

Е.С. Иванова*, Ю.Д. Шалягин

ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации», филиал по медицинской профилактике, г. Москва

РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОВЕДЁННОГО В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ОКТЯБРЕ–НОЯБРЕ 2012 ГОДА

Резюме

В работе обобщены результаты пилотного проекта «Диспансеризация взрослого населения», который проводился в октябре–ноябре 2012 г. в МО. В его организации приняли участие специалисты филиала по медицинской профилактике ГАУЗ МО «Клинический центр восстановительной медицины и реабилитации» (Московский областной центр медицинской профилактики).

Ключевые слова: общественное здоровье, диспансеризация, медицинская профилактика, факторы риска неинфекционных заболеваний.

Abstract

This review summarizes the results of the pilot project «Prophylactic mass screening examinations of adult population», which had been held in October–November 2012 in the Moscow region, the organization of which was attended by specialists of the Moscow regional center of medical prevention.

Key words: public health, mass screening examinations, medical prevention, risk factors for noncommunicable diseases.

АПУ — амбулаторно-поликлиническое учреждение, ФР — факторы риска, МЗ — Министерство здравоохранения, МО — Московская область, ПСА — простатспецифический антиген.

МЗ РФ в 2012 г. был разработан проект нового порядка проведения диспансеризации взрослого населения. Согласно ст. 46 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (№ 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.), диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определённых групп населения в соответствии с законодательством РФ. Основными отличиями предлагаемой диспансеризации от проводившейся в течение нескольких лет (с 2006 по 2012 гг.) дополнительной диспансеризации работающего населения является, во-первых, участковый принцип проведения осмотров, во-вторых, предлагаемая диспансеризация будет проводиться по программе государственных гарантий по оказанию гражданам медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования [1]. Основное внимание в ходе диспансеризации, проводимой по новому порядку, планируется направить на выявление ранних стадий и ФР развития заболеваний, являющихся в настоящее время основной проблемой для общественного здоровья, определяющих картину преждевременной смертности и инвалидизации населения Российской Федерации, а именно, сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также ряда широко

распространённых и социально значимых заболеваний, таких как сахарный диабет, глаукома и туберкулёз [2, 3]. В отличие от дополнительной диспансеризации, в ходе диспансеризации по новому порядку планируется использовать анкету для выявления ФР основных неинфекционных заболеваний и более обширный перечень инструментальных и лабораторных исследований. При подготовке нового порядка проведения диспансеризации был учтён многолетний отечественный опыт проведения всеобщей диспансеризации [4–7] и опыт массовых скрининговых обследований, накопленный во многих странах по всему миру [14, 15].

В рамках подготовки Порядка проведения диспансеризации взрослого населения РФ в сжатые сроки было проведено три совещания Рабочей группы МЗ РФ, в состав которой входили главные специалисты по профилактической медицине, терапии, онкологии, урологии и ведущие специалисты научно-исследовательских институтов, изучающих проблемы организации здравоохранения и общественного здоровья. На совещаниях обсуждался предложенный для нового порядка диспансеризации перечень лабораторных и инструментальных исследований и обследований у специалистов, обладающих достаточной чувствительностью и специфичностью для решения задач, которые ставятся перед

* Контакты. E-mail: cmedprof@ya.ru. Телефон: (495) 631-48-18

диспансеризацией [8–13]. По результатам совещаний Рабочей группы было составлено техническое задание для проведения пилотного проекта «Диспансеризация взрослого населения». Данный пилотный проект было предложено провести МЗ МО. Цель проекта заключалась в апробации модели диспансеризации взрослого населения (21 год и старше) в условиях АПУ первичной медико-санитарной помощи для выработки оптимальных предложений по внедрению диспансеризации в практику.

ДИЗАЙН ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Основными задачами пилотного проекта были:

1. оценка возможности организации диспансеризации по участковому принципу;
2. оценка работоспособности алгоритма диспансеризации при основной организующей роли отделений / кабинетов медицинской профилактики;
3. оценка инструментально-лабораторных и кадровых возможностей поликлиник;
4. оценка влияния диспансеризации на повседневную работу поликлиник и участковых терапевтов в частности.

Согласно техническому заданию, были определены объёмы медицинских осмотров (обследований), проводимых в рамках диспансеризации. **Первый этап пилотного проекта диспансеризации** проводился с целью первичного отбора (скрининга) пациентов с подозрением на наличие заболеваний, выявления ФР их развития, оценки суммарного риска сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и включал в себя:

- Доврачебный приём (проводится в кабинете оценки риска отделения медицинской профилактики):
 - опрос по унифицированной анкете;
 - антропометрия;
 - измерение артериального давления;
 - тонометрия глаз;
 - определение общего холестерина крови;
 - определение концентрации глюкозы в крови;
 - снятие и расшифровку электрокардиограммы (самое раннее с 21 года; затем с 45 лет у мужчин и с 40 лет у женщин);
 - осмотр акушерки и взятие мазка методом Папаниколау (ПАП-тест) на раннее выявление рака шейки матки.
- Диагностические исследования:
 - флюорография;
 - для женщин маммография (с 40 лет) или УЗИ молочных желез;
 - анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ);
 - общий анализ мочи;
 - исследование кала на скрытую кровь (с 45 лет);
 - (для мужчин) определение (ПСА) (с 45 лет);

- УЗИ органов брюшной полости (с 45 лет);
- УЗИ органов малого таза (с 45 лет).

- Осмотр стоматолога-гигиениста (зубного врача).
- Профилактический приём (осмотр, консультация) участкового врача-терапевта / врача общей практики (семейного).
- Профилактическое консультирование по ФР.

По результатам 1-го этапа диспансеризации определялись показания к выполнению обследований и консультаций 2-го этапа, включавшие:

- подозрение на атеросклеротическое поражение сонных артерий (по данным опроса или сочетания ФР или по результатам консультации невролога);
- подозрение на заболевания органов пищеварения (в т.ч. онкологических) (по данным опроса и анамнеза);
- повышенное внутриглазное давление (по данным тонометрии глаз);
- подозрение на заболевание предстательной железы (в т.ч. онкологическое) (при повышенном уровне ПСА (> 4 нг/мл));
- подозрение на заболевания толстого кишечника (в т.ч. онкологические) (при обнаружении скрытой крови в кале);
- подозрение на наличие нарушений липидного обмена (при повышении уровня общего холестерина крови и по данным семейного анамнеза).

Второй этап диспансеризации проводился с целью уточнения диагноза, определения группы состояния здоровья и выявления пациентов, которым для уточнения диагноза требуется расширенное обследование (за пределами объёма диспансеризации). Этот этап диспансеризации включал:

- дуплексное сканирование брахицефальных артерий;
- эзофагогастродуоденоскопию;
- консультацию офтальмолога;
- консультацию невролога;
- консультацию уролога;
- консультацию хирурга / проктолога;
- колоноскопию / ректороманоскопию;
- определение липидного спектра крови (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды).

В результате диспансерного осмотра были сформированы 3 группы состояния здоровья.

1-ю группу составили граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют ФР развития таких заболеваний или имеются указанные ФР при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Во 2-ю группу вошли граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются ФР развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

3-я группа включала лиц, имеющих заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Руководством МЗ МО было проведено пять совещаний, в ходе которых были определены муниципальные образования МО для участия в пилотном проекте, которыми стали г. Подольск и Раменский муниципальный район. Московским областным территориальным фондом медицинского страхования были установлены тарифы на оплату диспансерных осмотров. Непосредственно перед началом пилотного проекта в каждом из выбранных муниципальных образований было организовано выездное совещание МЗ МО, в ходе которого цели и задачи проекта были доведены до непосредственных исполнителей — главных врачей АПУ, заведующих отделениями терапии и участковых врачей. Кроме этого, специалисты ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ провели однодневный инструктаж медицинских работников по вопросам пилотного проекта. Исполнение пилотного проекта в ежедневном режиме курировал лично заместитель министра здравоохранения МО. МЗ МО был издан приказ «Об утверждении объёма и порядка предоставления медицинских услуг, выполняемых в рамках пилотного проекта по проведению диспансеризации взрослого населения МО». АПУ, в которых, согласно этому приказу, был проведён пилотный проект диспансеризации взрослого населения МО, представлены в *табл. 1*.

На подготовительном этапе от управлений здравоохранения и администрации АПУ, участвующих в проекте, потребовалось организовать работу по информированию населения через СМИ, составить списки лиц, подлежащих диспансеризации, а также планы их приёма в

АПУ, на основании паспортов терапевтических участков, распечатать соответствующие формы учётно-отчётной документации, разработать маршруты движения пациентов, приобрести дополнительное лабораторное оборудование, заключить договоры на недостающие виды исследований (ПСА, маммографию, эзофагогастроудоденоскопию, колоноскопию и др.), принять на работу по договору внешнего совместительства врачей-специалистов.

Проект стартовал 22 октября 2012 г. Первичный приём лиц для прохождения 1-го этапа осмотра продолжался в течение трех недель, до 15 ноября, а последняя неделя пилотного проекта была выделена на завершение 2-го этапа осмотра и на подведение итогов. Пилотный проект завершился 22 ноября 2012 г.

УЧАСТНИКИ ПРОЕКТА

Поскольку основной целью проекта была апробация модели диспансеризации в реальных условиях, плановое число лиц, которые должны были пройти осмотр, определено не было. Общее число лиц, начавших диспансеризацию за период апробации, составило 3056 человек, из них 711 (24%) мужчины, 2345 (76%) женщины. Техническое задание на проведение пилотного проекта «Диспансеризация взрослого населения» определило возрастные категории граждан для прохождения диспансеризации, согласно Проекту проведения диспансеризации взрослого населения РФ, т.е. начиная с 21 года, через каждые 3 года (21, 24 года и т.д.), однако в условиях проведения пилотного проекта соблюдать эти категории оказалось невозможным, и АПУ принимали всех лиц, желавших пройти осмотр, без ограничений по возрасту. Распределение лиц, пришедших на диспансеризацию, по возрастам представлено на *рис. 1*.

Число лиц требуемого возраста (21, 24, 27 ... 99 лет), пришедших на диспансеризацию, составило 1476 человек (48%). Из 3056 человек, начавших диспансеризацию, 1-й этап завершили 2949 человек (96%), на 2-й этап было направлено 1259 человек (43%), из них 1029 человек (82%) завершили 2-й этап осмотра. Распределение лиц, принявших участие в пилотном про-

Таблица 1. АПУ, которые участвовали в проведении пилотного проекта «Диспансеризация взрослого населения МО»

№ п/п	Наименование муниципального образования	Наименование медицинской организации	Мощность, посещения в смену	Прикреплённое население, человек
1	г. Подольск	МУЗ «Подольская городская поликлиника № 1»	850	106000
2	г. Подольск	МУЗ «Подольская городская клиническая больница № 2»	150	19000
3	г. Подольск	МУЗ «Подольская городская клиническая больница № 3»	250	39000
4	Раменский муниципальный район	МУЗ «Раменская центральная районная больница»	850	44500
5	Раменский муниципальный район	МУЗ «Раменская центральная районная больница «Речицкая участковая больница»	250	16000

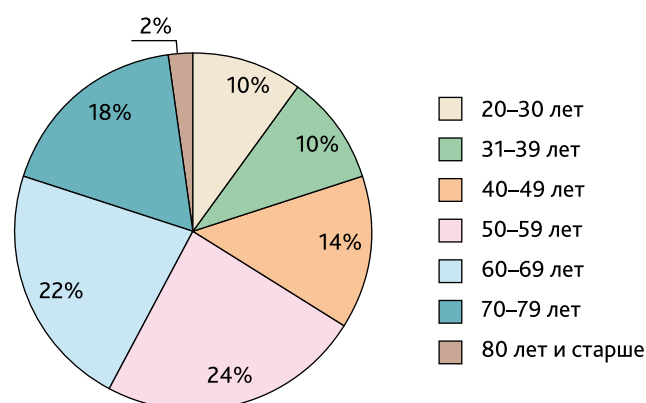


Рисунок 1. Распределение лиц, пришедших на диспансеризацию, по возрастам

екте «Диспансеризация взрослого населения МО», представлено в табл. 2.

В связи с широким оповещением населения, в первые дни пилотного проекта было отмечено обращение в АПУ большого количества лиц, что привело к возникновению очередей в лечебных учреждениях. Это потребовало выделения дополнительных медицинских работников в кабинет, на который в отсутствие кабинета / отделения медицинской профилактики (на момент начала пилотного проекта отделение медицинской профилактики функционировало только в

поликлинике при Раменской центральной районной больнице) были возложены функции по проведению анкетирования, антропометрии и по маршрутизации лиц, пришедших на диспансерное обследование. Проведение диспансеризации значительно затруднило обычную работу всех АПУ, включённых в пилотный проект. Особенно остро встали вопросы, связанные с проведением УЗИ. Решение о включении в 1-й этап диспансерного осмотра УЗИ 3 областей (брюшная полость, забрюшинное пространство и полость таза) инициировало чрезвычайно высокий спрос на данные исследования, что вносило беспорядок в процесс всего диспансерного осмотра. Кроме этого, УЗ нагрузка на врача многократно превышала допустимую (врачи принимали более 30 пациентов в день при норме 12 в день или 6 в смену).

Среднее время на прохождение 1-го этапа диспансерного осмотра составляло 2 дня в случае отсутствия необходимости привлечения сторонних организаций. В противном случае время прохождения 1-го этапа увеличивалось до 3–4 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение лиц, прошедших диспансерный осмотр по группам состояния здоровья, представлено на рис. 2.

Таблица 2. Распределение лиц, принявших участие в пилотном проекте «Диспансеризация взрослого населения МО»

Наименование АПУ	Число пришедших на диспансеризацию	Из пришедших подходят под возрастные критерии проекта	Законченные случаи 1-го этапа	Направлено для прохождения 2-го этапа	Законченные случаи 2-го этапа
«Подольская городская поликлиника № 1»	986	635	986	280	280
«Подольская городская больница № 2»	198	63	198	149	144
«Подольская городская клиническая больница № 3»	354	274	354	39	39
Всего по г.Подольск	1538	972	1538	468	463
МУЗ «Раменская центральная районная больница»	904	317	879	576	454
«Раменская центральная районная больница «Речицкая участковая больница»	614	187	532	215	112
Всего по Раменскому муниципальному району	1518	504	1411	791	566
Всего	3056	1476	2949	1259	1029

На рис. 3 представлена частота встречаемости ФР неинфекционных заболеваний среди лиц, пришедших на диспансеризацию, по результатам опроса по унифицированной анкете, который проводился на 1-м этапе диспансерного осмотра.

На рис. 4 представлена частота встречаемости отклонений от нормы результатов лабораторных исследований, проведенных на 1-м этапе диспансерного осмотра.

На рис. 5 представлена частота встречаемости отклонений от нормы лабораторных исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.

На рис. 6 представлена частота встречаемости отклонений от нормы результатов инструментальных исследований, которые были проведены на 1-м этапе диспансерного осмотра.

После завершения 1-го этапа диспансерного осмотра, в случае выявления показаний, описанных выше, обследуемые лица в рамках диспансеризации направлялись на 2-й этап осмотра. Наиболее частые обследования и консультации, на которые направлялись лица, завершившие 1-й этап диспансерного осмотра, представлены на рис. 7.

Частота встречаемости отклонений от нормы и патологических изменений, подтвержденных у лиц, направленных на 2-й этап диспансерного осмотра, представлена на рис. 8.

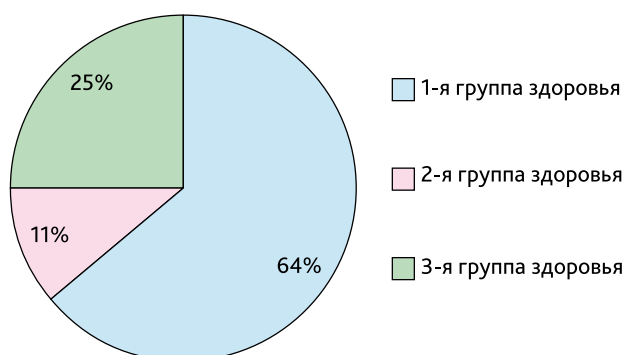


Рисунок 2. Распределение лиц, прошедших диспансерный осмотр, по группам состояния здоровья

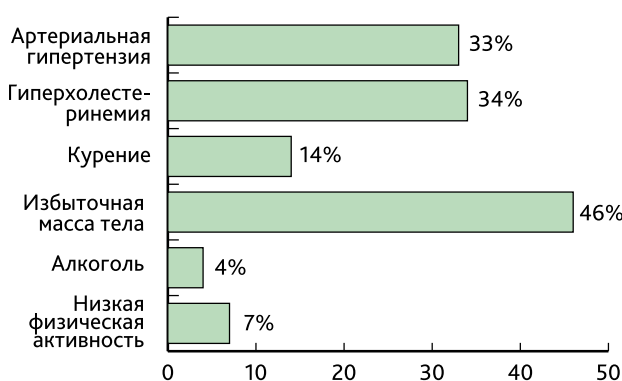


Рисунок 3. ФР неинфекционных заболеваний

Выводы

Проведенный в МО в 2012 г. пилотный проект «Диспансеризация взрослого населения» подтвердил, что распространенность неинфекционных заболеваний и ФР их развития среди населения является высокой. Заинтересованность в диспансерных осмотрах максимальна среди женщин в возрастной группе от 50 до 69 лет. В ходе проведения пилотного проекта были выявлены следующие основные проблемы:

1. Организационные:

- очереди, особенно у кабинетов инструментальных исследований;
- отсутствие в АПУ кабинетов или отделений медицинской профилактики;
- отсутствие электронной учетной и отчетной документации;
- многократное превышение нагрузки на специалистов по УЗИ.

2. Недооснащенность АПУ оборудованием:

- нехватка флюорографов и маммографов;
- использование устаревших тонометров Маклакова для измерения внутриглазного давления;

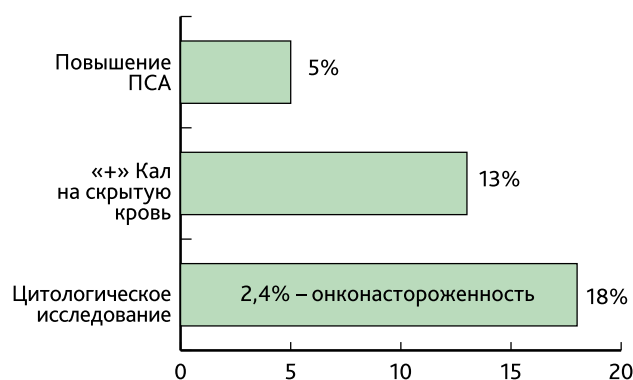


Рисунок 5. Отклонение от нормы лабораторных исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний

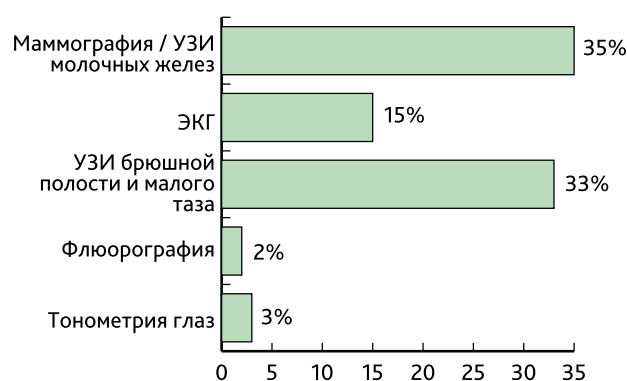


Рисунок 6. Изменения, выявленные по результатам инструментальных методов исследования на 1-м этапе диспансерного осмотра

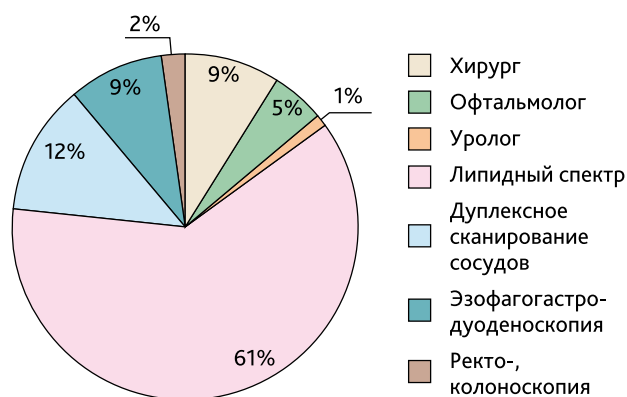


Рисунок 7. Основные консультации и обследования, на которые направлялись пациенты на 2-м этапе диспансерного осмотра

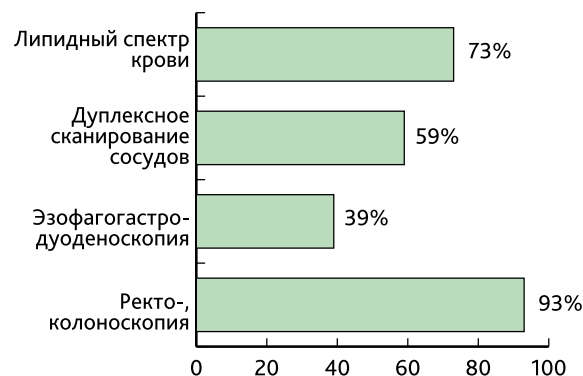


Рисунок 8. Патологические изменения по результатам лабораторных и инструментальных методов исследования. 2-й этап

• недостаточная производительность экспресс-анализаторов уровня холестерина и глюкозы в крови.

3. Кадровый дефицит:

- неукомплектованность поликлиник специалистами и участковыми терапевтами в полном объеме;
- недостаточная подготовка работников АПУ по вопросам медицинской профилактики.

4. Человеческий фактор:

- отсутствие мотивации населения проходить весь объем исследований при ажиотажном спросе на УЗИ;
- массовые отказы от некоторых методов обследования (исследование кала на скрытую кровь, приём стоматолога-гигиениста);
- отказ населения сельских районов продолжать обследование в центральной районной больнице, что приводит к увеличению числа незаконченных случаев 1-го этапа диспансерного осмотра.

Проведение пилотного проекта «Диспансеризация взрослого населения» проходило с привлечением значительных административных ресурсов и потребовало существенных усилий со стороны главных врачей и рядовых медицинских работников АПУ, которые принимали в нем участие. В реальной практике проведение диспансеризации неизбежно столкнется с проблемами, решение которых потребует системной, ежедневной работы АПУ. Необходимо понимать, что при проведении диспансеризации АПУ должны ежегодно проводить осмотр приблизительно одной третьей части всего прикрепленного взрослого населения.

Основным выводом, который можно сделать по результатам пилотного проекта, является то, что проведение массовой диспансеризации требует крупномасштабной структурной и идеологической перестройки АПУ, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению. Для проведения диспансеризации во всех АПУ необходимо организовать кабинеты или отделения медицинской профилактики, согласно приказу МЗРФ № 543н от 15 мая 2012 г., чтобы

снять часть нагрузки с участковых терапевтов. При подготовке к проведению диспансеризации следует не только решать проблемы дооснащения АПУ оборудованием, подготовки кадров и создания отделений и кабинетов медицинской профилактики, но и вопросы привлечения населения к прохождению диспансерных осмотров, приобщая к этому участковых терапевтов, узких специалистов АПУ и используя средства массовой информации. Успех профилактических мероприятий, включающих диспансеризацию, возможен только при объединении усилий медицинского сообщества, администрации муниципальных образований и населения, направленных на создание профилактической среды, решение экономических, экологических и медико-социальных проблем, на фоне высокого общественного заказа на ведение здорового образа жизни [16].

А

Список литературы

1. Бойцов С.А., Вылегжанин С.В., Гамбарян М.Г., Гулин А.Н., Еганиян Р.А., Зубкова И.И., Ипатов П.В., Калинина А.М., Пономарева Е.Г., Соловьева С.Б. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. РИО ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины». 2013.
2. Глазунов И.С., Соловьева И.М., Усова Е.В. Профилактика неинфекционных заболеваний в регионах. Методы и организация. Методические рекомендации. РИО ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины». 2012.
3. Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. М.: Медицина. 1987.
4. Масленникова Г.Я., Мартынич С.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Медицинские и социально-экономические потери, обусловленные курением взрослого населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2004; 3: 5–9.
5. Национальные клинические рекомендации всероссийского научного общества кардиологов по кардиоваскулярной профилактике. М. 2011.

6. Новгородцев Г.А., Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Диспансеризация населения в СССР (состояние и перспективы). М.: Медицина. 1979.
7. Резолюция Первого национального съезда врачей. Москва 5 октября 2012 г. Опубликована на сайте Министерства здравоохранения РФ по ссылке: <http://www.rosminzdrav.ru/health/med-service/148>.
8. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Под ред. Ю.П. Лисицина. В двух томах. М.: Медицина. 1987.
9. Сон И.М., Несветайло Н.Я., Леонов С.А., Коротков Ю.А., Соболева Н.П., Купряшина Н.В., Бойков В.А., Латышова А.А., Шибалков В.А. Диспансеризация населения. Руководство для врачей и руководителей органов управления здравоохранением и медицинских организаций. Томск. Ветер. 2012.
10. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению в 2010 г. М. 2011.
11. Щепин О.П. Диспансеризация — основной путь дальнейшего совершенствования профилактического направления советского здравоохранения // Терапевтический архив. 1984. № 1. С. 3–8.
12. Kauffman R.P., Griffin S.J., Lund J.D., Tullar P.E. Current Recommendations for Cervical Cancer Screening: Do They Render the Annual Pelvic Examination Obsolete? Med Princ Pract. 2013 Jan 15.
13. Libby G., Brewster D.H., McClements P.L., Carey F.A., Black R.J., Birrell J., Fraser C.G., Steele R.J. The impact of population-based faecal occult blood test screening on colorectal cancer mortality: a matched cohort study. Br J Cancer. 2012 Jul 10; 107(2): 255–9.
14. Krogsbøll L.T., Jørgensen K.J., Grønhoj Larsen C., Gøtzsche P.C. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis BMJ. 2012 Nov 20; 345: e7191.
15. Madalinski M. Continuous quality improvement of colorectal cancer screening. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2013 Feb 6; 4(1): 1–3.
16. Marrero S.L., Bloom D.E., Adashi E.Y. Noncommunicable diseases: a global health crisis in a new world order. JAMA. 2012 May 16; 307(19): 2037–8.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

СВЕРШЕНИЯ И ПЛАНЫ ВЛАДИМИРА ВИКТОРОВИЧА ПОПОВА



Владимир Викторович Попов — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины и внутренних болезней, директор Института семейной медицины ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», главный внештатный специалист по общей врачебной практике Министерства здравоохранения Архангельской области, автор более 250 научных работ. Многочисленные звания и достижения Владимира Викторовича можно перечислять очень долго, но сегодня наша задача — поздравить этого прекрасного человека, выдающегося врача, мудрого учителя, талантливого руководителя, с 55-летним юбилеем.

В жизни каждого человека наступает момент, когда приходится серьёзно решать вопрос о предназначении. Такой вопрос встал и перед В.В. Поповым перед окончанием школы в 1975 г. в г. Северодвинске. Не без колебаний он решил посвятить себя медицине. После окончания Архангельского государственного медицинского университета с красным дипломом В.В. Попов поступает в ординатуру на кафедру госпитальной терапии и сразу выбирает специальность — ревматология, публикует свою первую научную работу, вскоре за консультациями к нему начинают обращаться пациенты из Архангельской области и других регионов России.

В 1987 г. В.В. Попов защищает диссертацию кандидата медицинских наук, его назначают руководителем подготовки интернов Архангельской области и республики Коми. В 1993 г. на I Съезде ревматологов России его избирают членом Президиума Правления Ассоциации ревматологов России. С 1990 г. В.В. Попов меняет сферу деятельности и работает старшим научным сотрудником в Институте физиологии Уральского отделения АН СССР. В 1991 г. он возвращается в АГМУ, теперь уже заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней. В 1994 г. защищает доктор-

скую диссертацию, в 1995 г. получает учёное звание профессора.

Под руководством В.В. Попова стали внедряться современные образовательные технологии, началась последипломная подготовка врачей, в 1998 г. кафедра была переименована в кафедру семейной медицины и внутренних болезней. Значительно повысилась эффективность научно-исследовательской деятельности, под руководством В.В. Попова защищено 3 докторских и 14 кандидатских диссертаций. Сегодня кафедра семейной медицины и внутренних болезней — самая крупная кафедра Северного государственного медицинского университета с налаженными международными связями и научно-исследовательскими проектами.

Трудовая деятельность Владимира Викторовича не ограничивается образовательной, научной и врачебной. Широкий кругозор, понимание тенденций развития современной медицины, умение уловить нужные веяния позволяют ему активно участвовать в разработке и реализации реформы здравоохранения РФ. Желаем юбиляру не останавливаться на достигнутом, добиваться новых целей на благо населения Архангельской области и страны, а также здоровья и личного счастья!