



Культурный код
АННА ХАСИНА
О ТОМ, ЧЕГО
ДЕЙСТВИТЕЛЬНО
ХОТЯТ ПАЦИЕНТЫ

Соцсети
СЕКРЕТЫ ПОПУЛЯРНОСТИ
ОТ ОЛЬГИ КАШУБИНОЙ

Экспертная оценка
**ЧТО ТАКОЕ
ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА?**

ОПЫТ ПАЦИЕНТА: КАК ЭТО РАБОТАЕТ?



Все для эндохирургии

Производство, реализация и сервис

Инновационно-производственная фирма «ППП» г. Казань выполняет все циклы производства инструмента для эндохирургии, а также обеспечивает поставки и сервисное обслуживание полного спектра оборудования для лапароскопии, артроскопии и риноскопии. Пройдя непростой путь своего становления, компания непрерывно проводит мониторинг всех тенденций в хирургии, своевременно вносит изменения и совершенствует выпускаемую продукцию.

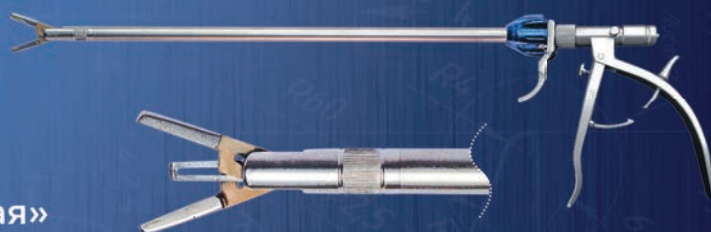
Герниостеплер



- Многоразовый инструмент
- Сменные картриджи
- Внешняя сторона фиксаторов атравматична

Зажим биполярный двухбраншевый термоэлектролигирующий с ножом для рассечения струпа

- Многоразовый инструмент
- Внешняя сторона бранш «холодная»
- Адаптируется к аппаратам ЭХВЧ разного типа



Инструменты щипцовой группы

- Бессерьговый механизм

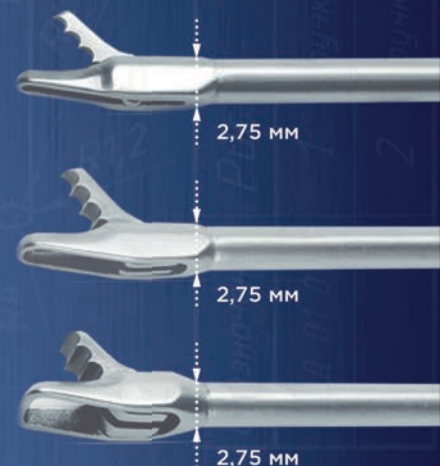


ППП

Аналог

Щипцы баскетные прямые

- Профиль инструмента 2,75 мм
- Усиленная рабочая часть



Инструмент для проведения и захвата нити

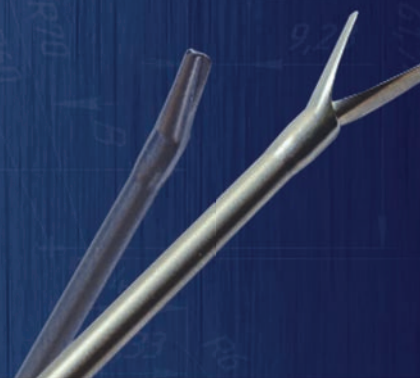
инструмент для прошивания мениска

При вводе наконечника иглы в полость раны, колющая часть иглы спрятана в рабочей части инструмента, что позволяет полностью исключить повреждение тканей человека. После прокалывания мениска, игла входит в наконечник, автоматически захватывает шовную нить и возвращается в исходное положение, протаскивая при этом нить через прокол.



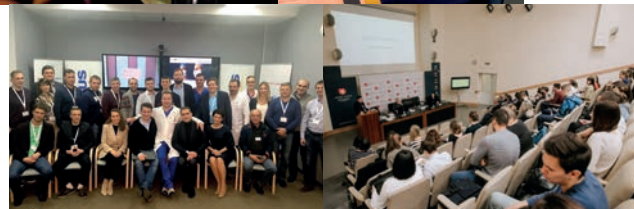
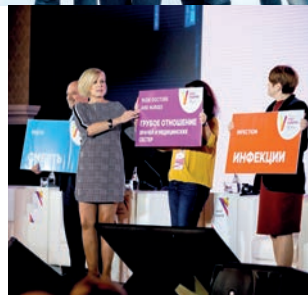
Ножницы ротационные

Ножницы – идеальны для манипуляций на всех участках мениска благодаря боковому режущему действию и способности уместиться в труднопроникаемых зонах. Конструкция ножниц позволяет развить большее усилие резанья, превосходящее обычные ножницы в несколько раз. Ножницы с одинаковой легкостью и точностью рассекают как очень тонкие, так и толстые участки мениска.



СОДЕРЖАНИЕ

Тренды в мире	6
Тренды в России	7
Тренды AMTEC KAZAN	8
В цифрах	
AMTEC KAZAN. Итоги 2019 года	9
Экспертное мнение	
Умудренные опытом. Пациента	14
Культурный код	
Слышать пациента и быть услышанным	16
Культурный код	
Пять вопросов о пациентоориентированности	19
Навыки	
OLYMPUS развивает тренинг-центры для российских врачей	22
Экспертное мнение	
Любовь к профессии + знание английского	24
Экспертное мнение	
Плечом к плечу	26
Дискуссионная площадка	
В поиске лучших доказательств	28
Соцсети	
Ольга Кашубина: «Рецепт популярности: регулярность и искренность»	32
Безграничные возможности	
Команда «белых цветов»	36
След в истории	
Александр Самойлов: друг сердца	38
Календарь	
Расписание курсов на 2020 год	40





СЛОВО РЕДАКТОРА

Декабрь — время подводить итоги, у всех предновогоднее настроение, честно говоря, не совсем рабочее. Но мы ударно заканчиваем этот год, на позитивной ноте и с полным удовлетворением от проделанной работы. Образовательный центр высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN стал местом встреч ведущих международных экспертов с российскими коллегами, где обмениваются бесценным клиническим опытом, обсуждают самые актуальные вопросы медицинской практики. Мы были рады видеть наших добрых друзей — признанных лидеров мнений, и заводить новые знакомства с не менее маститыми экспертами. Уже стали доброй традицией Российско-Европейский торакальный симпозиум, международные школы по артроскопии и проктологии, совместная с Клиникой Мэйо конференция «Опыт лидеров», Конгресс молодых ученых в медицине и целый ряд других мероприятий. Они становятся настоящим событием, их ждут наши врачи, чтобы узнать о последних достижениях медицины, почерпнуть что-то полезное, вдохновиться, наконец. В этом году мы впервые проводим в Москве уникальный форум Patient Experience, посвященный опыту пациента. Мы стали еще ближе к вам, организуя стажировки и посещения медицинских конференций по всему миру, проводя мастер-классы и интенсивы по всей России. Да что там! В наше время достаточно быть подписанным на наши аккаунты в соцсетях, и вы сможете в онлайн-режиме принять участие во встречах с ведущими экспертами. И еще один проект этого года — тот, что вы сейчас держите в своих руках. Это итоговый номер журнала AMTEC KAZAN Info, но, конечно, далеко не последний. Надеюсь, вы нашли здесь для себя что-нибудь интересное, полезное и вдохновляющее на новые свершения. Давайте совершенствоваться и достигать новых высот вместе — в новом году!

Главный редактор
AMTEC KAZAN Info
Леонид Галинский

Когда дело горит

Как избежать профессионального выгорания? Вот шесть стратегий, предложенных Национальной медицинской академией США.

1. Создание позитивной атмосферы на рабочем месте. Для врачей важны удовлетворенность работой и социальная поддержка. При принятии тех или иных управленческих решений, внедрении новых технологий адми-

нистрация должна учитывать, как это повлияет на деятельность персонала.

2. Создание благоприятных условий в медицинских учебных учреждениях. Это касается как учебной нагрузки в целом, так и, например, стипендий студентов-медиков.

3. Внедрение и совершенствование технологий. Так, проблемы с документооборотом актуальны и на западе. Предлагается обеспечить автоматиза-

цию, упростить систему электронных медицинских карт, сделав ее более интуитивно понятной.

4. Снижение административного бремени. Еще одна общая для всех проблема — избыточное количество нормативных актов, стратегий и т. п., принимаемых федеральными и местными властями. Многие из них не касаются непосредственно вопросов лечения, однако создают дополнительную нагрузку на врачей.

5. Оказание поддержки врачам и студентам-медикам. Можно предотвратить профессиональное выгорание или облегчить его симптомы, помочь восстановиться. Необходимо устранить барьеры и побороть предрассудки по этому поводу, обеспечив медицинское сообщество помощью.

6. Исследования, направленные на изучение проблемы профессионального выгорания. В следующем году в США планируется разработать соответствующую программу. Ее приоритеты: определение причин выгорания на каждом из этапов профессионального пути, установление взаимосвязи с обеспечением безопасности медицинской помощи, разработка мер по профилактике выгорания у клиницистов и студентов-медиков.



Перекрыть кислород болезни

Фундаментальные исследования американцев Уильяма Келина и Грегга Семензы и Петера Ратклиффа из Великобритании удостоены Нобелевской премии по медицине.

В прошлом номере мы рассказали о научных трудах лауреатов Шнобелевской премии. Переходим от сомнительных достижений к фундаментальным. Как живые клетки реагируют на присутствие и нехватку кислорода, каков механизм этих реакций? Ответы на эти вопросы позволили получить исследования, выполненные учеными из США и Великобритании. Если говорить упрощенно, сначала Греггом Семензой был открыт белок HIF (фактор, индуцируемый гипоксией). Именно он запускает гены, которые начинают бороться с нехваткой кислорода. Его коллеги Уильям Келин и

Петер Ратклифф показали, как именно этот фактор «чувствует» уровень кислорода в клетке, раскрыв механику процесса. Нобелевский комитет отметил, что понимание этого механизма позволит найти способы борьбы с анемией, онкологическими и прочими

заболеваниями. В частности, HIF является отличной мишенью — подавляя его работу, можно остановить рост опухоли. Уже сегодня ведутся исследования препаратов, принцип действия которых основан на «выключении» этого фактора.



«Первичка» на миллиарды

На модернизацию первичного звена в течение следующих пяти лет будет направлено 550 млрд рублей.

Напомним, обсуждение перспектив развития отечественного здравоохранения прошло в рамках прошедшего недавно в Светлогорске Государственного совета. Тогда же президентом была озвучена примерная сумма финансирования первичного звена — по 50 млрд рублей в течение трех лет. При этом глава госу-

дарства отметил, что после экспертизы региональных программ объем ассигнований может быть скорректирован. И вот первым вице-премьером, министром финансов Антонов Силуановым была озвучена окончательная (насколько это возможно в российских реалиях) цифра — 550 млрд на 5 лет. Причем 50 млрд будет направлено в 2020 году. За пятилетку планируется полностью модернизировать ФАПы, поликлиники и районные больницы.



Роструд обозначил дефицит

Федеральная служба по труду и занятости сообщила о том, в каких врачах больше всего нуждаются работодатели.

Согласно базе Роструда «Работа в России», на первом месте по количеству предложений находятся терапевты, чуть меньше работодатели нуждаются в педиатрах. Третье место среди наиболее дефицитных специальностей занимают анестезиологи-реаниматологи. Затем идут врачи скорой помощи, неврологи, стоматологи и акушеры-

гинекологи. Десятку наиболее востребованных специальностей замыкают хирурги, врачи общей практики и офтальмологи. Также отмечена высокая потребность в медицинских сестрах. В медицинских кадрах больше всего нуждаются в Красноярском и Краснодарском краях, в Кемеровской, Ростовской, Саратовской и Свердловской областях. Согласно данным министра здравоохранения России Вероники Скворцовой, в среднем по стране дефицит врачей составляет около 25 тысяч человек.



Потерянные выпускники

20-30 % выпускников медицинских вузов не поступают в ординатуру и не трудоустраиваются в «первичке».

Напомним, что сегодня действует упрощенная система, согласно которой молодой врач после первичной аккредитации без дополнительной подготовки может быть допущен к работе в первичном звене в качестве участкового педиатра, терапевта, амбулаторного стоматолога. «В 2019 году к аккредитации были допущены 37 679 выпускников, из них аккредитованы 97,7 %. А по среднему образованию — 61 546 и 93,5 % аккредитованы. При этом трудоустроены в первичное звено 12 801 врач... и 5 377 сотрудников со средним медицинским образованием. Таким образом, ежегодные потери тех выпускников, которые не трудоустроены в первичное звено и не поступили в ординатуру, составляют 20-30 %», — отметила глава российского Минздрава Вероника Скворцова.





В новый год — в новом образе!

Какой подарок будет лучшим для врача, увлеченного своей профессией, живущего любимым делом? AMTEC KAZAN предлагает беспригрышный вариант — именная медицинская одежда!

Ненормированный рабочий день, неотложные случаи, сложные патологии — таковы реалии любого хирурга. Однажды выбрав эту стезю, врачи посвящают любимому делу всю свою жизнь. Но это не значит, что они не ценят комфорт и удобство. И в частности, это касается медицинской одежды. «Главное, чтобы костюмчик сидел» — слова этой песенки актуальны и для хирургических костюмов. Качественный пошив, комфортная, практичная ткань, и, конечно, стильный дизайн — все это важно для врача, который часами стоит у операционного стола. Именно такие хирургические костюмы предлагает AMTEC KAZAN. А бренд

Образовательного центра служит еще одним подтверждением приверженности врача постоянному саморазвитию, совершенствованию профессионального мастерства. Приятной «вишенкой на торте» станет именная одежда, позволяющая еще раз подчеркнуть индивидуальность врача, его авторитет и неповторимый стиль.

Кстати, именное нанесение доступно и для линии одежды AMTEC KAZAN в стиле кэжуал. Это бомберы, худи и свитшоты на все случаи жизни. Они оказались очень востребованы у медицинского сообщества, причем не только в России, но и в ближнем зарубежье. Многочисленные позитивные отзывы в соцсетях — лучшее тому подтверждение.

Как заказать? Очень просто: достаточно сделать запрос в официальных аккаунтах AMTEC KAZAN в «Инстаграм», «Фейсбук» или «Вконтакте».





АМТЕС • KAZAN

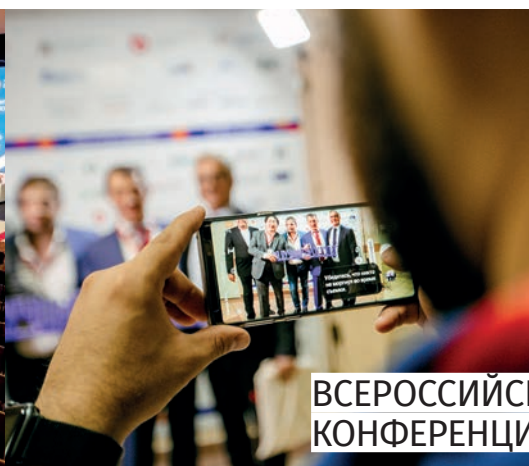
Образовательный центр
высоких медицинских
технологий

ИТОГИ 2019 ГОДА

6



МЕЖДУНАРОДНЫХ
КОНФЕРЕНЦИЙ



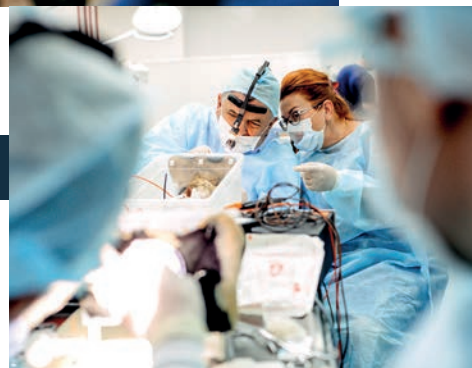
4

ВСЕРОССИЙСКИЕ
КОНФЕРЕНЦИИ



73

КУРСА



2382

УЧАСТНИКА
КОНФЕРЕНЦИЙ
АМТЕС KAZAN



735

УЧАСТНИКОВ
КУРСОВ



1770

УЧАСТНИКОВ
МЕРОПРИЯТИЙ
ЗА РУБЕЖОМ И ПО РОССИИ



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
ОТ ВСЕЙ ДУШИ ПОЗДРАВЛЯЮ ВАС
С НАСТУПАЮЩИМ НОВЫМ ГОДОМ!



2019 год стал для нас временем перемен. Стартовал Национальный проект «Здравоохранение», который призван качественно изменить нашу отрасль, повысить доступность медицинской помощи.

Вместе с финансированием это еще и большая ответственность — перед нами поставлены задачи по снижению смертности населения от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, решению вопроса дефицита кадров, модернизации первичного звена, развитию профилактического направления. Реализация всех этих амбициозных планов в конечном счете зависит от каждого врача, его профессионализма и стремления к самосовершенствованию, искреннего желания помогать людям.

Абсолютно уверен, что все эти качества характеризуют представителей медицинского сообщества Татарстана и России. Желаю никогда не останавливаться на достигнутом, всегда стремиться к новым высотам, и чтобы во всех делах вам сопутствовала удача! Успехов, крепкого здоровья и благополучия! С праздником!

Марат Садыков,
министр здравоохранения Республики Татарстан,
заслуженный врач Республики Татарстан, к. м. н.



ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!
ПОЗДРАВЛЯЮ ВАС С
НАСТУПАЮЩИМ НОВЫМ ГОДОМ!

Когда мы только начинали, Образовательный центр был нестандартным и нетипичным для того времени проектом. Но сегодня здесь налажена системная работа, он успешно расширяет сферу своей деятельности. И это радует.

Перед нашей системой здравоохранения стоят очень серьезные вызовы. Они изменились по сравнению даже с тем, что было 5-7 лет назад. Во-первых, очевидно, что система последипломного медицинского образования нуждается в совершенствовании. Во-вторых, увеличение продолжительности жизни населения требует дополнительных средств на изменение системы здравоохранения в соответствии с растущими запросами, внедрения новых технологий. А значит, Образовательный центр и впредь будет очень востребован. Думаю, он станет одним из инструментов для воплощения в жизнь тех изменений в здравоохранении, которые так нужны.

Мы продолжаем реализацию национального проекта «Здравоохранение». В 2020 году федеральным бюджетом предусмотрено выделение дополнительных средств в систему ОМС. В общей сложности отрасль получит 4 трлн рублей. В целом экономическая ситуация в стране стабильная, и я полагаю, что задачи, поставленные президентом, вполне выполнимы. Желаю успехов в наступающем году, удачи во всех делах и, конечно, крепкого здоровья!

Айрат Фаррахов,
депутат Государственной Думы Российской Федерации,
заслуженный врач Республики Татарстан, д. м. н.

ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!
ПОЗДРАВЛЯЮ ВАС С
НАСТУПАЮЩИМ 2020 ГОДОМ!



Желаю новых грандиозных проектов, успехов во всех ваших начинаниях! Впереди нас ждет еще много побед и свершений, интереснейших встреч и событий, разные страны и удивительные открытия. Пусть все ваши самые смелые идеи воплощаются в жизнь!

Добрых светлых улыбок и счастья, чтобы всегда рядом были верные и надежные друзья! С праздником!

Гульнара Мухамеджанова,
директор ТОО «КЛИНИКА МИПО» (Алматы, Казахстан)



ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!
ПОЗДРАВЛЯЮ ВАС С
НАСТУПАЮЩИМ НОВЫМ ГОДОМ!

В любые времена профессия врача остается самой благородной, гуманной и такой нужной каждому. Но для того, чтобы соответствовать растущим запросам наших пациентов, нам необходимо стремиться к постоянному совершенствованию своего мастерства, быть в курсе всех последних достижений медицинской науки и современных технологий.

Саморазвитие – непрерывный процесс, залог успешной практики любого специалиста. Именно поэтому мы сотрудничаем с Образовательным центром высоких медицинских технологий с самого момента его создания. Это место, где можно получить бесценный опыт от ведущих международных и российских экспертов, поделиться своим видением клинических проблем.

Вопрос последилового образования сегодня актуален как никогда, и только постоянно обучаясь, российские врачи могут оставаться в авангарде отечественного здравоохранения.

Желаю вам всегда сохранять жажду новых знаний и навыков, успехов на профессиональном поприще и, конечно, больше благодарных пациентов!

Пусть в новом году вам сопутствует удача во всех делах! Крепкого здоровья и благополучия!

Рафаэль Шавалиев,
главный врач Республиканской клинической больницы МЗ РТ,
заслуженный врач Республики Татарстан, к.м.н.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!



2019 год – год десятилетия моего сотрудничества с Образовательным центром высоких медицинских технологий. За эти годы через курсы обучения по лапароскопии и гистероскопии прошли сотни гинекологов из разных уголков нашей страны. Я могу с уверенностью сказать, что многие в этих стенах получили основательный багаж знаний, который пригодился в работе. Со многими мы стали друзьями и до сих пор поддерживаем отношения.

Конечно, современные подходы, которые практикуются при обучении эндоскопическим методикам в гинекологии, показывают свою эффективность. Сочетание теории и практической направленности наших занятий дают свои плоды. Я надеюсь, что в будущем году мы расширим возможности наших тренинговых курсов. В марте мы планируем начать проводить курс, который будет называться «Осложнения лапароскопии в гинекологии». Его уникальность заключается в том, что осложнения мы будем моделировать на анимальных моделях. Это позволит поднять на новый, более качественный уровень знания и умения врачей.

Хочу поблагодарить руководство AMTEC KAZAN за гостеприимство, деловой подход, понимание многих вопросов, связанных с организацией обучения, помощь, которую оно оказывает в процессе нашей работы.

Хочу пожелать здоровья вам и вашим пациентам, успехов в работе и самое главное – никогда не останавливаться на достигнутом! И в этом нам поможет наш центр AMTEC KAZAN!

Андрей Дубинин,
главный врач клиники «Мать и дитя» (Санкт-Петербург),
акушер-гинеколог высшей категории, к.м.н.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!
С НАСТУПАЮЩИМ НОВЫМ
ГОДОМ!

Год уходящий был очень продуктивным, мы получили новые знания и навыки, завели новые знакомства, открыли для себя новые перспективы совершенствования своего мастерства в Образовательном центре высоких медицинских технологий. Современная медицина находится на стыке разных направлений. Это справедливо и для ультразвука, который сегодня активно используется не только сугубо для диагностики, но и при малоинвазивных вмешательствах, например, в ортопедии. Наш курс вызывает огромный интерес у травматологов-ортопедов, врачей спортивной медицины и всех тех, кто хочет в полной степени использовать все преимущества этого метода. Это специалисты, которые не привыкли останавливаться на достигнутом, искренне увлеченные своей профессией, понимающие, что только постоянное движение вперед и саморазвитие – залог успеха современного врача.

Желаю вам всегда оставаться такими же открытыми всему новому, чтобы все ваши усилия вознаграждались благодарностью ваших пациентов! Удачи во всех делах, благополучия и, конечно, крепкого здоровья! С праздником, дорогие друзья!

Ирина Турдакина,
врач ультразвуковой диагностики ООО «Клиника профессора
Кинзерского», к.м.н.

ОТ ВСЕЙ ДУШИ ПОЗДРАВЛЯЮ
ВСЮ КОМАНДУ AMTEC
KAZAN, НАШИХ ВРАЧЕЙ И
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С
НАСТУПАЮЩИМ НОВЫМ
2020 ГОДОМ!



Я очень горжусь тем, что вот уже более 10 лет являюсь частью команды AMTEC KAZAN, частью команды, которая дорожит своей репутацией, построенной на изучении международного опыта, на высоком профессионализме и стремлении помочь медицинским специалистам узнать самую интересную, самую актуальную информацию, необходимую для практической работы. Наше видение и наши ценности определяют то, кто мы есть на самом деле, и как мы ведем себя. Ценности AMTEC KAZAN дают нам направление, чтобы мы могли принимать решения, которые улучшают здоровье.

Прошедший год был полон интересных встреч, обмена опытом, дискуссий, в которых рождались новые проекты, их реализация запланирована на следующий год.

Желаю успехов, здоровья, достижения новых высот в профессиональной деятельности!

Светлана Палевская,
ведущий научный сотрудник Национального НИИ
общественного здоровья имени Н.А. Семашко, д.м.н.



Действительно, этот год был богат на события. Он был очень плодотворным, мы обрели новых сторонников среди наших коллег. Это общение, это новые горизонты, это шикарная слаженная работа коллектива Образовательного центра. Всех с Новым годом. Думаю, что в новом году у нас будет еще больше работы — а значит, надо хорошо отдохнуть!

Эдуард Рахманкулов,
сопредседатель Международной образовательной школы
Ассоциации «Артромастер», заведующий отделением рекон-
структивной и пластической хирургии Городской клинической
больницы № 3 (Уфа), к. м. н.



В современной хирургии все время появляется что-то новое. Этим нам ортопедия и нравится. Будущий год — год десятилетия артроскопических курсов в Образовательном центре AMTEC KAZAN. Я желаю всем стабильности, успехов, процветания и, конечно, счастья!

Руслан Зайцев,
сопредседатель Международной образовательной школы
Ассоциации «Артромастер», доцент кафедры общей и специ-
ализированной хирургии МГУ им. Ломоносова, к. м. н.

УМУДРЕННЫЕ ОПЫТОМ. ПАЦИЕНТА



Что такое опыт пациента? Модный тренд или концепция, позволяющая реально менять здравоохранение к лучшему? Пытаемся разобраться вместе с одним из первых амбассадоров Patient Experience Movement (Движение «Опыт пациента», США) Коллин Суини и Институтом Берила (США).

Всеобъемлюще понятие

Сегодня ориентация на опыт пациента — актуальный тренд для ведущих американских и европейских клиник. Можно ли рассматривать это движение как закономерное развитие идей пациентоориентированности? Конечно, да. Но в целом это, конечно, более всеобъемлющее понятие, по мнению Коллин Суини, одного из ведущих мировых экспертов в этой области, автора бестселлера «160 способов проявить эмпатию». По просьбе AMTEC KAZAN Info она поделилась своей трактовкой: «Опыт пациента охватывает

все, что пациент и его семья испытывает до, во время и после госпитализации. Это все взаимодействия с пациентом: телефонный звонок, изучение информации о медицинской организации в интернете, детали плана медицинского обслуживания, собственно, сама помощь, оказываемая врачами, медсестрами и другими медработниками, общение по поводу диагностики, фармакотерапии, выписки, последующий уход. И прежде всего, это эмоциональная поддержка, которую пациент получает на всех этапах оказания медицинской помощи».

Чуть более лаконичное определение дает Институт Берила, США, глобальная некоммерческая организация в этой области: «Опыт пациента — сумма всех взаимодействий, сформированных культурой организации, которые влияют на восприятие пациента через непрерывный уход (помощь — прим. ред.)».

Нередко опыт пациента путают с удовлетворенностью медицинской помощью. Это близкие понятия, но не синонимы. Первый позволяет оценить, насколько процессы в медицинской организации соответствуют тем,

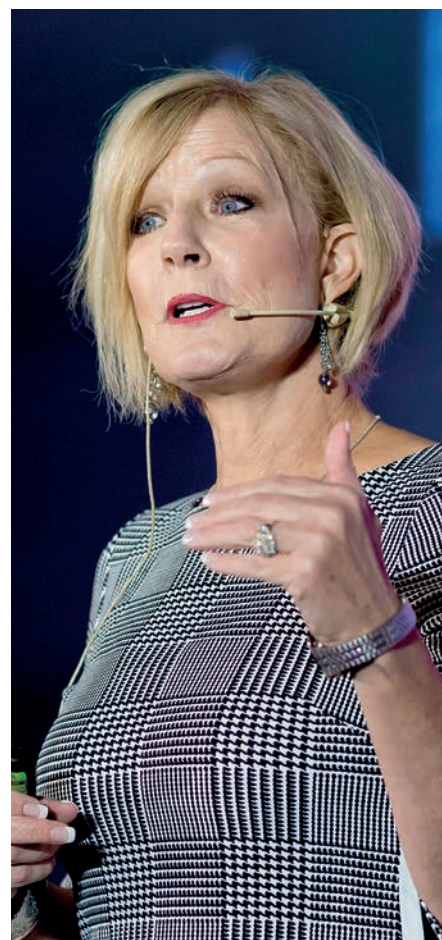
что должны быть, с позиции пациента. Например, как выстроены коммуникации и другие аспекты. А удовлетворенность — это то, насколько оправдались ожидания пациента. У двух разных людей могут быть разные представления о прекрасном, и, соответственно, они могут дать разные оценки медицинской помощи.

Пациент в центре модели

Клиническая помощь и все, что с ней связано, традиционно оставались прерогативой тех, кто, собственно, ее и оказывал. Однако за последние

десять лет, отмечает Коллин Суини, произошел качественный сдвиг в пользу интересов пациента. Теперь именно он находится в центре модели оказания медицинской помощи, ему предоставлено право голоса при выборе тактики лечения и индивидуального ухода. Более эффективное регулирование мер по обеспечению безопасности и качества, а также изменение восприятия пациентом медицинской помощи во многом связаны с появлением опросов CAHPS (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, можно перевести как «потребительская оценка поставщиков медицинских услуг и систем здравоохранения», прим. ред.). Они тщательно проработаны, основаны на научных данных.

За последние несколько лет движение «Опыт пациента» стало приоритетным для руководителей больниц во всем мире, они направляют свои ресурсы и усилия для максимального удовлетворения потребности пациентов. «В конечном счете, мы должны предоставить пациенту наилучший уход», — подытоживает Коллин Суини.



ЗА ПОСЛЕДНИЕ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ДВИЖЕНИЕ «ОПЫТ ПАЦИЕНТА» СТАЛО ПРИОРИТЕТНЫМ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНИЦ ВО ВСЕМ МИРЕ, ОНИ НАПРАВЛЯЮТ СВОИ РЕСУРСЫ И УСИЛИЯ ДЛЯ МАКСИМАЛЬНОГО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ.



СЛЫШАТЬ ПАЦИЕНТА И БЫТЬ УСЛЫШАНЫМ



Почему ориентация на опыт пациента и выстраивание медицинских процессов в организации важнее, чем формирование чисто коммерческих задач? И причем здесь Клиника Мэйо? Ответы на эти и другие актуальные вопросы из практики современного руководителя здравоохранения — в интервью Олега Зинова, директора по развитию сети стоматологических клиник «Президент».

- Олег Алексеевич, ни для кого не секрет, что в плане пациентоориентированности иностранный опыт пока является более передовым. Какие подходы зарубежных коллег вам наиболее импонируют?

- В прошлом году мы узнали много нового об опыте Клиники Мэйо. Команда главных врачей и ведущих специалистов наших клиник посетила двухдневную конференцию «Опыт лидеров» в Казани. Здесь мы познакомимся с экспертами и организаторами здравоохранения, работающими в системе Мэйо.

- Что вам больше всего запомнилось?

- В первую очередь это открытость в признании ошибок, которые совершил врач или сотрудник, отсутствие страха перед комментированием нештатных ситуаций на всех уровнях. Дальше идет разбор случая, принимается решение, и пациенту сообщают, что возникла та или иная проблема.

Если хочешь что-то изменить, надо начинать с себя. Руководители ряда наших клиник во время совещаний с медицинским персоналом стали открыто говорить о врачебных ошибках, которые они совершили во время практики. А также рассказывать об анализе своей работы, приводя примеры, где можно было поступить лучше.

В долгосрочной перспективе это позволяет повысить лояльность как персонала, так и пациентов. Кроме того, это профилактика.

- Можно ли сказать, что в условиях конкурентной среды лояльность пациента — это залог существования бизнеса как такового?

- На мой взгляд, мы находимся в высококонкурентной среде с точки зрения кадров. Специфика работы стоматологической отрасли заключается в том, что пациенты идут к конкретным врачам. И чем более высококлассный специалист работает в твоей команде, тем

больше пациентов приходят по рекомендациям. Мы больше фокусируемся на обеспечении высокого качества лечения, а не на мотивации людей приходить именно к нам.

Я считаю, что сегодня мы живем в период конкуренции не за пациента, а за персонал. Мы вошли в период, когда стали очевидны последствия демографической ямы 90-х годов. Молодых специалистов, которые должны были прийти на смену более возрастным врачам, сейчас очень не хватает. Люди, которые могут уйти на пенсию, остаются на своих местах. Высока конкуренция, но не среди стоматологов, а среди их работодателей. При этом качество медицинского образования находится на неудовлетворительном уровне. Условно говоря, студент после ординатуры не обладает нужными нам базовыми знаниями и навыками. И начав работу в нашей компании, молодой врач еще 2-3 года обучается у нас, чтобы стать специалистом начального уровня.

Возвращаясь к предыдущему вопросу, что запомнилось при обучении на конференции в Казани. Мы в очередной раз убедились, что медицина стоит на трех китах: клиника, образование, научные исследования и разработки. И благодаря триединой модели Клиника Мэйо успешно функционирует уже более 100 лет, приобрела репутацию образцовой и среди врачей, и среди пациентов. В России же сфера последилового образования, скажем так, не радует. Что внедрили мы? Мы подписали договор с рядом медицинских вузов о предоставлении практики студентам-ординаторам (стоматологам общей практики) на базе наших клиник. Если медцентр обладает специальной лицензией, то врачи-ординаторы могут выполнять здесь определенный спектр манипуляций. В каждой клинике нашей сети работает по 2-3 ординатора. К каждому молодому доктору прикреплен наставник из числа наших специалистов, он делится своими знаниями и навыками, позволяет ассистировать, выполнять базовые процедуры. В последние годы мы уделяем большое внимание развитию наставничества. При этом большая часть ординаторов впоследствии остается в наших клиниках. Сегодня они молодые доктора, а спустя несколько лет — ядро нашей

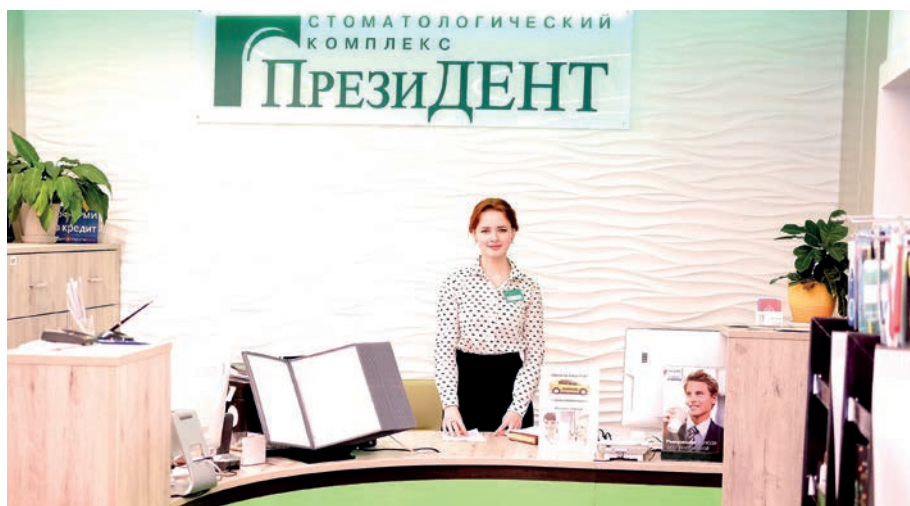
организации. Опора на развитие собственных кадров — это, пожалуй, единственный путь развития.

- Какие еще инструменты вы взяли на вооружение? Например, в прошлом году в Казани впервые выступила Коллин Суини — международный эксперт по опыту пациента.

- Сегодня модные направления в бизнесе — повышение продаж, маркетинг, мотивирование пациентов на дорогостоящее лечение. Мы пошли другим путем. В ряде наших клиник мы ввели практики, направленные на повышение эффективности коммуникаций с пациентами, создали систему управления их ожиданиями. После посещения конференции главные врачи прочитали доклады в своих клиниках, внедрили элементы развития

эмпатии, эмоционального интеллекта. Насколько это проблема актуальна для нас? Так, не все врачи готовы проявлять сопереживание и поставить себя на место пациента, для которого поход к стоматологу — это огромный стресс. Специалист может вести себя со всеми одинаково, как профессионал диктует свои правила. С частью пациентов это работает. Но кого-то надо убеждать в своей правоте, кого-то просто поддерживать. Врач зачастую оказывается к этому не готов. На уровне сети мы провели доклады от руководителей, в 10 клиниках — специализированное обучение. Нам важно, чтобы в процессе лечения специалист проходил этот путь с пациентом как с партнером, вместе обозначая и решая проблемы. Это нужно и врачу, поскольку позволяет установить хороший кон-





по-другому. Один человек формулирует задачи, он же принимает решение, а на местах его исполняют. В связи с этим порой возникают некоторые коллизии, когда люди не считают эти задачи своими и выполняют их соответственно.

- Судя по нашему разговору, у вас в процесс принятия ряда решений вовлечено достаточно большое количество сотрудников.

- У нас есть решения, которые принимаются централизованно, и мы информируем людей на местах о том, что теперь мы будем работать вот так. Но есть и решения, которые принимаются коллективом самих клиник, — по кадровому составу, использованию медицинских материалов и препаратов. Например, мы предлагаем определенный спектр применяемых в тех или иных случаях методов. Если есть другие предложения, то их можно вынести на обсуждение на уровень экспертов сети. Их рассмотрят, и, возможно, внедрят.

Наша компания — это не вертикально интегрированная структура, зачастую инициатива исходит с мест. И мы этому очень рады. Но мы не только даем право, но и возлагаем на людей ответственность. Если человек проявляет себя, у него появляется возможность карьерного роста. У нас сейчас сформирован пул топ-менеджеров, которые были «выращены» внутри компании, из рядовых сотрудников. Это произошло, в том числе, благодаря реализации инициатив снизу, возможности их воплощения в виде стандарта сети.

такт. Порой наши пациенты по окончании лечения, например, привозят торты для коллектива, начинают рекомендовать нас своим друзьям. В лечении успех зависит на 50 % от врачей и на 50 % от пациента. Например, мы проводим имплантацию. После нее есть ряд противопоказаний. Если врач не донес эффективно эту информацию до пациента, человек может ее проигнорировать, что приведет к осложнениям. Система эмпатии, эмоционального интеллекта помогает нам слышать пациента и быть услышанными.

- Вы можете оценить, как такие изменения и нововведения отражаются на показателях клиники?

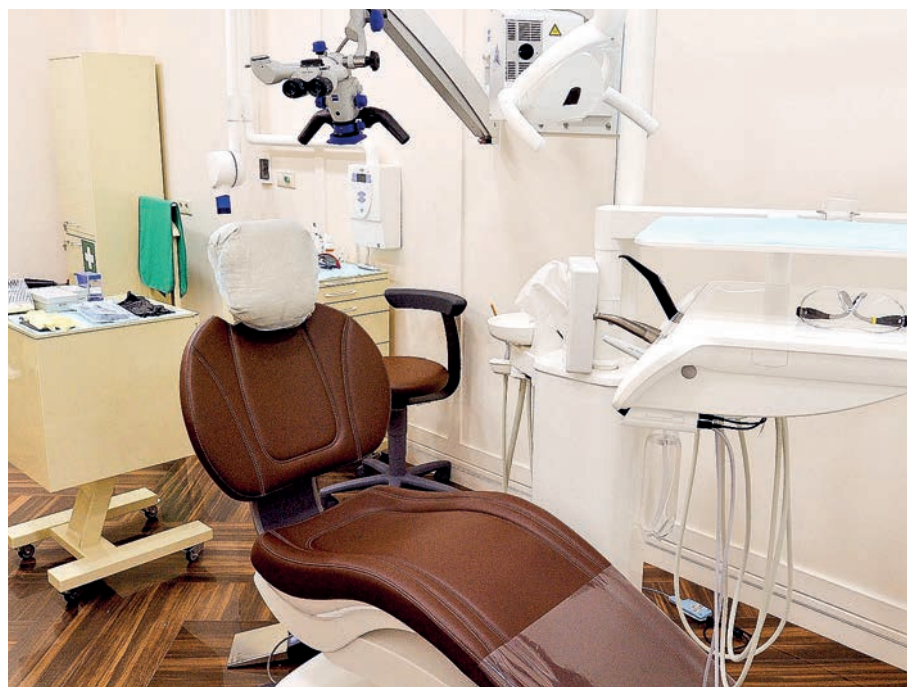
- Конечно, не всеми нашими достижениями мы обязаны подходам Клиники Мэйо. На уровне главных врачей клиник, руководства компании мы регулярно устраиваем мозговые штурмы на тему, что мы можем улучшить, разрабатываем проекты трансформации как отдельных клиник, так и компании в целом.

После прохождения обучения мы убедились в правильности выбранного пути развития. Сегодня мы понимаем, что став лучшим работодателем на этом рынке, мы сможем сделать наши ценности доступными большому количеству пациентов. В тех клиниках, где мы внедряем принцип открытости в коммуникациях, систему непрерывного повышения мануальных навыков, новые технологии, обучаем врачей эмпатии, растет количество пациентов, пришедших по рекомен-

дации от своих друзей и близких. Это по поводу показателей. Не хочется говорить о коммерческих победах.

- Почему бы и нет?

- Наша главная цель — выстраивание медицинских процессов, обеспечивающих качественное лечение и минимизацию количества осложнений. А деньги — это производная. Все наши руководители регулярно проходят обучение управленческим инструментам. Медицина здесь вполне вписывается в общую канву. Цели, задачи, миссия, работа с кадрами — эти понятия и подходы используются в любой отрасли. Единственное, что отличает российский менталитет от западного — это стиль управления. Если говорить о Европе и США, там, как правило, коллегиально формируют список задач, кто-то один принимает решение, затем оно воплощается в жизни. В российской действительности все немного



ПЯТЬ ВОПРОСОВ О ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТИ



Специально для АМТЕС KAZAN Info путеводитель по вопросам пациентоориентированности подготовила Анна Хасина, эксперт по медицинским коммуникациям, директор консалтинговой компании «МАС-менеджмент», MBA в управлении здравоохранением.

Зачем нужна пациентоориентированность?

Термин «пациентоориентированность» является новым для нашей страны, и единой его трактовки пока нет. Если говорить языком бизнеса, пациентоориентированность – частный случай более известной клиентоориентированности, локализованный в медицинской отрасли.

Игорь Манн в книге «Маркетинг без бюджета» определяет клиентоориентированность как инициацию положительных эмоций и восторга у потенциальных и существующих клиентов, что ведет к выбору товаров и услуг компании среди множества конкурентов, к повторным

покупкам и получению новых клиентов за счет рекомендаций уже существующих. Клиентоориентированность как сервис – это, с одной стороны, набор конкретных действий сотрудников, а с другой, идеология всей деятельности компании.

Дж. Шоул, один из главных идеологов деятельности компании в сервисной парадигме, утверждает, что качественный сервис – это концентрация всех ресурсов и сотрудников на удовлетворении клиентов. «Сервис – это все процессы внутри компании. Элемент обслуживания есть во всем, что делает каждый сотрудник, потому что в итоге любая деятельность влияет на реальное или воспри-

нимаемое качество продукта или услуги, приобретаемых клиентом», – пишет он в книге «Лояльный клиент. Как превратить разгневанного покупателя в довольного за 1 минуту».

В ходе исследования компания TARP установила, что клиент, которого хорошо обслужили при получении услуги, рассказывает об этом в среднем пяти людям. Но об отрицательном опыте от него узнают в среднем 9–10 человек. Это отличный аргумент в пользу усилий, направленных на удовлетворение клиентов, если таковые хоть когда-то предпринимались.

Преимущества пациентоориентированности трудно переоценить. Среди результатов внедрения сервисного подхода в клинике можно отметить:

- увеличение лояльности пациентов, уменьшение количества жалоб и увеличение числа позитивно разрешенных жалоб; увеличение количества рекомендаций и как следствие – рост числа новых обращений за услугами;
- репутационный рост, как следствие – повышение прибыли клиники при одновременном сокращении бюджетов на маркетинг, рекламу, продвижение;
- повышение вовлеченности сотрудников, как следствие – улучшение отношений в коллективе, повышение трудовой дисциплины и производительности, снижение количества ошибок (!);
- приятный бонус: дифференциация от конкурентов по самому «человеческому» критерию.

Можно вкладывать бюджет в узнаваемость и продвижение клиники, чтобы реклама настигала пациента из каждого угла. А можно ставить перед собой задачу оказывать исключительный сервис, тогда лояльные пациенты сами, добровольно становятся амбассадорами бренда клиники. Неплохо, не правда ли?

Как пациенты выбирают врача / клинику?

«Фейсбук», закрытая группа «Найди своего врача», 75 тысяч участников. На каж-

дый запрос «Посоветуйте врача или клинику...» – 70-250 рекомендаций. Частенько отзыв начинается словами: «С вашей проблемой – только к доктору X/ в клинику Y. Там вам точно помогут».

В начале 20-х гг. прошлого столетия социолог Мелвин Коупленд одним из первых заговорил о потребительской лояльности с теоретической точки зрения: «Когда потребитель лоялен бренду, то для удовлетворения своей потребности он обращается в вашу компанию в 100 % случаев».

Почему пациенты выбирают именно этого врача или клинику? Ответ на этот вопрос позволит клинике понять, какой набор действий наиболее вероятно сформирует потребительскую лояльность. В сентябре 2019 года РБК представил результаты исследования факторов, влияющих на выбор клиники пациентами (<https://marketing.rbc.ru/articles/11055/>).

С большим отрывом в рейтинге пациентских предпочтений лидирует квалификация врачей. Задумаемся, однако, как именно пациенты ее оценивают? Этот вопрос был подробно рассмотрен в докладе А.П. Кравцова, председателя совета директоров медцентра «Палитра» (г. Владимир) сделанный на VI Национальном конгрессе частных медицинских организаций:

- 37 % пациентов – знание дела, компетентность. Компетентность врача можно оценить по статистике Территориального фонда ОМС. Так, например, успешность клиник при лечении бесплодия является одним из критериев выделения объёмов в системе ОМС. Данные Российской ассоциации репродукции человека очень близки к статистике ТФОМС, что делает этот способ оценки обнадеживающе объективным. К сожалению, для многих отраслей медицины – например, неврологии – данный метод неприменим. Более того, в реальности пациенты крайне редко обращаются к объективным количественным данным оценки;
- 33 % – человечность, вежливость, уважение к пациенту. Согласно данным консалтинговой компании Patient Engagement HIT, жалобы на некачественное лечение составляют 21 % от общего числа жалоб, в то время как жалобы на плохую коммуникацию – 44 % (!);

- 25 % – опыт, практика, стаж, наличие у врача категории, ученой степени, научных работ, рейтингу цитируемости и т.п.,
- 22 % – позитивный результат лечения. В действительности он зависит не только от квалификации врача, но и от комплаентности пациента (приверженности лечению) – дисциплины в выполнении рекомендаций, разницы между его ожиданиями и фактическим результатом и т.п.
- 19 % – правильный диагноз и грамотное лечение. Увы, у пациента обычно не хватает квалификации, чтобы оценить корректность постановки диагноза и выбора тактики лечения. В действительности он оценивает, насколько был информирован, достаточным ли оказалось обезболивание, а также насколько назначения врача совпали с его ожиданиями. Оценка по данному критерию очень субъективна и зависит от тяжести заболевания, внутренней картины болезни пациента, типа личности и т.п.
- 18 % – хорошие отзывы других пациентов. Например, на сайте-агрегаторе отзывов пациентов prodoctorov.ru публикуется так называемый «народный рейтинг», показывающий соотношение позитивных и негативных отзывов. Излишним будет упоминать субъективный характер подобной оценки. Согласно данным адвокатской группы «Онегин», уже упомянутая статистика ТФОМС и РАРЧ категорически не совпадает с тем, кого агрегаторы именуют «лучшие врачи».

Мы видим, что оценка квалификации врача пациентом носит преимущественно субъективный характер. Более

того, она в первую очередь зависит от сервисных и коммуникационных аспектов взаимодействия с врачом / клиникой.

Филип Грейвс, ведущий международный эксперт по поведенческому поведению, в книге «Клиентология. Чего на самом деле хотят ваши клиенты» утверждает, что потребительская лояльность лежит в сфере эмоций. Сегодня клиенту недостаточно быть просто довольным – он должен быть впечатлен сервисом. «Только чрезвычайно удовлетворенные покупатели будут вам преданы и станут рекомендовать вас другим», – вторит Дж. Митчелл в книге «Обнимите своих клиентов».

Исследование Zendesk позволяет получить количественные критерии лояльности. Лояльные пациенты

1. рассказывают другим о своем удачном опыте лечения – 78 %;
2. обращаются в клинику повторно – 69 %;
3. хранят верность (даже не думают обращаться к конкурентам) – 54 %;
4. вступают в группу клиники в социальных сетях – 15 %;
5. визуально поддерживают бренд: приобретают рекламную продукцию, используют наклейки на машины с изображением логотипа бренда и т. п. – 11 %.

Если клиника хочет, чтобы ее пациенты были лояльны, ей неизбежно нужно повышать уровень сервиса – развивать пациентоориентированность.

Как лояльность влияет на прибыль?

Приходя в клинику, пациент может иметь разный уровень ожиданий от сервиса. Его лояльность будет высокой, если



реальность превзошла ожидания и подарила пациенту позитивное эмоциональное переживание.

Лояльность пациентов является ключевым, соединяющим звеном в цепи достижения прибыльности организации – концепции, которая объясняет взаимосвязь между прибылью, лояльностью пациентов и медицинского персонала:

- ценность создается лояльным и эффективным персоналом клиники;
- удовлетворенность пациентов зависит от качества медицинских услуг;
- лояльность пациентов возникает в результате их удовлетворенности;
- прибыль и развитие клиники определяются лояльностью её пациентов.

Как измерить пациентоориентированность?

Как философия пациентоориентированности строится на предпосылке: управлять можно только тем, что измеряешь. Помочь в этом могут такие инструменты, как индексы пациентоориентированности. Часто применяемый качественный критерий – индекс чистой поддержки (NPS, Net Promoter Score). Он заключается в разделении всех клиентов на тех, кто

- удовлетворен и лоялен – доволен своим опытом взаимодействия с клиникой и готов ее рекомендовать (промоутеры),
- неудовлетворен – ненавидит клинику (детракторы),
- удовлетворен, но не лоялен – не имеет претензий, однако не готов рекомендовать клинику (нейтралы).

Как развивать пациентоориентированность в клинике?

Чтобы индекс NPS максимально эффективно работал на развитие пациентоориентированности, нужно:

1. Включить задачу по увеличению количества промоутеров и уменьшению числа детракторов в список KPI для медицинского директора / главврача.
2. На систематической основе выделять промоутеров и детракторов. Для этого регулярно (например, раз в месяц или квартал) необходимо проводить двухуровневые замеры NPS:
 - опрашивать пациентов для получения статистического массива данных, с помощью письма по электрон-

ной почте, sms-сообщения, сообщения в любой мессенджер. Можно выкладывать опросные листы на ресепшн или на сайт клиники, сочетать разные инструменты. В любом случае, важно учесть, что собираемость ответов будет составлять 15-30 %;

– детализировать ответы детракторов. Выделить для этого специального сотрудника: это может быть директор по маркетингу или выделенный «специалист по жалобам». В любом случае важно, чтобы у сотрудника было достаточно полномочий для принятия решения о том, как он может компенсировать детрактору негативный опыт взаимодействия с клиникой (скидка, карта лояльности, повторный осмотр или процедура, подарок и т.п.)

3. Создать набор стандартов сервиса клиники:

- книгу стандартов администратора,
- набор коммуникационных протоколов медсестер,
- политику взаимодействия с пациентами в соцсетях, в том числе для ведения официальной страницы клиники и работы с негативными комментариями.

4. Регулярно обучать пациентоориентированности все категории сотрудников:

- Администраторы и колл-центр: действовать по внедренным стандартам, как реагировать в случае возникновения жалоб, претензий, внештатных ситуаций. Так, в сети клиник «Центр молекулярной диагностики» (Иркутск) после обучения зафиксировали увеличение производительности администраторов на 29 %, при этом количество записей к врачам увеличилось на 24 %;
- Медсестры: сервисная коммуникация;
- Врачи: эффективная врачебная коммуникация по модели врачебного приема, обучение «хитрым» коммуникационным аспектам (например, сообщению плохих новостей, повышению комплаентности пациентов и т.п.);
- Руководители – главврачи, зав-отделениями, старшие сестры: навыки эффективного руководства, выдачи обратной связи,

построения пациентоориентированной команды;

- Внемедицинский персонал (гардеробщики, охранники, санитарки, сотрудники кафе, т.п.): пациентоориентированная коммуникация.

5. Совершенствовать продукты и процессы с целью повышения удовлетворенности пациентов:

- точно понимать портрет пациента и точки его взаимодействия с клиникой (Patient Journey Map);
- выделить «доверенных» пациентов, с которыми сложились теплые доверительные отношения, и спрашивать их мнение о процессах в клинике. Таким путем, например, пошел «Институт движения» (Республика Коми). Один из партнеров поставил перед собой задачу познакомиться лично с несколькими пациентами, чтобы получить обратную связь по работе клиники, и понять из первых уст, что представляет для них наибольшую ценность.

6. Руководить сотрудниками, исходя из философии пациентоориентированности:

- принимать на работу сотрудников, разделяющих парадигму пациентоориентированного подхода;
- управлять сотрудниками сервисным образом, держа в голове два одинаково важных вектора: рост объемов и прибыли клиники и развитие команды;
- привлекать всех сотрудников к постоянной работе над улучшением внутренних процессов. Эффективный способ повышения вовлеченности – сформировать смешанную рабочую группу по развитию пациентоориентированности;
- оценивать по заслугам и публично вознаграждать сотрудников, способствующих формированию наилучшего пациентского впечатления.

Пациентоориентированность – философия и системная каждодневная работа. Она лежит в основе всех процессов в клинике, как основных, направленных на лечение, так и вспомогательных. Развивайте пациентоориентированность – и вы получите лояльных пациентов и отличную команду!

OLYMPUS РАЗВИВАЕТ ТРЕНИНГ-ЦЕНТРЫ ДЛЯ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ



Современное здравоохранение неотделимо от высокотехнологичного медицинского оборудования, которое изменило не только диагностику, но и лечение многих тяжелых заболеваний, улучшило его результаты. Сегодня технологии меняются с рекордной скоростью, поэтому медицинским специалистам важно на регулярной основе обновлять практические навыки работы с инновационным оборудованием, чтобы отвечать профессиональным требованиям и высоким международным стандартам.

Развитие непрерывного обучения российских специалистов и образовательной деятельности – одно из стратегических направлений для компании Olympus, мирового лидера в сфере эндоскопии и хирургии. На базе различных региональных ЛПУ компания фокусно развивает локальные тренинговые центры, где врачи совершенствуют свои навыки эффективного и безопасного использования медицинского оборудования. Таким образом повышается не только качество заботы о пациентах, но и эффективность системы здравоохранения. Все тренинг-центры полностью оснащены оборудованием компании Olympus, здесь слушатели могут ознакомиться с технологическими решениями на практике.

Olympus предлагает широкий спектр обучающих тренингов по двум ключевым нозологиям: эндоскопия и хирургия. Миссия образовательных программ – предоставить профессиональные знания, которые станут незаменимыми в повседневной практике российских специали-

стов. В основе профессионального образования Olympus лежат комплексные знания о медицинском оборудовании и процедурах в сочетании с уникальным сформированным подходом к обучению. Формат тренингов предполагает небольшое количество слушателей, что позволяет каждому участнику получить максимальное внимание преподавателей и ответы на имеющиеся вопросы. Концепция **Medical Expert Training** – это модульный формат обучения, включающий в себя лекционную, практическую часть, а также день «живой хирургии», который позволяет совместить занятия в классе с отработкой навыков на современном высокотехнологичном оборудовании. Программа тренингов сфокусирована на различных процедурах в эндоскопии и хирургии с участием профессионального преподавательского состава, состоящего из ведущих специалистов конкретной области.

Сегодня в России функционируют тренинг-центры Olympus на базе лечебно-профилактических учреждений и медицинских университетов. Первый из них был открыт на базе Симуляционного центра ГКБ им. С.П. Боткина в 2018 году, и за это время расширил возможности обучения врачей-эндоскопистов не только в рамках Департамента здравоохранения города Москвы, но и на уровне Российской Федерации. Заня-





тия по бронхоскопии и эндоУЗИ проходят при участии ведущего эксперта, доктора медицинских наук, заведующей эндоскопическим отделением ГКБ имени С.К. Боткина И.Ю. Коржевой и доктора медицинских наук М.С. Бурдюкова. Курс по направлению «хирургия» ведет заведующий отделением хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ имени С.К. Боткина М.М. Тавобилов.

База Симуляционного центра дает слушателям возможность не только присутствовать в операционной и наблюдать за техникой проведения процедур экспертами, но и отрабатывать мануальные навыки на тренажерах самостоятельно.

Еще один учебный центр компании Olympus для развития компетенций медицинских специалистов функционирует на базе Клинической больницы «МЕДСИ» в Боткинском проезде. Центр был создан для формирования совместных учебных программ и курсов в области хирургии, эндоскопии, а также для адаптации к российским требованиям зарубежных образовательных программ для среднего медицинского персонала. Сегодня компания проводит тренинги по направлению «эндоскопия» по процедурам техники выполнения колоноскопии, а также диссекций с возможностью отработки навыков на биоматериале. Кроме того, работников системы здравоохранения обучают технике выполнения узкоспектральной визуализации (NBI), разработанной компанией Olympus. Ведущими операторами курсов являются главный специалист по эндоскопии ГК «МЕДСИ» А.А. Макушин, врач-

эндоскопист П.А. Праведников, доктор медицинских наук, врач-эндоскопист высшей квалификационной категории М.В. Князев и доцент кафедры гастроэнтерологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова З.В. Галкова.

На базе Ярославской областной клинической онкологической больницы, оказывающей высококвалифицированную специализированную помощь пациентам с онкологией, Olympus создал тренинг-центр, где проходят курсы с участием главного специалиста по эндоскопии Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, заслуженного врача РФ С.В. Кашина. Кроме того, приглашенные ведущие специалисты в области эндоскопии из лечебных учреждений Японии делятся с российскими коллегами новейшими достижениями в эндоскопии и технике выполнения исследований.

Компания уделяет большое внимание эффективному использованию методов колоноскопии, причиняющих минимальный дискомфорт для пациента. Отработать данные навыки специалисты могут на базе Государственного научного центра колопроктологии – единственного в Российской Федерации научно-клинического учреждения, полностью специализирующегося на оказании помощи пациентам колопроктологического профиля. Экспертом тренингов является доктор медицинских наук, руководитель отдела эндоскопической диагностики и хирургии В.В. Веселов.

Клиническая больница Святителя Луки в Санкт-Петербурге, обладающая

лидирующим опытом в рамках развития эндовидеохирургии в России, расположила на своей базе тренинг-центр Olympus, где реализуются обучающие программы по лапароскопическим процедурам в урологии с использованием новейших технологий. Обучение проходит под руководством главного врача, доцента кафедры урологии С.В. Попова и кандидата медицинских наук, заведующего отделением урологии И.Н. Орлова.

Кроме того, компания Olympus проводит тренинги на базах ведущих профильных центров по РХПГ и бронхологии, лапароскопическим методам лечения простаты, кадаверные курсы по гинекологии. В скором времени планируется запуск тренингов по лапароскопической гинекологии, посвященных проблеме пролапса и эндометриозу.

В течение года проводится 2-3 тренинга по каждому направлению, а наиболее часто запрашиваемые курсы проводятся на регулярной основе. С актуальным расписанием можно ознакомиться на сайте www.olympus.com.ru/medical/ru/Профессиональное-образование/.

Сегодня профессионально ориентированные тренинги **Medical Expert Training** уже доказали свою востребованность среди врачебного сообщества. Компания планирует и дальше развивать это направление для повышения качества, безопасности и доступности медицинской помощи на российском рынке.

Анна Тянишова, менеджер по профессиональному обучению, департамент «Медицинские системы», Россия и СНГ.

ЛЮБОВЬ К ПРОФЕССИИ + ЗНАНИЕ АНГЛИЙСКОГО



Таков рецепт успеха от Глеба Сухорукова, профессора Лондонского университета королевы Марии, входящего в топ-10 самых известных в мире ученых русского происхождения по версии Forbes, и эксперта прошедшего недавно в AMTEC KAZAN Международного конгресса молодых ученых в фармации Drug Research.

- Почему сегодня актуальна проблема новых способов доставки лекарств?

- Большинство болезней локальны – допустим, у человека проблема с коленом или развилась опухоль. Например, в Англии у людей часто болят суставы – такой климат. Действующее вещество можно ввести в организм системно, через кровь, и она разнесет лекар-

ство по всему организму, в том числе и туда, куда нужно. Но это вызывает массу побочных воздействий, потому что при большинстве болезней доставка должна быть очень точечной. Эта проблема актуальна, и над ней работают во всем мире.

Еще одна причина состоит в том, что многие лекарства, которые сейчас

разрабатываются, очень плохо растворимы. Значит, нам нужна такая система доставки, которая позволит веществу дойти куда надо, и чтобы уже там оно растворилось.

- В СМИ постоянно появляются новости о разработке на западе новых препаратов, в том числе в онкологии и по другим направлениям. Но в России мы чаще слышим про использование дженериков и совсем редко про новые решения. Как всегда все дело в деньгах?

- В защиту российской науки могу сказать, что, например, лазерная резекция опухоли – это отечественная разработка. Ее суть в следующем – опу-

холь прокрашивают, а затем облучают лазером. Краска поглощает активные формы кислорода, который убивает клетки. Затем через маленькую трубочку – 200 микрон – все это отсасывается. Знаю, что за последние два года в России через такое лечение прошли порядка 700 человек.

- Но это не фармацевтика, а скорее физика. Физики традиционно у нас сильные.

- Да, вы правы. Но надо использовать свои сильные стороны.

- Насколько быстро устаревают лекарства? Например, в ситуации с антибиотиками постоянно нужно разрабатывать новые.

- Действительно, с антибиотиками все понятно – бактерии мутируют, возникает резистентность. С другой стороны, мы до сих пор можем лечиться средствами, которые использовали наши бабушки. То есть нет прямой связи, что со временем препарат обязательно устареет. Срок его жизни может быть как очень коротким, так и очень длинным.

- Насколько дорого обходится разработка новых лекарств и способов доставки?

- Счет идет на миллиарды долларов. Само по себе соединение может быть очень дешевым. Но чтобы его получить, необходимо разработать мно-

жество разных вариантов, эта работа ученых, технологов, которую нужно оплачивать. А на выходе могут оказаться единицы лекарственных форм, которые работают, и они будут дороги.

- Как работает рынок лекарств? Компании диктуют, в какой области нужны разработки, или ученые сами выбирают, над чем работать?

- Конечно, компании. Но они тоже смотрят, чем болеют люди. Если есть болезни, которые распространены в менее развитых странах, пусть даже там многие ими болеют, конечно, компании туда не пойдут. Они будут работать над лекарствами от заболеваний, распространенных в относительно богатых странах. Даже если они нужны меньшему количеству людей, но за них могут заплатить. То есть компании смотрят, куда идет рынок, а ученые смотрят, куда идут компании.

- Что нового вы рассказали участникам конгресса?

- При подготовке к выступлению я уточнил, какая здесь будет аудитория. Это молодые люди. Мне кажется правильным не просто приехать и сказать: вот, ребята, есть такая проблема, давайте ее решать. Я исхожу из того, что надо их в хорошем смысле заразить наукой. Показать, что есть много интересных про-



блем, дать возможность самим подумать, над чем они хотели бы работать. Не обязательно это будет проблема доставки лекарств. Моя задача – прочитать лекцию, чтобы увлечь наукой вообще и в частности тем, чем я занимаюсь.

- Какое напутствие вы могли бы дать своим коллегам, молодым ученым и врачам?

- Пусть это может показаться банальным, но... Если любишь свое дело, свою профессию, есть к этому интерес – это самое главное. Дальше следует помножить все это на труд...

- ... и знание английского языка.

- Да, это сильно поможет, потому что 99 % научной информации доступно на английском языке. Нужно уметь читать, общаться с коллегами, презентовать свои данные. Очень важно уметь представлять себя и свою работу в письменном и устном виде.

Визитка

Глеб Сухоруков – профессор кафедры биополимеров и биоорганических соединений Школы инженерного материаловедения Лондонского университета королевы Марии, лауреат премии Софьи Ковалевской Фонда Александра фон Гумбольдта и министерства образования и науки Германии 2001-2005 годов. Соучредитель компании Capsulation NanoScience AG (Германия), соучредитель компании TDL (резидент «Сколково»), член консультативного совета GMD Bioadvance (США), член Научно-консультативного совета Nanovision Group (Великобритания), член редакционного совета журнала Nanomaterials. Автор более 250 публикаций.



ПЛЕЧОМ К ПЛЕЧУ

20-21 марта 2020 года в AMTEC KAZAN пройдет IV Международная образовательная школа Ассоциации «Артромастер», одной из ключевых тем которой станет артроскопия плечевого сустава. Этому направлению был посвящен и круглый стол с участием ведущих экспертов школы, которые ответили, кроме прочего, на вопросы зрителей прямого эфира в соцсетях.



Участники дискуссионной площадки:

Руслан Зайцев, травматолог-ортопед высшей категории, доцент кафедры общей и специализированной хирургии МГУ им. Ломоносова, к.м.н.

Эдуард Рахманкулов, травматолог-ортопед высшей категории, заведующий отделением реконструктивной и пластической хирургии Городской клинической больницы No3 (г. Уфа), к.м.н.

Ирина Турдакина, врач ультразвуковой диагностики Клиники профессора А.Ю. Кинзерского (г. Челябинск), член Международной ассоциации специалистов костно-мышечного ультразвука, к.м.н.

Андрей Степанченко, заведующий рентгеновским отделением Городской клинической больницы им. С.С. Юдина (г. Москва), член Европейской и Российской рентгенорадиологических ассоциаций, к.м.н.

Слушатели курса AMTEC KAZAN по артроскопии.

Артроскопия плеча: особенности

Руслан Зайцев: Есть мнение, в артроскопии следует начинать работать с колена, и лишь затем переходить на плечо...

Эдуард Рахманкулов: Плечевой сустав – это абсолютно другая философия. Необязательно быть докой в коленном суставе, чтобы перейти на плечо, потому что те технологии, которые мы используем на колене, тут не работают. В принципе внутрисуставная хирургия на плече не такая большая, основная, на мой взгляд, вне сустава, что редко встречается на колене. Поэтому и подходы совершенно другие.

– Давайте поговорим о работе смежных специалистов – ультразвуковых исследований и МРТ. Где и какие методы имеют большее значение – в коленном суставе или плечевом?

Андрей Степанченко: Несмотря на то, что компьютерная и магнитно-резонансная томографии – статичные методы исследования, они дают достаточно много информации для планирования операции и дальнейшей тактики ведения пациента. Например, костные дефициты очень сложно определить методами УЗИ и даже интраоперационно.

Э. Р.: Действительно, МРТ и КТ дают представление не только о дефиците кости, но и о ее качестве, что немало важно для нас.

Ирина Турдакина: Всемирная организация здравоохранения относит УЗИ к скрининговым методам. Я никогда бы

не сравнивала эти методы с позиции, какой лучше, а какой хуже. Нужно понимать, какую практическую информацию вы хотите извлечь, четко понимать критерии оценки и показания. Если говорить про колено и плечо, то с последним будет поинтереснее – тут мы выходим на первый план с субакромиальным импинджментом, с функциональными пробами. Современная УЗИ-аппаратура позволяет не только проводить качественную диагностику, но и снизить операционные риски за счет применения малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука.

Э. Р.: Какой вывод мы можем сделать? Что нет ничего, что нам не пригодилось бы в работе над суставом. Нам необходимо знать состояние кости, важна хорошая клиническая симптоматика. Даже обычная рентгенография помогает при постановке диагноза и при предоперационной подготовке. Важен и грамотный рентгенолог, который все распишет. Вообще чем больше хороших специалистов вы соберете вокруг проблемы вашего пациента, тем легче вы найдете ее решение. Лучше иметь мнение всех звеньев этой цепи, и особенно тех коллег, которые уже имеют опыт в этой сфере. Нельзя пренебрегать обычным человеческим общением, тем более в

современном мире мы можем общаться на расстоянии, например, в соцсетях.

– Есть еще один вопрос – стоит ли посылать пациента на исследование на самые лучшие аппараты, может ли оборудование попроще показать нам то, что мы хотим увидеть?

А.С.: Плечевой сустав требует более выраженной детализации структур, поэтому нужны специализированные приспособления, например, плечевая катушка. Поэтому лучше использовать высокопольное оборудование.

Э.Р.: А что касается оборудования для УЗИ? Или нет никакой разницы, что использовать на начальном этапе или интраоперационно?

И.Т.: Если УЗИ пользуется врач клинической специальности – чаще всего это касается решения простых вопросов или малоинвазивных вмешательств, – тогда уровень аппарата не имеет большого значения. Если же речь о высококлассном специалисте диагностической службы, то мы очень сильно зависим от качества ультразвукового оборудования.

Артроскопия vs. открытая хирургия

Э.Р.: Насколько вы готовы, в том числе морально, к переходу от артроскопии к открытой хирургии, если возникли сложности? Важный момент этического характера: пациент находится в состоянии наркоза, и мы не можем обсудить с ним этот вопрос во время операции. Обсуждаете ли вы такую возможность до операции?

Р.З.: Я против конверсии. Когда мы росли, мы учились работать и так, и так, и разница в результатах была очевидна. Если технология предусматривает открытый или малооткрытый доступ – это одно. Но там, где это не предусмотрено, я против конверсии.

Э.Р.: Что вы можете посоветовать коллегам, которые только начинают? Вы знаете, что случается всякое, операция продолжается, мягкие ткани наплывают, провести операцию дальше эндоскопически становится невозможным... Какие могут быть выходы?

Р.З.: Давайте разделим вопрос. Если сустав только наплывает, передохните двадцать минут – сустав опадет и вы снова туда вернетесь, и дальше дело пойдет. Если речь идет только о напл-

нении сустава, то у вас есть время переждать и вернуться. Другое дело – технически вы готовы продолжать или нет? Если нет, то я бы предпочел прекратить операцию и вернуться к ней через 3-4 недели. Я помню 1-2 вынужденные конверсии в жизни. В остальных случаях мы согласовывали таким образом – закончить сейчас и вернуться к вопросу спустя несколько недель. Мне кажется, если вы решили заниматься артроскопией, лучше для себя тут поставить шлагбаум и не переходить его.

Положение пациента

– Какую укладку пациента – пляжное кресло или положение на боку – вы предпочитаете по техническим, анестезиологическим, инструментальным соображениям?

Э.Р.: Я оперирую и так, и так, в зависимости от операции. Опыт вам подскажет, руки у всех лежат немного по-разному. Единственное, что выносим из курсов и говорим нашим молодым коллегам: если вы оперируете в положении пляжного кресла, то и картинка на мониторе должна быть вертикальная. Если же человек лежит на боку, то она должна быть горизонтальна, чтобы руки и голова у вас работали в одной плоскости.

Вопрос от зрителей: При долгих операциях на боку, дольше двух часов, стали получать невралгию, немеет то один палец, то другой. С чем это связано и как с этим бороться?

Э.Р.: Наверное, все это проходили. Во-первых, необходима хорошая повязка для поддержки конечности, которая обеспечивает сжимающее усилие по всей конечности, и конечно, нет необходимости максимального вытяжения. То есть груз должен быть минимальный, не нужно, чтобы рука была вытянута, как струна. Не рекомендуется перетягивать в области лучезапястного сустава конечность для фиксации на боку, распределите всю эту нагрузку на вытяжение в верхней трети плеча до лучезапястного сустава.

Р.З.: Мое впечатление, что причина не в передавливании сустава, а в том, что смещена головка книзу.

Э.Р.: Опять же, нет необходимости большого массивного вытяжения. Я обычно делаю 3-4 кг, если меня устраивает, я могу даже снизить. Наоборот, макси-

мальное вытяжение ухудшит ситуацию. Если головка сместится вниз, вам действительно будет тяжело работать на нижних отделах.

Р.З.: Если речь идет об устройствах тяги для поддержания, делайте их из поролона или покупайте специальные приспособления, они недороги. Только не используйте шины из ортопедических салонов – знаю, что так тоже делают. Жесткая шина для фиксации запястья, за нее – крючки, тоже жесткие, ремни вшиваются – конечно, будут невралгии.

Вопрос от зрителей: Какую литературу вы читаете про хирургию плеча? Кроме «Артроскопической хирургии плечевого сустава» Буркхарда.

Э.Р.: Коллеги, вы же понимаете, сейчас так много интернет-ресурсов, и все современные технологии там есть. Возьмите самые распространенные – начиная от наших друзей Calceus и заканчивая Ассоциацией артроскопии Северной Америки. Все есть! Возьмите любые литературные источники журналов «Артроскопия», там есть и видеожурналы. Здорово, что так почитают Буркхарда, но чем больше источников вы посмотрите, тем больше у вас будет представление о том, как работают наши коллеги во всем мире. Есть очень много методик, которые, возможно, покажутся вам более простыми для решения каких-то проблем.

Р.З.: Неслучайно сейчас мало изданий серьезных книг. Это специфика нашего времени – все слишком быстро стало развиваться. Собрать коллектив авторов, написать книгу – каждый этап это задержка на несколько лет. Все сместилось в сторону практических курсов или вебинаров. При этом, например, практический курс задействует несколько видов памяти, в том числе мануальную. 20-21 марта состоится IV Международная образовательная школа Ассоциации «Артромастер». Впереди нас ждут интересные баттлы реабилитологов, будем обсуждать МРТ в артроскопии глазами оперирующего хирурга. Также будем работать над темой дефектов хряща. 2020-й – год десятилетия артроскопии здесь, в Образовательном центре высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN.

В ПОИСКЕ ЛУЧШИХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Что такое доказательная медицина – модный тренд или насущная необходимость? И что мешает российским врачам в полной мере стать приверженцами этой идеологии? AMTEC KAZAN Info обсудил эти вопросы с экспертами.



Участники дискуссионной площадки:

Лилия Зиганшина, директор Кокрейн Россия, профессор, д. м. н.;

Владимир Менделевич, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, профессор, д. м. н.;

Леонид Галинский, генеральный директор Образовательного центра высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN;

Азат Яхъяев, выпускающий редактор AMTEC KAZAN Info, модератор дискуссии.

- Уважаемые эксперты, предлагаю начать с понятийного аппарата. Сам термин «доказательная медицина» был предложен канадскими учеными в 90-х годах. Но что это такое сегодня?

Лилия Зиганшина: Действительно, у истоков стоял Университет Макмастера и ученый Дэвид Сакетт, которого, к сожалению, уже нет с нами. Собственно, здесь и был выкован термин «доказательная медицина». Мне посчастливилось познакомиться с профессором Гордоном Гайятом, который сформулировал понятие Evidence

Based Medicine. Что оно подразумевает? Доказательная медицина — это практика медицины на основе лучших доказательств с учетом видения клинициста и с максимальным уважением к предпочтениям пациента, с полным его информированием. Символ — три пересекающиеся окружности: научные доказательства, клиническое суждение, ценности пациента. На их пересечении и находится доказательная медицина. То есть это не только мета-анализ, систематические обзоры, как это обсуждают на конференциях. Понимание этого термина не изменилось с 1996 года. Примерно тогда же было организовано Кокрейновское сотрудничество. Сегодня это глобальная некоммерческая международная организация, которая насчитывает более 11 тысяч членов и 68 тысяч сторонников более чем в 130 странах мира. Причем это не только представители здравоохранения, но и пациенты, те, кто за ними ухаживают, журналисты. В последние годы пациенты все чаще выступают в качестве авторов обзоров, рецензентов, помогают написать резюме на языке, понятном человеку без медицинского образования. В конечном счете, это помогает сделать наше общество более здоровым.

Возвращаясь к канадским авторам, нужно рассказать о пяти этапах доказательной медицины.

Первый — задать вопрос. Наверное, Владимир Давыдович как врач с огромным опытом скажет, что это ключевой этап. Нужно понять, что происходит с пациентом.

- Задать вопрос себе?

Владимир Менделевич: Да, это выбор тактики.

Л. З.: Что выбрать? Например, нужно ли использовать аспирин для профилактики повторного инсульта? Это первая ступень. Вторая — найти лучшие доказательства.

- Мне довелось общаться с руководителем клиники «Рассвет». Он говорит, что для них это правило хорошего тона: если врач сомневается, прямо во время приема он может заглянуть в специализированный сервис и проверить актуальность рекомендаций.

Л. З.: Да, что-то проверить можно прямо при пациенте. Но поиск информации о доказательствах — процесс, который занимает довольно много времени и требует специальной подготовки. При чем сделать это может как врач, так и пациент. Сегодня мы должны учитывать



ЛИЛИЯ ЗИГАНШИНА: «СИСТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ СУЩЕСТВУЮТ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПРИНИМАТЬ ИНФОРМИРОВАННОЕ РЕШЕНИЕ. ДОЛГ КАЖДОГО ВРАЧА — ИНФОРМИРОВАТЬ ПАЦИЕНТА».

то, что пациенты становятся все более медицински грамотными.

В.М.: Я постоянно с такими общаюсь.

Л.З.: Действительно, сегодня пациенты становятся все более начитанными. Третий этап — эти доказательства нужно оценить. В методологии Кокрейновских обзоров мы называем это критической оценкой. Следующий этап — применить информацию. Обсудите то, что вы нашли, с пациентом, сравните это с тем, что узнал он, узнайте, каковы его ценности и убеждения. Отнеситесь к этому с максимальным уважением. Если вы считаете, что во благо здоровья пациента его нужно переубедить, делайте это тоже тактично. Пятый этап — оценить результат. Не только, например, фармакотерапию, а весь процесс лечения, который вы прошли вместе. Кокрейн, или Кокрейновское сотрудничество, занимается синтезом доказательств или разработкой систематических обзоров. Что представляют собой систематические обзоры? Это не практика медицины, а новые знания, полученные с помощью синтеза доказательств, для того, чтобы информировать практикующих врачей.

- То, что вы описываете — идеальная картина. К сожалению, далеко не всегда наши врачи придерживаются этого замечательного алгоритма. Владимир Давыдович, что должно измениться в нашем сознании, чтобы врачи взяли его на вооружение?

В.М.: Со стороны врачей очень сильна оппозиция по отношению к доказательной медицине, поскольку есть альтернатива — клинический опыт. Всю жизнь

врача учили, что это самое важное. Чем ты старше, чем больше вел больных, получая различные результаты, тем более ты опытный. А значит, и квалифицированный. В реальности все абсолютно не так. Опыт может быть и субъективным, и ошибочным. Эта оппозиция особенно сильна в России. Есть области, где больше 50 % врачей готовы следовать принципам доказательной медицины. Но есть и такие, в которых подавляющее большинство врачей вообще не считают необходимым обращаться к этому опыту. Вопрос, как продвигать эти идеи? Я вижу несколько путей. Во-первых, сверху: с системы ОМС, страховых компаний. Когда они будут требовать, чтобы не было вреда пациенту, чтобы была эффективность, чтобы средства расходовались по назначению. Они будут предлагать решения, опирающиеся на лучшие доказательства. Наверное, такой путь был бы правильным. Но надо понимать, что и страховые компании, и чиновники могут быть ангажированы. Заклинание «конфликт интересов отсутствует» не работает, потому что репутация может ничего не стоить. Второй путь — за счет медицинского сообщества, его профессиональных и этических принципов. Это врачи, которые не допустят использования вредных, бесполезных и неэффективных препаратов. Третий путь — это пациент. Действительно, у меня появляется все больше пациентов, которые ссылаются на Кокрейн. И они ведут со мной дискуссию. Мне, в свою очередь, приятно иметь дело с квалифицированным пациентом. Человек хочет получить средство, которое действительно эффективно в его случае, соответствует критериям «цена-качество». Что касается меня, я иду от практики. Я не вижу ничего зазорного в том, чтобы во время приема свериться с данными в компьютере. Например, у одного моего пациента — большого чиновника и бизнесмена — за последние 12 лет сформировался огромный список схем лечения. Он лечился за границей, препаратами, которых у нас нет. Конечно, мне нужно изучить информацию о них. Необходимость внедрения доказательной медицины диктуется принципами справедливости и честности. Но тут возникает следующий вопрос. А если пациент хочет, чтобы ему выписали препарат,

который, очевидно, «фуфломицин»? И если плацебо-эффект будет работать, могу ли я как врач, стоящий на позициях доказательной медицины, согласиться его назначить? Вы же сказали, что важно предпочтение пациента? А оно не рационально, строится на его субъективном опыте! И бабушке помогало, тот же корвалол, например. Это большой этический вопрос, который мировая медицина еще не решила. Можем ли мы выписать пациенту то, что он хочет? Хотя в рамках доказательной медицины это не проходит, в клинических рекомендациях нет.

- Отличный вопрос руководителю Кокрейна Россия!

Л.З.: Систематические обзоры существуют для того, чтобы принимать информированное решение. Долг каждого врача — информировать пациента. Вообще надо разделять доказанную неэффективность и отсутствие доказательств эффективности или неэффективности. Последнее — это некая неопределенность, значит, нужны еще исследования. Врач должен это объяснить пациенту. Другая проблема — на приеме не всегда хватает времени. А людям зачастую просто не хватает общения. Не секрет, что часть пациентов приходит к врачу, чтобы поговорить.

- ... И в этом тоже есть терапевтический эффект.

Л.З.: Колоссальный! Задача врача — информировать, рассказать о систематическом обзоре, полностью показать доказанность неэффективности, если таковая существует. Или рассказать о неопределенности. Возможно, пациент захочет принять участие в клиническом испытании. В конечном счете, вместе с ним нужно принять решение. В полном доверии, уважении друг к другу. Если создать подобную обстановку, возможно, так остро этот вопрос стоять не будет.

- То есть здесь вопрос доверия и умения убеждать, обосновывая свое мнение на конкретных фактах. В этом плане Образовательный центр достаточно показательная площадка. Здесь ежедневно обучается множество врачей. Леонид Иосифович, как то меняется менталитет ваших курсантов, экспертов и лекторов?

Леонид Галинский: Безусловно, меняется. Конечно, у наших врачей появля-

ются очень интересные взгляды, новые мысли, которые основаны на международном опыте. Касательно доказательной медицины, этот термин сейчас можно назвать модным. До нашей встречи у меня были опасения, что это скорее маркетинговый ход, довольно грамотный и красивый, но имеющий довольно мало отношения к действительности. Клиникам выгодно отличаться от других, и они начинают использовать это понятие. Клиника доказательной медицины — звучит красиво! Это становится конкурентным преимуществом. Почему у меня возникли сомнения? В частности, следование этим принципам требует довольно много времени. Если обратиться к реалиям приема врача, даже в частной клинике — у него зачастую просто нет времени, чтобы сформировать доверительные отношения с пациентом. С нашей стороны, в Образовательном центре, конечно, пропагандируются эти ценности. И мы хотели бы освещать тему доказательной медицины, максимально широко охватывая медицинское сообщество.

В.М.: Мой товарищ работает неврологом в частном центре в Москве. Они позиционируют себя как клинику доказательной медицины. И у них работает отдел качества, который проверяет все истории болезни. Если врач назначил препарат с отсутствующей доказательной базой, его могут финансово наказать или уволить.

Л.Г.: Отличный практический кейс! Но нужно понимать, даже если в рамках работы нашего центра мы продвигаем эти идеи, врачи остаются представителями одной из самых консервативных профессий. Во время обучения со всем соглашались, но когда дело доходит до практики... Врач говорит: «Ладно, сейчас я это разгребу, а доказательной медициной займусь чуть попозже». Что с этим делать? Пока у нас, к сожалению, нет понимания.

Л.З.: Я много лет проработала преподавателем клинической фармакологии, и меня эта тема очень волнует. Мы почти 15 лет обучали врачей из Татарстана и других регионов. Во время международных конференций даже коллеги из других стран были приятно удивлены приверженностью выпускников нашего цикла принципам доказательности. Образо-

вание — это мощнейший инструмент, с помощью которого можно многого достичь. Но в нашей стране для этого нужен ресурс, прежде всего, административный.

- Однажды в интервью нашему журналу профессор Страсбургского университета Жильбер Массард рассказал, что у них есть специальный курс, посвященный работе с медицинскими источниками, «правильному» чтению статей.

Л.З.: Именно этому мы обучали наших врачей. У нас было множество рекламных проспектов, статей, напечатанных на хорошей бумаге, и мы их вместе анализировали. Ну а Франция, действительно, очень продвинутая в этом смысле страна. Например, представителям фармацевтических компаний нельзя попасть на территорию больниц, это запрещено. Кокрейн Россия регулярно проводит семинары, посвященные в том числе и основам критической оценки. Мы рассказываем, как анализировать рекламные публикации и систематические обзоры. Последние тоже не являются панацеей, их надо уметь критически оценивать. Это целая система знаний, которая, к сожалению, пока никак не охвачена нашим медицинским образованием.

- А есть какой-то универсальный рецепт? Хорошо, есть Кокрейнские обзоры. Но если представить, что я востребованный врач, и у меня не так-то много свободного времени.

В.М.: Можно было бы опереться на клинические рекомендации, утвержденные Минздравом. Предполагается, что их сформировали эксперты, которые проанализировали всю доказательную базу, по каждой нозологии, выбрав лучшее решение. Есть положительные примеры. Но эксперты порой тоже подбираются исходя из лояльности к определенным группам влияния.

- Наиболее продвинутые врачи чаще опираются на западные гайдлайны.

В.М.: Можно было бы их взять, перевести на русский язык и принять в качестве стандарта. Проведены клинические исследования, препараты получили одобрение FDA (Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов,



ВЛАДИМИР МЕНДЕЛЕВИЧ: «СО СТОРОНЫ ВРАЧЕЙ ОЧЕНЬ СИЛЬНА ОППОЗИЦИЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ, ПОСКОЛЬКУ ЕСТЬ АЛЬТЕРНАТИВА — КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ».

США — прим. ред.) и Европейского медицинского агентства. Зачем тратить средства на исследования у нас? Что касается роли самого врача, то этот вопрос для меня тоже пока неясный. Недавно я опубликовал статью о доказательной психотерапии. За все годы в Кокрейн было 92 исследования по этой теме. Но есть множество других научных групп, которые тоже проводят мета-анализы, публикуют систематические обзоры. Какова иерархия доказательности? На чьи данные опереться? Я для себя выбрал Кокрейн. Но, на мой взгляд, у него есть и обратная сторона — несколько избыточная тщательность. Вообще, в нашем лагере есть умеренные сторонники и фанатичные, которых называют сектой доказательной медицины.

Л.З.: Кокрейнские систематические обзоры во всем мире признаны золотым стандартом. При этом Кокрейн находится в постоянном развитии и совершенствовании, пересматривая то, что уже сделано. Чем сейчас заняты методологи Кокрейн? Они исследуют базу данных и выявляют слабые места. В систематическом обзоре все зависит от того, что взято за основу. Если речь идет только о коммерческих исследованиях какого-либо препарата в сравнении с плацебо, на выходе мы получим, что лекарство замечательное! Но цена такого обзора — нулевая.

- В нашей беседе прозвучала интересная мысль, которую хотелось бы развить.

Является ли доказательность признаком качественной медицинской помощи? Может, мы должны говорить больше о качестве?

В. М.: Для меня это синонимы.

Л. З.: В концепции развития отечественного здравоохранения много говорят о качестве, и это, конечно, важно. Весь вопрос в том, кто это качество проверяет. Умеют ли эксперты из той же страховой медицины работать с систематическими обзорами? Если бы на всех уровнях все были бы достаточно образованы, можно было бы говорить о том, что качественная помощь — та, которая основана на доказательствах.

Л. Г.: Качественная медицина подразумевает не только самого лечащего врача, но и систему менеджмента. В этом случае тема шире, чем просто следование принципам доказательности, это сама технология функционирования лечебного учреждения.

- То есть это вопрос системы, как в кейсе с неврологом, о котором мы говорили раньше?

В. М.: Но тогда мы должны договориться о том, что мы подразумеваем под словом «качество». В клинике оценивают качество как соответствие технологии. Но как на это смотрит пациент? А для него главным критерием может стать, поставили капельницу или нет! Мне кажется, из-за этого сейчас идут многие судебные дела против врачей. Если было бы четко прописано, что они должны делать, медработники были бы более защищены.



ЛЕОНИД ГАЛИНСКИЙ: «ВРАЧИ ОСТАЮТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ОДНОЙ ИЗ САМЫХ КОНСЕРВАТИВНЫХ ПРОФЕССИЙ. ВО ВРЕМЯ ОБУЧЕНИЯ СО ВСЕМ СОГЛАШАЮТСЯ, НО КОГДА ДЕЛО ДОХОДИТ ДО ПРАКТИКИ...».

Конечно, с клиническими рекомендациями все не так то просто. Большинство систематических обзоров завершаются сакраментальной фразой: «Требуется новое исследование». Это выбивает врача из колеи. Ему хочется получить окончательное решение, чтобы было понятно, эффективен препарат или нет. Но в науке так нельзя!

Л. З.: Врача нужно учить, что неопределенность может помочь предотвратить вред. В то же время есть обзоры, которые называются застывшими, они уже не требуют обновления.

В. М.: И если будут разрабатываться другие подобные препараты, плацебо уже не нужно.

- То есть берется доказанный препарат, и все последующие сравниваются уже с ним?

Л. З.: Да. И если они хуже, то их не должны выводить на рынок, регистрировать. Но это, конечно, утопия. Показательный пример — применение иммуноглобулина в педиатрии. В 2015 году был опубликован обзор, который безусловно показал, что во введении иммуноглобулина новорожденным доношенным и недоношенным детям, с угрозой, подозреваемой или доказанной инфекцией, нет никакого смысла, поскольку иммуноглобулины не влияют на смерти новорожденных и осложнения у них. Этот обзор не требует обновления. Более того, обзор доказал, что никаких более исследований этого вопроса не нужно. И, следовательно, любое новое исследование иммуноглобулинов у новорожденных будет неэтичным и избыточным. Тем не менее наши медики продолжают его применять.

- Какими еще подобными примерами вы могли бы поделиться?

Л. З.: Пример, который будет интересен для всех, — это применение парацетамола для лечения головной боли напряжения. Кокрейновский систематический обзор представляет синтез результатов того, как несколько тысяч людей принимали 1000 мг препарата и через 2 часа оценивали его эффект. 24 человека из 100 сообщили о том, что им это помогло. При этом такой же результат был получен у 19 из 100, получавших плацебо. То есть, условно говоря, 5 испытуемым из 100 парацетамол помогает. Хотите ли вы оказаться в их числе, зная о многочис-

ленных побочных эффектах препарата? Эти сомнения справедливы и для множества других таблеток, которые люди сами себе выписывают.

В. М.: В этом плане показательна проблема последних лет в США. Американские врачи решили обеспечить максимальный доступ людей к наркотическим обезболивающим. Это привело к резкому росту передозировок и смертей. Разные страны придерживаются различных стратегий по обеспечению доступности к таким препаратам, и в итоге в США и Канаде она оказалась в 30 раз выше, чем реально нужно, в Австралии — в 18 раз, в Европе — один к одному, в России — около 15 % от необходимого. То есть во всем необходим баланс.

Еще один важный тренд — в последние десятилетия отмечается рост числа людей, реагирующих на плацебо. Причем при таких заболеваниях, как, например, шизофрения, 7 % чувствуют улучшение состояния после приема плацебо. Это говорит о том, что обзоры требуют дополнительной оценки дизайна исследований.

- У нашей дискуссии получился открытый финал.

В. М.: А другого и быть не может.

Л. З.: Мне бы хотелось добавить, что порой пациент оказывается более подкован с точки зрения доказательной медицины. А иногда просто приходит к врачу с настроением что-то доказать. С другой стороны, у специалиста зачастую просто нет желания дискутировать. Как добиться того, чтобы отношения между врачом и пациентом были равноправными, диалог проходил на основе взаимного уважения? Это очень актуальная тема.

В. М.: Раньше я очень расстраивался, когда не мог убедить пациента в необходимости лечиться препаратами, которые действительно эффективны. В последнее время я отношусь к этому более спокойно. Я даю пациенту всю необходимую информацию, а окончательное решение остается за ним.

Л. З.: Обучение взаимодействию с пациентом — это перспективное направление для врачей. Какие инструменты ему для этого нужны? Но, пожалуй, это тема для другой интересной дискуссии.

ОЛЬГА КАШУБИНА: «РЕЦЕПТ ПОПУЛЯРНОСТИ: РЕГУЛЯРНОСТЬ И ИСКРЕННОСТЬ»



Как стать популярным медицинским блогером? Об этом и не только AMTEC KAZAN Info рассказала Ольга Кашубина, редактор медиа-проекта «Только спросить», автор телеграм-канала «ШБмнк» и книги «Как болел бы врач».

- Ольга, расскажите, с чего начался ваш путь блогера, медицинского журналиста, писателя?

- Наверное, с поступления в медицинский университет. Конечно, тогда я не

рассчитывала на медийную карьеру и в будущем видела себя успешным врачом. Но что-то пошло не так: учиться мне очень нравилось, а вот впечатления от практической деятельно-

сти были очень сложными. Я много думала о том, почему студентка-отличница, перед которой были открыты все дороги, по итогу не состоялась как врач. Наверное, это комплексная проблема и медицинского образования, и здравоохранения в целом. У нас не хватает системы поддержки выпускников, которая помогла бы им преодолеть сложный период в начале карьеры, не хватает престижа профессии, не хватает авторитетных наставни-

ков, которые бы мотивировали развиваться вопреки всем обстоятельствам.

При этом писать, рассказывать о врачах, болезнях, медицинских исследованиях мне всегда нравилось. В вузе я писала для студенческой газеты. Где-то с четвертого курса я начала подрабатывать в редакции местного интернет-СМИ (дело было в Красноярске) — вела колонку о медицине. Это был мой первый серьезный опыт взаимодействия с читателями, их пациентскими проблемами и вопросами. Уже гораздо позже, когда я окончательно отказалась от идеи работать врачом и занялась журналистикой, мне захотелось вести свой независимый блог, где можно было бы без купюр высказываться на любые острые медицинские темы. Так появился телеграм-канал «ШБмнк», который потом «пророс» в «Дзен», «Инстаграм», «Пикабу» и «ВКонтакте».

Чуть больше года назад ко мне обратились представители издательства «Бомбора» с предложением написать книгу — либо собрать ее из материалов блога, либо создать принципиально новый текст. Я пошла вторым путем, потому что загорелась идеей не просто развлечь читателя разговорами о медицине, а принести ему какую-то пользу. Больных мест в общественном здравоохранении, на мой взгляд, два: низкая грамотность пациентов и отсутствие у врачей культуры грамотной коммуникации со своими подопечными. Поскольку мои читатели — в первую очередь, пациенты, а не врачи (да и кто я такая, чтобы учить врачей), я решила сосредоточиться на тех проблемах, с которыми сталкивается в больнице обычный человек. Так появилась книга «Как болел бы врач: маленькие хитрости большого здравоохранения».

- Сколько времени прошло с момента, когда вы написали свой первый пост до формирования постоянной лояльной аудитории? Каков ваш рецепт популярности?

- Аудитория моя растет довольно стабильными темпами, так что сложно обозначить какой-то конкретный временной отрезок. Мне здорово повезло со стартом: в 2016 году «Теле-



грам» только набирал популярность, медицинских каналов было не очень много. Я осмелилась написать авторам «Намочи Манту», и они рассказали про «ШБмнк» у себя, так у меня появилась первая тысяча подписчиков. Потом были какие-то подборки лучших каналов в разных медиа, научно-популярные лекции, книжка. Если честно, я не очень понимаю, как и откуда ко мне приходят новые читатели, но увеличение аудитории — это своеобразный сигнал, что я все делаю правильно.

Рецепт популярности в этом смысле такой: регулярность и искренность. Я пишу 2-3 поста в неделю, причем никакого жесткого контент-плана нет — заново туда только идеи, а дальше могу менять очередность постов в зависимости от информационной повестки или настроения. Искренность — это мой авторский стиль. Сейчас так много информации, что медицинские блоги зачастую невозможно отличить друг от друга. Мне кажется, читатели приходят ко мне не только

за проверенными фактами, но и за личной оценкой темы. Это немножко расходится с принципами доказательной медицины, но, как мне кажется, мы живем в эпоху журналистики (и медицины) с человеческим лицом, важно быть чуточку субъективным, оставляя за собой право на ошибку, признавая ее постфактум, если она возникает.

Это, разумеется, не значит, что я вольно отношусь к изложению информации. Читатели — лучшие цензоры и критики (особенно читатели-врачи), поэтому я стараюсь держать планку высоко и перепроверять теоретическую часть своих материалов хотя бы в двух источниках.

Что до площадок, то на самом деле надо использовать все ресурсы, какие есть. У меня на это банально не хватает времени, но я стараюсь не закидываться на одной социальной сети или мессенджере. Наивно рассчитывать, что человек заведет «Телеграм» только ради твоего канала. Если он заядлый «пикабушник» — надо идти туда и учиться разговаривать с аудиторией на их языке, адаптировать свои материалы под правила площадки. Ведь задача блогера — в первую очередь быть услышанным.

- Сколько часов в день у вас занимает работа в соцсетях? Хватает ли времени и ресурсов на семью, отдых?

- Пару часов в день точно — иногда больше. Это сложно, потому что у меня есть основная работа, я редактор проекта «Только спросить», это медиа о доказательной медицине с очень созвучными «ШБмнк» ценностями. Работа — это важно, потому что она заставляет меня расти и работать над собой, дает мне возможность быть весьма избирательной в отношении рекламодателей, которые стучатся в «ШБмнк». По этой причине я пока не готова сосредоточить всю свою энергию на личном блоге: не хочу рассматривать его как бизнес-проект, боюсь, что так он утратит независимость и ту легкость, за которую его любят читатели.

С распределением ресурсов, конечно, непросто — я одновременно ответственный и увлекающийся человек, поэтому часто грызу себя за то, что

моя деятельность плохо совмещается с ролью жены и матери. Или ловлю себя на мысли, что давно не отдыхала так, чтобы выключить телефон на пару дней. Но во-первых, у меня очень понимающая семья, мои близкие поддерживают меня во всех начинаниях. Во-вторых, возможно, правильно в таких вопросах действовать по наитию: заниматься именно тем, что интересно и кажется важным. Я страшно боюсь апатии, состояния, когда не хочется вообще ничего, поэтому стараюсь не ограничивать себя в тех видах активности, которые приносят удовольствие и дают измеримый результат.

- Есть ли у вас план публикаций на неделю, месяц, год? Как вы находите интересные темы, то, что может зацепить вашу аудиторию?

- Как я уже сказала, мой контент-план похож скорее на список тем. Я веду его в первую очередь ради удобства иллюстратора, моей верной подруги Дарьи Кузнецовой, которая отвечает за визуальный образ блога в соцсетях. Она же, кстати, иллюстрировала и мою книгу. Обычно мы составляем приблизительный план на пару недель вперед, чтобы у нее было время подготовить картинки ко всем грядущим постам. Это, кстати, мотивирует меня написать на все планируемые темы...

К каким-то супербанальным инфоповодам в духе «ученые открыли» я стараюсь не привязываться, та же история со спекуляциями на смертях и болезнях знаменитостей — мне это кажется неэтичным. Перестановки в среде медицинских чиновников, скандалы в частных клиниках мне тоже кажутся неинтересными — я живу в одном мире с пациентами и не хочу грузить их информацией без практического выхлопа. А вот как раз на просьбы читателей откликаюсь легко, мне кажется, мои лучшие публикации рождаются именно в формате ответов на наивные или каверзные вопросы «из зала». Высший пилотаж — написать на довольно узкую медицинскую тему так, чтобы это было интересно людям, которые никогда не сталкивались (и, надеюсь) не столкнутся с такой проблемой. Мне так интересно все, что связано со здоровьем, что я никогда не страдаю от дефицита тем и готова в любую свободную минутку писать о чем-то, связанным с медициной.

- В чем секрет хорошей статьи / поста в соцсетях? Как найти интересную фактуру? Как проверить себя, достоверность данных, доказательную базу?

- Соцсети редко воспринимаются как источник серьезной информации (хотя хорошие блоги о медицине ее содер-





жат), поэтому я против энциклопедического подхода, когда каждый пост по структуре и содержанию похож на страницу из Википедии. Соцсети — это все-таки скорее про развлечение, поэтому важно захватить внимание читателя историей, шуткой или просто непринужденностью повествования. Специально вымучивать из себя такое сложно, нужно, наверное, ловить вдохновение и писать только о том, что кажется важным тебе самому. Это только кажется, что по тексту невозможно понять, в каком настроении автор, как редактор могу сказать, что такая «диагностика» вполне возможна, и читатель как-то это чувствует.

Проверять себя нужно с помощью надежных англоязычных источников — я люблю Uptodate, Medscape, библиотеку Клиники Мэйо, сайт NHS. Часто бывает, что в процессе фактчекинга становится ясно, что текст получился несостоятельным: исследование, о котором ты хотел написать, опровергли или раскритиковали в медицинском сообществе, а банальный факт, который ты помнишь со времен учебы в вузе, оказывается некорректным с точки зрения доклада. Но это тоже может стать поводом для интересного поста! Ведь там, где только что споткнулся ты, через минуту может споткнуться кто-то еще.

- К сожалению, в соцсетях немало блогеров, которые позиционируют себя в качестве медицинских, при этом они размещают информацию о сомнительных методах лечения, синдроме дырявого кишечника и т. п. Как отличить их от блогеров, опирающихся на принципы доказательной медицины? Что является «тревожным звоночком»?

- Оснований несколько. Во-первых, излишняя экспрессивность и кате-

горичность. Когда я читаю посты с кучей восклицательных знаков или с какими-то чрезвычайно провокационными утверждениями, то тут же проверяю источники информации, на которые опирается автор. Качественная медицинская журналистика не приемлет фраз вроде «большинство людей», «всем известно», «эксперты утверждают», не подкрепленных ссылками. Не все соцсети адаптированы под такой формат, но про источники всегда можно спросить у автора в комментариях, и если он вам не отвечает или раздражается в ответ, надо насторожиться.

Второе — маркетинговая составляющая. Как блогер, я разделяю идею, что в спонсорских постах нет ничего плохого (при условии, что реклама этична и маркирована). Но когда вся тематика блога сводится к тому, что для достижения здоровья и счастья в жизни совершенно необходимо покупать вон те витамины по реферальной ссылке, или сходить на платный семинар автора, или купить его книгу — это очень подозрительно. Не должно быть прямого конфликта интересов между тем, что проповедует блогер, и тем, чем он зарабатывает на жизнь. Потому что иначе нет гарантий, что его суждения объективны.

Ну и абсолютно точно не может быть такого, чтобы метода диагностики или лечения, о котором говорит блогер, не было ни в одних клинических рекомендациях по тому заболеванию, о котором идет речь. Передний край медицинской науки — не в «Инстаграме», а в «Пабмеде». Примите по умолчанию, что никому нельзя доверять, а уж если вы планируете потратить деньги на лечение, то стоит быть критичным вдвойне.

- На ваш взгляд, должен ли современный врач вести аккаунт в соцсетях, общаться со своими пациентами неформально, делиться полезной информацией?

- К сожалению и к счастью, это стало конкурентным преимуществом. К сожалению — потому, что не у всех хороших врачей есть время для активности в соцсетях, и доктору глобально полезнее почитать свежую научную статью, чем ответить на комментарии. К тому

же, интеллигентному и скромному доктору, который не любит выставлять себя напоказ, сложно соперничать с опытными инстаграм-целителями, которые берут не столько содержанием своих блогов, сколько яркими фотографиями, призывами ставить лайки и всевозможными акциями-марафонами-вебинарами. В итоге у пациента может сложиться неверная картина мира: вот этот мускулистый мужчина в белом халате, позирующий на носу дорогой яхты с миллионом подписчиков, наверняка хороший хирург, а тот, что ведет закрытый аккаунт для коллег, — непонятно кто такой вообще.

Хотя в целом просветительская деятельность является частью миссии врача, а ведение блога способствует самообразованию, учит четче формулировать собственные мысли, отстаивать свою точку зрения, налаживать контакты с людьми. Все это — обязательные атрибуты профессионализма в медицинском сообществе.

Читателям я бы советовала очень критично воспринимать любые медицинские блоги и честно отвечать себе на вопрос о том, почему вы их читаете и чем конкретно вас привлекает тот или иной медийный врач. Есть примеры замечательных профессионалов, которые стали известны именно благодаря просветительской деятельности, хотя в жизни они вообще интроверты. К таким стоит прислушиваться и тянуться, неторопливо и осознанно формируя свою медицинскую френдленту. В мире, где информации слишком много, нужно быть чуточку гурманом.



КОМАНДА «БЕЛЫХ ЦВЕТОВ»



В Татарстане есть добрая традиция — ежегодная республиканская премия «Врач года – Ак чэчэклар». Помимо признания коллег, победители конкурса получают возможность приобрести зарубежный опыт в лучших клиниках Европы. О том, как групповая стажировка впоследствии помогает командной работе, рассказывает Мурат Мухарьямов, трехкратный обладатель премии «Ак чэчэклар», заместитель главного врача Межрегионального клинико-диагностического центра (г. Казань).

В авангарде здравоохранения

Конкурс «Ак чэчэклар» (переводится с татарского как «белые цветы», назван в честь одноименного романа Абдурахмана Абсалямова, посвященного вра-

чам, — *прим. ред.*) проводится в Татарстане уже более 10 лет. Победителями в различных номинациях премии, таких как «Уникальный случай», «Лучший врач первичного звена», «Медицинский работник года», становятся представители крупных клиник и центральных

районных больниц, ведущие специалисты и фельдшеры из глубинки, которые всю жизнь посвящают любимой профессии. Объединяет их одно: они являются настоящими лидерами, яркими личностями, которым не все равно. Это врачи и медицинские работники, трансформирующие наше здравоохранение. И прекрасным подспорьем в этом становится групповая поездка победителей премии в ведущие клиники Европы.

Я много раз проходил зарубежные стажировки, посещал международные конференции, но для победителей премии организатор поездок — Образовательный центр высоких медицинских технологий AMTEC KAZAN — предложил особенный формат. Как правило, группа врачей посещает одну крупную многопрофильную клинику или несколько медицинских центров поменьше. Здесь специалисты, лидеры направлений встречаются с нами, рассказывают, как у них организованы процессы, показывают работу подразделений.

Дизайн исследования комфорта

В последний раз в составе такой группы я посетил клинику «Вивантес» в Берлине в 2016 году. Это одна из крупнейших медицинских организаций Германии, она многопрофильная, и ее подразделения рассредоточены по всей столице. Мы изучали, как организована работа кардиологического отделения.

Современным медицинским оборудованием нас сильно не удивил, потому что в Татарстане работает много центров высокотехнологичной медицины, где присутствует передовая техника. Для нас гораздо важнее и интереснее узнать, как в европейских клиниках организованы процессы, проводится администрирование, причем на всех уровнях. То есть не только у главврача и его заместителей, но и как, например, обычные врачи в рамках одного структурного подразде-

ления взаимодействуют друг с другом и с пациентами.

Тут очень важны детали. Например, обустройство и дизайн помещений. Как создать атмосферу, которая будет благоприятна для продуктивного контакта «врач-пациент»? Как организовывать пространство, в котором врачам будет комфортно не только выполнять свои непосредственные обязанности, но и развивать профессиональные компетенции? Немецкие врачи, не покидая своего рабочего места, могут проводить поиск специализированной литературы в интернете, им доступны научные семинары и другие полезные ресурсы. Существует множество таких нюансов, которые, с одной стороны, позволяют труд врача облегчить, а с другой, повысить его производительность.

Культ производства

Германия славится своим порядком в организации производственных процессов. Недаром эта страна является одним из лидеров промышленности в Европе, например, все знают и ценят немецкие машины, такие как «Мерседес Бенц», «Ауди», «БМВ». Это справедливо и для немецкого здравоохранения. Клиники отличает максимально продуманная организация. Как этого можно добиться? В частности, благо-

даря четко структурированным документам, описывающих все процессы, происходящие в больнице. Все внештатные ситуации или события, которые выходят за рамки привычного течения дел, также должны иметь свое описание и инструкцию. При этом, с одной стороны, важно иметь исчерпывающую информацию в полном объеме. С другой, в Германии это лаконичные и удобные для восприятия документы, которые позволяют быстро сориентироваться в любой ситуации. При этом каждый этап четко прописан, все регламентировано. Только так можно упорядочить работу, и только упорядоченная работа имеет высокую производительность.

Наше татарстанское здравоохранение уже довольно давно встало на эти рельсы. Так, Больница скорой медицинской помощи Набережных Челнов аккредитована в соответствии с требованиями JCI. Сертификацию по международным стандартам прошли Городская клиническая больница №7 г. Казани, Межрегиональный клинико-диагностический центр и ряд других клиник.

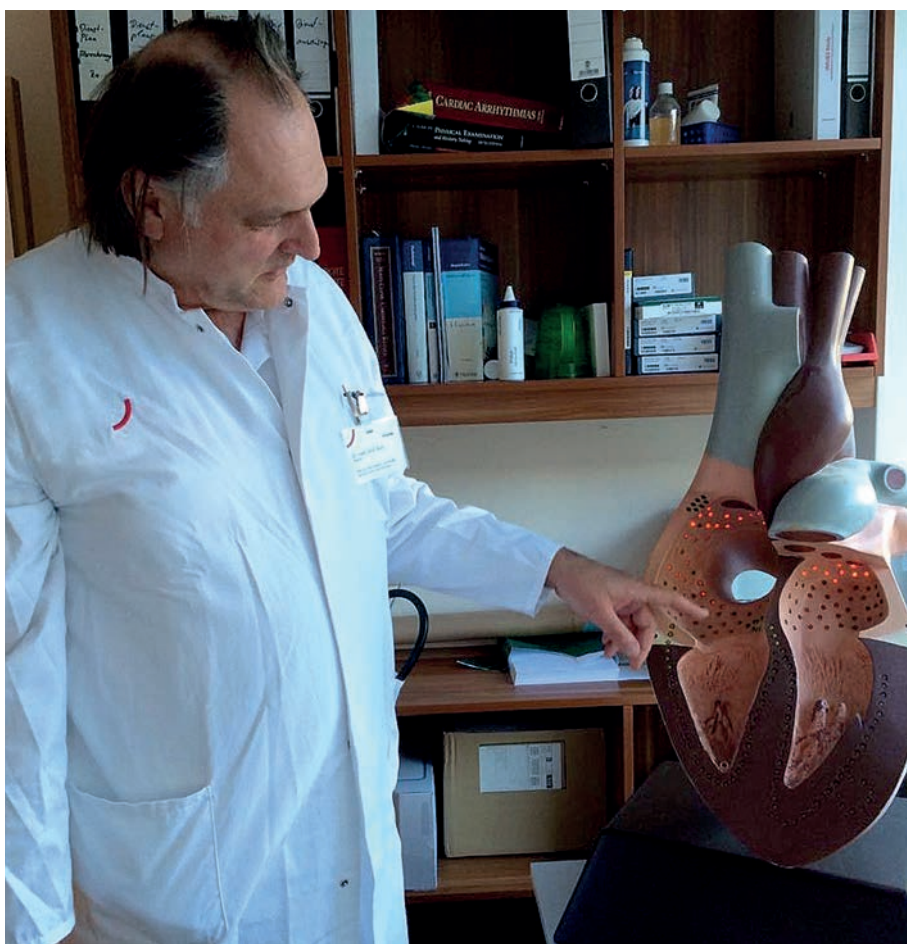
Сегодня в МКДЦ мы ведем работу по созданию информационной системы для клинического обсуждения пациента, позволяющей формализовать работу клинициста. Когда врач обращается к истории болезни в электронном виде,

ЗА РУБЕЖОМ У НАС ПОЯВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНОСТЬ В ОЧЕРЕДНОЙ РАЗ «СВЕРИТЬ ЧАСЫ», СРАВНИТЬ СВОЮ ПРАКТИКУ С РАБОТОЙ ЕВРОПЕЙСКИХ КОЛЛЕГ, ПОНЯТЬ, ЧТО МЫ МОЖЕМ УЛУЧШИТЬ.

это не бумага, которая, как говорится, все стерпит. Система контролирует работу медика, может что-то подсказать ему, указать на критические несоответствия, которые могут навредить пациенту.

Создавая команду

За рубежом у нас появляется возможность в очередной раз «сверить часы», сравнить свою практику с работой европейских коллег, понять, что мы можем улучшить. При этом в случае с победителями конкурса «Врач года» на стажировку отправляется очень разное представительство: руководители, специалисты, медицинские работники. Но с другой стороны, все мы друг на друга похожи — приверженностью профессии, неравнодушием, стремлением помогать людям и менять здравоохранение к лучшему. Когда такие люди собираются в одной точке — это уже событие! Во время перелета, поездок начинается общение, обмен опытом, появляются новые идеи, планы по сотрудничеству. Такое сосредоточение всех лидеров республиканского здравоохранения в одном месте играет огромную роль. Образуются новые горизонтальные связи. Один из приоритетов нашего здравоохранения звучит так: «Работаем командой». В лучшем виде он реализуется во время таких стажировок. Есть связи между всеми нашими ведущими клиниками, центральными районными больницами, вплоть до ФАПов. В нашей практике немало примеров, когда очень тяжелых пациентов удается спасти только благодаря четкому взаимодействию начиная с первичного звена и заканчивая высокотехнологичным центром. Когда эти связи начинают крепнуть, множиться, мы создаем настоящую команду татарстанского здравоохранения.



АЛЕКСАНДР САМОЙЛОВ: ДРУГ СЕРДЦА



На пути к экспериментальной медицине

Интерес к естественным наукам юный Александр Самойлов (урожденный Адольф Шмуль) проявлял еще во время обучения в одной из одесских гимназий. Он родился в 1867 году в бедной многодетной семье, но тем не менее смог получить среднее образование и, проявив способности к математике, поступить на физико-математический факультет Новороссийского университета.

Возможно, для отечественной медицины все сложилось бы иначе, если бы студент Самойлов на втором курсе вдруг резко не сменил свой жизненный курс, поняв, что его больше влечет физиология. Он поступил на медицинский факультет университета Дерпта (ныне — Тарту). В 1891 году Самойлов представил к диссертации свой труд «О судьбе железа в животном организме», получив степень доктора медицины. Уже на следующий год его командировали в Тобольск для борьбы с эпидемией холеры. Именно здесь он понял, что врачебная практика — тоже не его стезя. А манила его стихия научного эксперимента. В полной мере окунуться в нее он смог, став ассистентом И.П. Павлова в Институте экспериментальной медицины (Санкт-Петербург). Вот что писал о своем подопечном великий физиолог: «Я помню, как мне понравилось спокойствие, обдуманность и точность в его работе. Я рассчитывал долго пользоваться сотрудничеством Александра Филипповича, но он скоро, к моему большому сожалению, перебрался в Москву в лабораторию И.М. Сеченова на место ассистента. Александра Филипповича, очевидно, влекло к инструментальной, физической физиологии». У не менее великого Сеченова Александр Самойлов занялся исследованием деятель-

ности мышц и нервов, пытаясь постигнуть природу их возбуждения. Здесь он начал работу с капиллярным электрометром, параллельно читая курсы по физиологии. И.М. Сеченов даже подготовил ходатайство о присвоении приват-доценту А.Ф. Самойлову звания сверхштатного профессора, но оно было отклонено. Но зато в 1903 году его с радостью приняли в Императорский Казанский университет в качестве профессора кафедры зоологии, сравнительной анатомии и физиологии. Правда, лаборатории как таковой здесь не было, что, конечно, не могло остановить энергичного ученого.

Казанский период

Довольно скоро физиологическая лаборатория Казанского университета стала одной из лучших в России. Еще одна важная веха — знакомство с голландским физиологом Виллемом Эйнтховеном, который, собственно, и начал снимать первые электрокардиограммы при помощи струнного гальванометра. Аппарат весил около 300 кг и обслуживало его 5 человек. Но тем не менее он выполнял свою роль — позволял снимать и записывать электрические потенциалы сердца. И первый такой чудо-аппарат в России появился именно в Казани — с подачи профессора Самойлова. А дружбу со своим голландским коллегой он впоследствии пронес через всю жизнь.

Вот что он писал в шуточном письме Эйнтховену, адресуя свой спич струнному гальванометру:

«Я почти влюблен в Вас и если я хоть один день не писал с Вами, то чувствую, чего-то не хватает. Я откровенный человек и должен Вам признаться, что бывали моменты, когда я Вас, уважаемый струнный гальванометр, хотел бы разбить на 1000 кусков... Ваши металлические части никогда меня не раздражали, но струна! Когда, наконец,

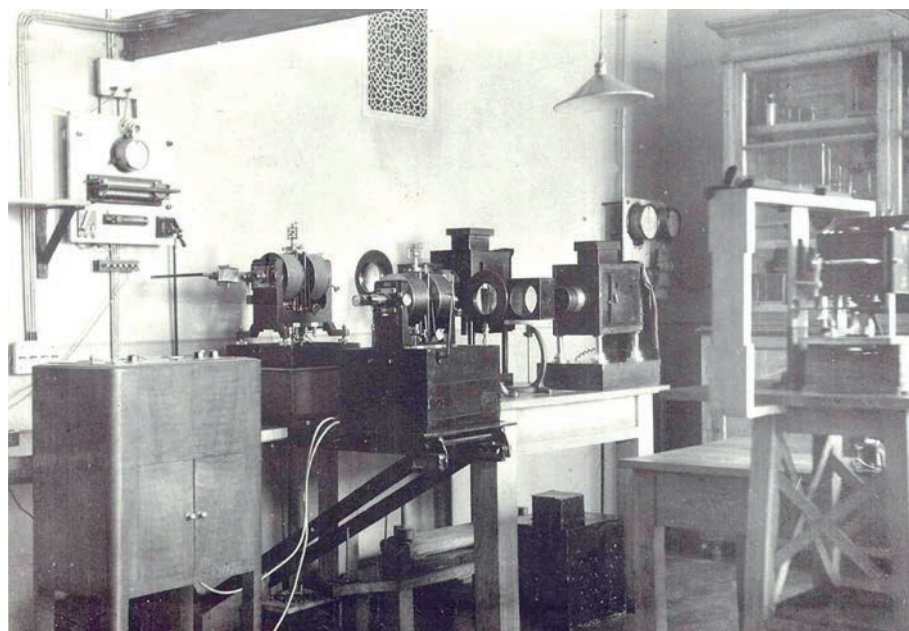
110 лет тому назад было опубликовано первое в России руководство по электрокардиографии. Его автором стал Александр Самойлов, неутомимый исследователь и экспериментатор, настоящий пионер электрофизиологии. Вот некоторые штрихи к портрету великого ученого.

приступаешь к опыту, то оказывается, что струна не хочет больше проводить или же начинает дрожать, как будто её кто-то испугал или у неё приступ малярии (мы пробовали раз хину, но это не помогло)».

Ответ Эйнтховена:

«Струнный гальванометр в восторге от похвалы, высказанной в его адрес... Он ответил мне, что затруднения, касающиеся струн, могут быть устранены, если выписывать их из Америки, где механики изготавливают их прекрасно. Но во время чтения гальванометр вдруг рассвирепел: «Как это я не умею читать? Это невыносимая ужасная клевета! Разве я не читаю самые сокровенные тайны человеческого сердца?»».

Но вернемся в Казань. Сам Самойлов признавался, что первоначально гальванометр приобретался не для исследования больных, а электрокардиограмму человека он записывал, чтобы проверить качество инструмента. Однако в 1908 году он по просьбе профессора А.Н. Казем-Бека согласился записать кривую сердечных тонов одной пациентки. Это было первая в России и одна из первых в мире электрокардиограмм человека с большим

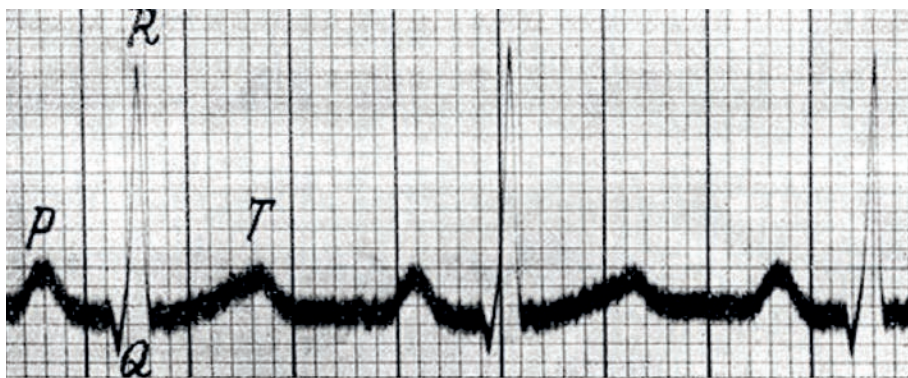


Электрофизиологическая установка из двух струнных гальванометров в новой лаборатории Казанского университета, 1928 год.

сердцем, а именно с митральным стенозом. А.Ф. Самойлов отметил увеличение зубца Р, сделав заключение, что левое предсердие больной работает в условиях повышенной нагрузки.

Впоследствии лаборатория А.Ф. Самойлова стала точкой притяже-

ния для ученых со всей страны. Академик В.В. Парин: «Сюда, как паломники в Мекку, съезжались со всей России физиологи, чтобы научиться работать с эйнтховенским струнным гальванометром – святая святых лаборатории. То был один из первых электрокардиографических аппаратов, казавшийся тогда чудом техники». Практическими аспектами электрокардиографии лаборатория профессора Самойлова занималась около 20 лет. Не менее важными направлениями, определившими перспективы развития отечественной медицины, стали исследования механизмов передачи возбуждения и торможения. Именно А.Ф. Самойлов показал, что в основе передачи импульса с нерва на мышцу лежит химический процесс. Но это уже совсем другая история...



Первая зарегистрированная в России электрокардиограмма пациента с митральным стенозом

Обертона науки

Александр Самойлов был не только гениальным ученым, но и талантливым музыкантом. Полного музыкального образования он не получил, тем не менее слыл прекрасным исполнителем, самостоятельно отточив свой талант игры на фортепьяно. В 1900 году, работая в Московском университете, Самойлов вел музыкальный кружок. Среди

его благодарных слушателей были, в том числе, С.В. Рахманинов, А.Т. Гречанинов и другие.

В смутное революционное время музыка тоже стала отдохновением и, возможно, спасением для ученого. В 1917 году Самойлов создал музыкальный кружок уже в Казани, выступая с докладами, находящимися на стыке физиологии, физики и искусства: «Музыкальная акустика и музыкаль-

ная этнография», «О сходстве и различии слуховых и зрительных ощущений», «О значении фазы обертонов на слуховые ощущения». Одним из значимых трудов стала статья «Натуральные числа в музыке», посвященная акустическим особенностям гармонии А.Н. Скрябина. За свою работу на этом поприще А.Ф. Самойлов был удостоен звания профессора Казанской восточной консерватории.

РАСПИСАНИЕ КУРСОВ НА 2020 ГОД

ФЕВРАЛЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	

04.02 – 06.02

Ультразвуковая диагностика плечевого и локтевого суставов

06.02 – 08.02

Диагностика внутриматочной патологии.
Гистероскопия, гистерорезектоскопия

07.02 – 09.02

Ультразвуковая диагностика коленного и тазобедренного суставов

14.02 – 16.02

Артроскопическая хирургия коленного сустава.

Базовый курс

17.02 – 21.02

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

24.02 – 28.02

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

27.02 – 29.02

IX Российско-Европейский образовательный симпозиум
по торакальной хирургии им. академика М.И. Перельмана
«Вокруг торакальной хирургии»

28.02 – 29.02

Артроскопическая хирургия тазобедренного сустава

МАРТ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
					1	
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

02.03 – 06.03

Эндоскопическая хирургия в гинекологии

09.03 – 13.03

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

13.03 – 15.03

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс

20.03 – 21.03

IV Международная образовательная школа
ассоциации «Артромастер»

23.03 – 27.03

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

23.03 – 27.03

Эндоскопическая хирургия в урологии

26.03 – 28.03

Формирование пациентоориентированности
с использованием методов дизайн-мышления

27.03 – 29.03

Ревматология

28.03 – 29.03

Тренинговый курс «Осложнения лапароскопии в гинекологии»

30.03 – 03.04

Рентгенэндоваскулярная хирургия

АПРЕЛЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

03.04 – 04.04

Артроскопическая хирургия локтевого и голеностопного суставов

09.04 – 11.04

Диагностика внутриматочной патологии.

Гистероскопия, гистерорезектоскопия

13.04 – 17.04

Эндоскопическая хирургия в гинекологии

17.04 – 19.04

МРТ в диагностике повреждений и заболеваний крупных суставов

17.04 – 19.04

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Продвинутый курс

20.04 – 24.04

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

20.04 – 24.04

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

24.04 – 26.04

Хирургическое лечение дегенеративных заболеваний коленного сустава

28.04 – 29.04

Тренинговый курс «Лапароскопия в гинекологии»

МАЙ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
			1	2	3	
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

12.05 – 15.05

Сестринский уход при инсульте. Основы патронажной системы

15.05 – 17.05

Артроскопическая и малоинвазивная хирургия плечевого сустава. Продвинутый курс. Профилактика интра- и послеоперационных осложнений

18.05 – 22.05

Программа по управлению сестринским персоналом «Знать как управлять – значит, управлять эффективно».

20.05

VI Саммит медицинских сестер «Медицинская сестра – шаг в будущее»

20.05 – 21.05

V Практическая школа по хирургии основания черепа (транскраниальные и эндоназальные эндоскопические доступы), кадаверный курс

21.05

Образовательная школа по стереотаксической радиохирургии / радиотерапии (SRS / SRT)

21.05 – 23.05

Диагностика внутриматочной патологии. Гистероскопия, гистерорезектоскопия

25.05 – 29.05

Эпидемиологическая безопасность эндоскопических манипуляций

25.05 – 29.05

Эндоскопические операции в торакальной хирургии

29.05 – 31.05

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

ИЮНЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

01.06 – 05.06

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

05.06 – 07.06

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс

05.06 – 07.06

Ревматология

08.06 – 12.06

Ультразвуковая диагностика периферической нервной системы

17.06

Международная конференция «Безопасность пациента»

19.06 — 21.06

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

АВГУСТ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

10.08 – 14.08

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

14.08 – 16.08

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

15.08 – 16.08

Ревматология

17.08 – 21.08

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

24.08 – 28.08

Сестринское дело в оказании высокотехнологичной медицинской помощи в эндоскопической хирургии

28.08 – 30.08

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс

31.08 – 01.09

Первичная реанимация новорожденных детей

СЕНТЯБРЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
1	2	3	4	5	6	
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

03.09 – 05.09

Диагностика внутриматочной патологии.
Гистероскопия, гистерорезектоскопия

07.09 – 11.09

Эндоскопическая хирургия в гинекологии

11.09 – 13.09

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Продвинутый курс

14.09 – 18.09

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

18.09 – 19.09

III Международная школа «Тренды и традиции
в оперативной проктологии»

20.09

Школа медлектора / блогера

21.09 – 25.09

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

25.09 – 27.09

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс

28.09 – 02.10

Эндоскопическая хирургия в урологии

ОКТАБРЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

05.10 – 09.10

Рентгенэндоваскулярная хирургия

09.10 – 10.10

Корригирующие остеотомии

13.10 – 15.10

Ультразвуковая диагностика плечевого и локтевого суставов

15.10 – 17.10

Диагностика внутриматочной патологии.
Гистероскопия, гистерорезектоскопия

16.10 – 18.10

Ультразвуковая диагностика коленного и тазобедренного суставов

19.10 – 23.10

Эндоскопическая хирургия в гинекологии

23.10 – 25.10

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

26.10 – 30.10

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

29.10 – 30.10

Международная практическая школа урологии

30.10 – 01.11

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Продвинутый курс

Дата уточняется

VII Международная конференция «Мировой стандарт качества:
от идеи до воплощения. Опыт лидеров»

НОЯБРЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

09.11 – 13.11

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

09.11 – 13.11

Эндоскопические операции в торакальной хирургии

13.11 – 15.11

Артроскопическая хирургия плечевого сустава. Базовый курс

16.11 – 20.11

Эпидемиологическая безопасность эндоскопических манипуляций

19.11 – 20.11

Международный конгресс молодых ученых в фармации
Drug Research

27.11 – 29.11

Артроскопическая хирургия коленного сустава. Базовый курс

27.11

Форум «Опыт пациента»

ДЕКАБРЬ

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

04.12 – 05.12

Артроскопическая хирургия локтевого и голеностопного суставов

04.12 – 06.12

Ревматология

07.12 – 11.12

Ультразвуковая диагностика в ортопедии

14.12 – 18.12

Базовые навыки в эндоскопической хирургии

18.12 – 20.12

Артроскопическая хирургия тазобедренного сустава

В расписании возможны изменения. Для уточнения актуальной информации просим звонить по тел.: 8 (800) 234-30-88 либо посетить сайт www.amtec-kazan.com (раздел «Курсы»).



ЗА ГРАНЬЮ ВОООБРАЖЕНИЯ

Olympus открывает новые горизонты в эндоцитоскопии:

- До 520x раз увеличение с эндоцитоскопами GIF-H290EC и CF-H290ECI
- Оптический NBI* для контрастирования капиллярного рисунка. Доступен одновременный осмотр в NBI и с увеличением до 520 раз
- Осмотр микроскопического рисунка клеток и ядер in vivo**

* NBI (Narrow Band Imaging) - технология визуализации
in vivo - в режиме реального времени
На правах рекламы. Товары сертифицированы.