниках — кабинеты паллиативной помощи;

стационарно: в Центре паллиативной помощи и его 8 окружных филиалах-хосписах, а также в паллиативных отделениях при некоторых больницах.

8 800 700-84-36

Горячая линия помощи неизлечимо больным людям (бесплатно, круглосуточно)



Проект «Всероссийская круглосуточная горячая линия по вопросам оказания паллиативной помощи».

СХЕМА ПОЛУЧЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Шаг 1

Ваш лечащий врач или созванная им врачебная комиссия принимают решение о том, нужна ли вам паллиативная помощь.

Если вам показана паллиативная помощь:

Шаг 2

Лечащий врач поможет понять, как вам правильнее продолжить лечение – в стационаре или на дому; посоветует, в какое учреждение паллиативной помощи обратиться; подскажет, что нужно, чтобы встать на учет. В Москве есть кабинеты паллиативной помощи при поликлиниках, специализированные отделения при больницах, Центр паллиативной помощи и его 8 филиалов-хосписов.

Шаг 3

Позвоните в диспетчерскую службу Центра паллиативной помощи **8 (499) 940-19-48**

Шаг 4

Если вы не получили необходимую информацию или хотите узнать больше, позвоните по телефону горячей линии помощи неизлечимо больным людям.

Узнайте:

- что такое паллиативная помощь;
- где и как получить паллиативную помощь стационарно;
- где и как получить паллиативную помощь на дому;
- что такое Центр паллиативной помощи;
- почему хоспис - это не страшно;
- кто может выписать рецепт на обезболивающие;
- что делать, если обезболивающие не выписывают;
- что делать, если обезболивающие не помогают;
- где получить психологическую поддержку.

БОЛЬ НУЖНО ЛЕЧИТЬ И МОЖНО ВЫЛЕЧИТЬ

Только пациент знает все о своей боли

Оценить уровень боли можно самостоятельно по шкале:

ШКАЛА БОЛИ



НЕ ТЕРПИТЕ БОЛЬ!

Даже при тяжелом заболевании можно жить без боли.

Боль нужно лечить, не дожидаясь, пока она выйдет из «зеленой» зоны (слабая боль) в «желтую» (умеренная боль) и тем более в «красную» (невыносимая боль).

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ У ВАС БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Шаг 1

Информируйте лечащего врача о боли согласно оценке по шкале. Врач скорректирует схему лечения и, возможно, назначит новые препараты. Рецепт на получение обезболивающих препаратов можно получить в районной поликлинике или в Центре паллиативной помощи. Не забудьте сообщить врачу обо всех принимаемых вами препаратах и биодобавках.

Шаг 2

Строго следуйте назначениям врача. Анальгетикам требуется время, чтобы снять болевой приступ или хроническую боль, поэтому принимать обезболивающие препараты нужно регулярно по часам (даже если еще не болит). Предотвратить усиление боли и возникновение болевых приступов можно, только принимая обезболивающие препараты **заблаговременно**, строго по схеме, определенной врачом.

Шаг 3

Попросите врача расписать вам схему приема препаратов в понятной для вас форме.

Убедитесь, что в данной схеме содержится следующая информация:

Пример:	
Действие препарата	обезболивание
Название препарата	
Форма выпуска	капсула
Путь введения	через рот
Кратность приема в сутки	2 раза в сутки
Часы приема	8:00 и 20:00

Шаг 4

Контролируйте возникновение побочных действий обезболивающих препаратов (сонливость, тошнота и рвота, запоры). Информировать лечащего врача об их появлении. Все побочные эффекты можно и нужно лечить. Назначение слабительных препаратов при приеме опиоидных анальгетиков обязательно! Не стесняйтесь задавать вопросы врачу.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Не повышайте самостоятельно дозу обезболивающего препарата, назначенную врачом. Передозировка лекарств может вызвать нарушение дыхания.

Нельзя резко прекращать прием обезболивающих, это может привести к ухудшению общего самочувствия. Врач поможет вам постепенно снизить дозу препарата, чтобы избежать неприятных симптомов.

Употребление алкоголя на фоне приема обезболивающих препаратов может вызвать осложнения.

Проконсультируйтесь с врачом, прежде чем принимать вместе с анальгетиками препараты, обладающие снотворным действием.

Обезболивающие препараты необходимо хранить в местах, недоступных для детей. Нельзя также допускать передачу лекарств другим людям.

При сильной боли, не поддающейся лечению имеющимися у вас лекарствами, вызывайте скорую помощь (112), которая имеет право обезболить пациента, в том числе с применением наркотических анальгетиков*.

112.....

* Подпункт «б» пункта 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 20.06.2013 №388н.

ЕСЛИ ВОЗНИКЛИ ТРУДНОСТИ

Если у вас возникли трудности при назначении обезболивающего, получении паллиативной помощи или вы недовольны ее качеством:

Шаг 1

Обратитесь к главному врачу/заведующему хосписа/больницы или поликлиники с письменной жалобой и получите письменное заключение (в том числе в случае отказа).

Шаг 2

Если проблема не решилась, то обращайтесь к специалистам:

Горячая линия Департамента здравоохранения города Москвы **8 (499) 251-83-00**

Горячая линия Росздравнадзора (по вопросам обезболивания) **8 800 500-18-35**

Горячая линия Минздрава РФ **8 800 200-03-89**

Главный внештатный специалист по паллиативной помощи города Москвы **8 (499) 940-19-50, доб. 206**

Горячая линия центра лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы **8 (495) 974-63-65**

Шаг 3

Если вы не можете получить помощь, звоните на горячую линию помощи неизлечимо больным людям

8 800 700-84-36

ДОКТОР ОНЛАЙН



С 1 января 2018 года вступил в силу закон о телемедицине, который предусматривает возможность оказания медицинской помощи дистанционно. Система позволяет врачам обмениваться данными в режиме онлайн, а также проводить удаленный мониторинг состояния здоровья пациентов. По словам главврача ГKB им. В. В. Виноградова ДЗМ Ольги Викторовны Шараповой, в больнице успешно функционирует модель проведения телемедицинских консультаций между врачом и пациентом. «Хотя телемедицинские технологии пока еще находятся в стадии разогрева, такую практику уже успешно внедрили специалисты нашей больницы», – говорит она.

ность пациентов медицинской помощью. «На сегодняшний день у нас используется электронная история болезни как в родильном доме, так и в женской консультации и самой больнице. Например, когда пациентка приходит в женскую консультацию, на нее заводят электронную медицинскую карту, которая сразу же становится доступной во всех наших структурных подразделениях, включая территориально удаленные. Нам не нужно повторно расспрашивать и собирать анамнез женщины, перебирать анализы и т. д., когда она из женской консультации поступает в родильный дом или обращается за консультацией к врачу в саму больницу – все это уже есть в базе данных», – пояснил начальник информационно-аналитического отдела больницы Дмитрий Завьялов.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Для врачей женской консультации, роддома и нашей больницы это очень удобно, ведь они видят всю электронную медицинскую карту, при этом абсолютно не важно, на базе какого из учреждений была оказана консультация, сделано инструментальное или диагностическое исследование, проведена операция или дано медицинское заключение. Раньше, до появления таких информационных технологий, врачи не имели возможности получать оперативно медицинские результаты, они передавались исключительно на бумажных носителях. Сейчас, как только лабораторный анализатор выдает результат исследования, врач сразу же может с ним ознакомиться на своем рабочем месте или получить их на телефон в виде СМС. Информационные технологии позволили получать все необходимые данные в оперативном режиме.

«Для управления и оперативного взаимодействия между сотрудниками всех подразделений нашего объединения, в том числе удаленными, в больнице создан корпоративный портал, на котором

Направление телемедицинских приемов стало популярным сервисом медучреждения «ГKB им. В. В. Виноградова ДЗМ». В партнерстве с Медицинским центром мониторинга и диагностики успешно реализован пилотный проект по внедрению передовых инновационных технологий в практику с пациентами. Дистанционные взаимоотношения дают больному возможность постоянно держать связь с лечащим врачом. «С помощью системы результаты исследований можно переслать по почте при письменном согласии пациента, чтобы эти данные всегда были у него под рукой», – пояснила врач – акушер-гинеколог высшей квалификационной категории Ирина Дьячкова.

УМНЫЕ ФОРМАТЫ

Работа с современными медицинскими информационными технологиями уже давно вошла в «привычку» для специалистов больницы. «Мы постоянно ищем новые методы и формы работы с пациентами. Ежедневно в нашем родильном доме проходит порядка пяти видеоконсультаций, включающих в себя просмотр снимков, результатов анализов и исследований», – рассказал заместитель главного врача по ПМУ ГБУЗ «ГKB им. В. В. Виноградова ДЗМ» Родильного дома № 4 Дмитрий Байбиков. «Для нашей медицинской организации особенно важно внедрять технологии, которые упростят работу специалистов, ведь мы обслуживаем весь Юго-Западный административный округ и еще две женские консультации Западного округа. К нашему учреждению прикреплены порядка 2,5 млн жителей Москвы».

В одну из главных стратегических задач медучреждения входит развитие информационных технологий. Современные коммуникационные решения позволяют повысить лояльность и удовлетворен-



вания. Все это в комплексе позволяет контролировать как лечебный процесс, так и управленческие потребности нашего учреждения», – заверил Дмитрий Байбиков.

ВСЕГДА НА СВЯЗИ

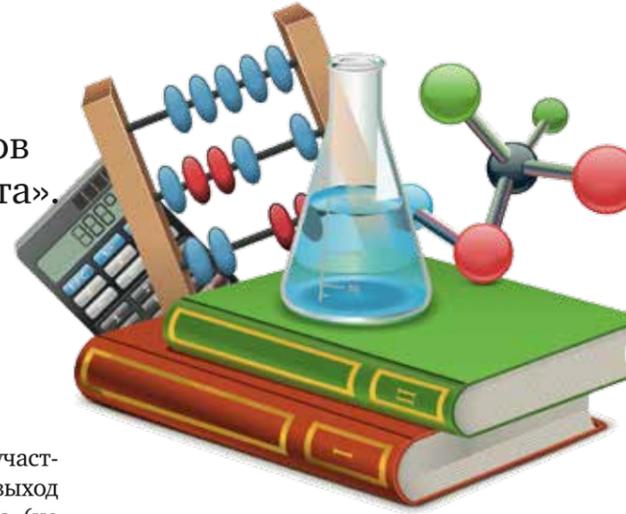
Платформа удаленных видеоконсультаций имеет широкий функционал как для врача, так и для пациента, что делает удобной и комфортной работу больницы и роддома. «Телемедицинские консультации реализуются на технологической платформе МЦМД, которая представляет собой телекоммуникационный портал видеосвязи, отвечающий статусу «иная информационная система», предназначенная для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых услуг. В ходе приема пациент имеет возможность приложить дополнительную медицинскую документацию – результаты анализов, исследований и другое. Безопасность медицинской информации обеспечивается шифрованием передаваемых данных по протоколу HTTPS», – добавил Дмитрий Завьялов. **MMC**

Ирина Слободян



СНОВА В ШКОЛУ

Департамент здравоохранения Москвы запустил для студентов и ординаторов ведущих медвузов образовательный проект «Школа профессионального роста». Практические и теоретические занятия помогут молодым врачам получить больше знаний, связанных с их специализацией и будущим местом работы. Мы решили спросить у студентов Первого МГМУ имени И. М. Сеченова, чем запомнились первые занятия по программе.



Мария Сорокина, студентка Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова Минздрава России

«Проект «Школа профессионального роста» дает для меня и всех участников уникальную возможность овладеть практической базой. По программе «Школа профессионального роста» я занимаюсь уже полтора месяца. На данном этапе наши наставники уделяют большое внимание тренингам. На таких занятиях мы решаем проблемные ситуации, постигаем психологию общения с пациентами. Мы более детально познакомились с документацией поликлиник, внутренними распорядками и правилами. Столичные клиничко-диагностические центры обладают всеми необходимыми условиями и инструментарием для качественного приема пациентов. Также мы прошли первые вводные занятия в системе ЕМИАС. Я научилась оформлять электронную карту пациента. Сервис очень удобен в использовании и обладает хорошими функциональными возможностями.

Как правило, моя учебная практика проходила в отделениях хирургического профиля при больницах, а стажироваться в амбулаторном звене мне еще не приходилось. Благодаря проекту «Школа профессионального роста» я определилась с выбором будущего места работы. Теперь я точно знаю, что хочу работать в поликлинике. Из предложенного списка поликлиник я выбрала КДЦ № 6. Для меня это настоящий образец развития столичного здравоохранения.

Изначально я думала над тем, чтобы пойти в ординатуру, а потом работать в больнице. Но после участия в проекте мне захотелось попробовать себя в качестве терапевта амбулаторного звена. Мне интересно ставить диагноз, подбирать лечение пациенту. В работе в поликлиниках меня привлекает то, что в процессе сразу виден результат. Поскольку мы параллельно учимся в вузе, участие в проекте позволяет не только осваивать практику, но и осваивать теоретическую базу.

За счет того, что терапевт поликлиники контактирует с пациентом меньшее количество времени, он обязан успевать выполнять весь объем задач. Специалист амбулаторного звена должен быть более коммуникабельным, а также уметь быстро анализировать любые ситуации. Терапевт буквально «сканирует» пациента, ведь наблюдение он ведет, начиная

с порога. В день у такого специалиста на приеме бывает до 50 человек, а шаг сетки составляет 12 минут».

В университете мы изучали предмет «Поликлиническая терапия», и я уже была знакома с процессом работы терапевта, но практических навыков на данном этапе у меня не было. Теперь у меня есть возможность приобрести опыт на стажировке, чтобы успешно начать свою профессиональную деятельность».



Елена Эстис, студентка Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова Минздрава России

«Новый проект «Школа профессионального роста» (ШПР) – это волнительный опыт для меня. Наша группа – это первый набор в рамках ШПР, поэтому есть некоторая неопределенность впереди. Но я уверена, что полученные знания пойдут мне на пользу. Отличие теоретических дисциплин проекта от университетских курсов в том, что ШПР освещает наиболее часто встречающиеся в практике врача проблемы, на которые стоит обратить внимание. Теоретические знания я накапливала в течение 6 лет в университете, а Школа раскрывает перед нами организационную структуру работы в поликлинике. Она дает представление обо всех этапах пути пациента в поликлинике: от стойки регистратуры до кабинета врача. Что это дает врачу? Прежде всего, возможность грамотно составить маршрут пациента, избежать лишних действий и напрасной траты времени. В случае успешного прохождения всех этапов проекта я получаю перспективную работу в той структуре, где уже успела адаптироваться и с сотрудниками которой успела познакомиться во время прохождения стажировки. Это снижает степень стресса по сравнению с трудоустройством в абсолютно незнакомый коллектив.

Почему я вижу себя участковым педиатром? Буду откровенной, к этому решению я пришла только на последнем году обучения в университете. За 6 лет во время прохождения практик в различных стационарах на базе родного университета меня привлекали различные специализации, но я пока не остановила свой выбор на одной. Я хочу понять, какое из направлений мне действительно подходит, и сделать свой выбор более осознанно, исходя из собственного опыта работы. Поначалу

мне было страшно думать о работе участковым. Прежде всего потому, что выход на работу сразу после университета (не пройдя обучение в интернатуре или ординатуре) – это очень резкая смена деятельности. Сомнения развеяли занятия по поликлинической педиатрии, которые у меня проходили в ДГП № 118. Здесь была возможность присутствовать на приеме врачей-педиатров и даже поучаствовать в обходе пациентов на дому. Мне дали понять, что моя адаптация будет проходить постепенно и в затруднительных ситуациях я смогу обратиться за советом к старшим товарищам, которые всегда поделятся опытом. Для себя я решила, что работа участкового врача – идеальный вариант для получения обширного опыта и поиска той области, в которой я смогу реализовать себя.

На днях в рамках проекта состоялся мой первый день стажировки в ДГП № 133. Я познакомилась с частью замечательного и дружного коллектива поликлиники. Мне провели инструктаж по охране труда и пожарной безопасности, рассказали о направлениях работы поликлиники. Главный врач Светлана Игоревна Лазарева провела welcome-тренинг, на котором мы обсудили современные тенденции развития первичного амбулаторного звена, затем меня ознакомили с планом моей стажировки.

После этого для меня провели экскурсию по поликлинике. Конечно, оснащение этого современного многофункционального комплекса и условия работы врачей в нем вызывают желание работать. Есть миф, что участковый врач обладает низкой квалификацией и работает «стрелочником». Это не так. Конечно, в первую очередь все зависит от самого человека: хочет ли он повышать свой уровень знаний и открыт ли он для профессии. Участковый за ограниченное количество времени должен успеть проанализировать ситуацию, поставить диагноз и назначить лечение. Это требует высокого уровня знаний и постоянного самообразования.

Меня также приятно поразило количество разносторонних проектов и активностей, в которых участвуют сотрудники поликлиники: это и актуальные социальные проекты города Москвы, и непрерывное медицинское образование, и спортивные мероприятия. Все это создает уникальный микроклимат в коллективе и мотивирует на продуктивную работу. Так, для меня первый день практики запомнился массой исключительно позитивных эмоций. И я с удовольствием продолжу свою стажировку и участие в проекте!

Что касается моей амбициозности в плане профессионального роста и кем я вижу себя через 3 года, на мой взгляд, еще рано об этом думать. Чтобы стать успешной в своей профессии, необходимо накопить приличный багаж знаний и практических умений, пройти все уровни организации с самого начала. Потому что невозможно создать целостный образ, не проработав детали».



Анита Даниелян, ординатор Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова Минздрава России

«Новая образовательная программа Департамента здравоохранения города Москвы «Школа профессионального роста» для меня и других участников дает возможность успешного трудоустройства. Проект поможет получить все необходимые практические навыки уже со студенческой скамьи. На данном этапе я не рассматриваю для себя стационар как будущее место работы, а отдаю предпочтение амбулаторному звену.

На занятиях мы получим шанс погрузиться в рабочий процесс и узнать систему изнутри. Мне хотелось бы выйти на работу в поликлинику и уже быть полностью готовой к началу трудовой деятельности и уверенной в своих силах. Мне нравится то, что эта стажировка не мешает моей основной учебе: я могу посещать занятия и параллельно получать новые практические знания и навыки.

В будущем я планирую работать акушером-гинекологом в женской консультации. Выбирая профессиональную область, я оценивала свои личностные качества и характер. Я уверена, что если грамотно и квалифицированно оказывать помощь в поликлиниках, то будет больше здоровых женщин, а следовательно, меньше обращений в стационары. Я считаю, что необходимо делать больший упор на профилактику заболеваний.

Специальность акушера-гинеколога мне близка, и интерес к этой области у меня возник еще задолго до поступления в вуз. Женщин нужно больше информировать о необходимости проходить профилактические осмотры, чтобы оставаться здоровыми.

До прохождения стажировки по программе «Школа профессионального роста» нам был предложен предварительный список учреждений Департамента здравоохранения. Для своего будущего места стажировки и работы я рассматриваю женскую консультацию № 13, которая является филиалом городской клинической больницы ГБУЗ «ГКБ № 64 ДЗМ». Я проходила там свою первую практику и знаю систему работы учреждения. Мне было бы очень комфортно работать там». **ММС**

ПУТЕШЕСТВИЕ ПО ВСЕЛЕННОЙ

Есть люди, интересы которых выходят за рамки выбранных ими профессий. В медицине тоже такие люди есть. Вспоминаются такие личности, как Антон Чехов, Михаил Булгаков, которые были врачами и писателями одновременно. Однако в большей степени они известны именно как писатели. Среди московских врачей тоже есть и врачи, и писатели одновременно. Галуст Баксиян – молодой врач-онколог отделения торакальной онкологии ГKB № 40, который написал успешный научно-фантастический роман «Жизненный цикл».



Галуст Александрович Баксиян с детства увлекался литературой, медицинскую профессию выбрал по примеру отца. Выучился в Краснодаре на факультете лечебного дела, а затем учился и совершенствовался в хирургии, сосудистой хирургии, потом перешел в область онкологии. Впервые попробовал создать литературное произведение в 2011 году. Роман «Жизненный цикл» автор писал несколько месяцев. Только в

2016 году книга наконец нашла издателя и увидела свет.

Писатель рассказывает, что это роман-предупреждение, антиутопия, построенная на базе научно-фантастического жанра. Эта работа стала победителем всероссийского конкурса по научной фантастике, в котором участвовало около 80 романов. Некоторые научные предположения, высказанные в работе, оказались пророческими. Баксиян

считает, что такое возможно благодаря структурному подходу к анализу массива человеческих знаний.

Структурным подходом отличался и Жюль Верн, описавший подводные и летательные аппараты и высадку на Луну. Как и французский фантаст, доктор Баксиян не просто выдумывает невозможное, а обоснованно замысливает путешествия по Вселенной, впуская своих героев в тщательно описанный современный Ноев ковчег, способный неограниченно долго существовать без пополнения кислорода, воды и других жизненно важных веществ и продуктов. Это становится возможным благодаря теоретическому обоснованию полной автономии корабля, что, по мнению издателей, ранее не встречалось в научной фантастике.

Именно сейчас, когда новые области применения человеческого знания появляются на стыках наук и искусств, в синтезе знаний и умений, люди с широким кругом интересов имеют шанс проявить себя. **МММ**



календарь событий 2018 г.

- 3 апреля в 14:30** Семинар в рамках «Московской школы акушера-гинеколога»
Цикл обучения состоит из 4 блоков. Изменение состава обучающихся в каждой группе не предусмотрено. По окончании обучения выдаются именные сертификаты установленного образца.
Адрес: Севастопольский проспект, 24а, подъезд 31 (большой конференц-зал ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ»).
- 4 апреля с 9:00 до 13:00** Семинар «Диабет и зрение. В фокусе – пациент»
Адрес: бизнес-центр «Атмосфера», 3-й этаж, конференц-зал «Диалог». Проезд: ст. метро «Менделеевская», ул. Суцневская, д. 25, стр. 1 (3 мин. пешком от метро).
- 5 апреля в 14:30** Семинар в рамках «Московской школы акушера-гинеколога»
Адрес: Севастопольский проспект, 24а, подъезд 31 (большой конференц-зал ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ»).
- 6 апреля в 14:00** Семинар «Инновации в лечении ВИЧ-инфекции в России. Элсульфавирин – первый в XXI веке»
Адрес: 9-я улица Соколиной Горы, д. 12. Клиника Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н. Ф. Измерова», большой конференц-зал. Для участия в семинаре необходима онлайн-регистрация на сайте www.nvagus.ru
- 6 апреля с 9:00 до 13:00** Семинар «Системный подход к терапии сахарного диабета II типа»
Адрес: бизнес-центр «Атмосфера», 3-й этаж, конференц-зал «Диалог». Проезд: ст. метро «Менделеевская», ул. Суцневская, д. 25, стр. 1 (3 мин. пешком от метро).



ОТКРЫТЫЕ РЕАНИМАЦИИ

ПРИГЛАШАЕМ В ПРОЕКТ «ОТКРЫТЫЕ РЕАНИМАЦИИ»

Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы приглашает московские больницы, клиники федерального, регионального и ведомственного подчинения присоединиться к проекту «Открытая реанимация». Многие московские больницы уже открыли реанимации для посещения пациентов родственниками. Если вы разделяете инициативу и готовы присоединиться к проекту, оставьте заявку на сайте niioz.ru или напишите на ChkoniyaMA@zdrav.mos.ru.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель
Леонид Михайлович Печатников,
заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития

Редакционный совет

Амплеева Т. В., Андреева Е. Е., Анциферов М. Б., Арутюнов Г. П., Бордин Д. С., Богородская Е. М., Брюн Е. А., Васильева Е. Ю., Дубров В. Э., Жилиев Е. В., Зеленский В. А., Колтунов И. Е., Конопляников А. Г., Крюков А. И., Мазус А. И., Мантурова Н. Е., Мухтасарова Т. Р., Назарова И. А., Никонов Е. Л., Нурмухаметова Е. А., Орджоникидзе З. Г., Орехов О. О., Плутницкий А. Н., Погонин А. В., Потеев Н. Н., Пушкарь Д. Ю., Хатьков И. Е., Ходырева Л. А., Хубуттия М. Ш., Шабунин А. В., Шамалов Н. А.

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Заместитель главного редактора

Давид Валерьевич Мелик-Гусейнов

