Медицинская газета®

15 октября 2014 г.
среда
№ 77 (7502)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Событие

Наш путь — вместе и вперёд!

Лучшие врачи года собрались в Каминном зале «Медицинской газеты»

Встреча с коллективом редакции прошла на следующий день после награждения, состоявшегося в Государственном центральном концертном зале «Россия» в Лужниках. Там приветствие от имени лауреатов XIV Всероссийского конкурса «Лучший врач года» зачитал Олег Нагибин, победитель в номинации «Лучший руководитель медицинской организации».

Глубокоуважаемая Вероника Игоревна, коллеги, гости!

Для меня большая честь выступать от имени лауреатов конкурса – моих товарищей и коллег. Все мы – единое сообщество врачей, связанное общей присягой служения людям, клятвой великого Гиппократа.

Нам, стоящим на этой сцене, трудно найти подходящие слова для выражения глубокой благодарности за ту величайшую оценку, которой удостоилась наша повседневная, порой рутинная работа. У нас в стране существуют премии в области медицины: региональные, профессиональные, научные. Но самым значимым и почётным является конкурс «Лучший врач года». Вот уже четырнадцать лет – это конкурс номер один среди врачей России.

«Хрустальная Гигиея» вручена лучшему сельскому врачу Марьяне Шахмурадовой (Грачёвская центральная районная больница Ставропольского края)

Сегодня он поистине символ отечественного здравоохранения. Победа в нём – безоговорочный и заслуженный знак профессионального качества, признание авторитета и востребованности медицинской специальности. А сегодняшнее объединённое награждение и врачей и среднего медицинского персонала особенно почётно!

Ведь за каждой наградой стоит работа всего медицинского коллектива. Это наш общий труд, это общая заслуга! Хочу поблагодарить всех наших коллег. Без вашего участия достижения лауреатов конкурса были бы невозможны.

В этот радостный для нас день от лица всех победителей выражаю искреннюю признательность членам центральной конкурсной комиссии, высоко оценивших и отметивших наш труд. Это признание – наше высшее профессиональное достижение.

Отдельные слова благодарности вам, Вероника Игоревна, нашему министру.

Ваша личная поддержка этого мероприятия ясно показывает искреннюю заинтересованность в необходимости укрепления престижа и авторитета медицинских работников. Спасибо вам за то, что у нас появилась возможность раскрыть удивительную и яркую суть медицинских специальностей.

Ваше внимание и высокая оценка нашей деятельности – это мощнейший стимул для продолжения работы и достижения новых результатов на медицинском поприще. Это новый заряд, свежая энергия для движения и развития.

Хочу заверить вас, дорогая Вероника Игоревна, – мы не впадём в состояние эйфории и головокружения от успехов. Эта победа только аванс перед будущей работой. Наш путь – только вместе, только вперёд!

Спасибо всем.

* * *

На встрече в редакции «МГ» в Каминном зале лучшие врачи года рассказали нашим корреспондентам о своих достижениях и о том, как они оценивают итоги реформы здравоохранения в своих регионах (стр. 8-11).

Фото Александра ХУДАСОВА и Юрия ЛУНЬКОВА.

Дежурный по номеру: Аскер ЖАНЕ

Генеральный директор Современного медицинского центра им. Х.М.Совмена – Клиника XXI века, кандидат медицинских наук, заслуженный врач Российской Федерации, народный врач Республики Адыгея.

Стр. 13.

Начало

«Проснись и спой!»

Первый опыт эвейк-хирургии предприняли в Новосибирском федеральном центре нейрохирургии. Здесь 23-летней пациентке выполнили операцию удаления опухоли головного мозга в условиях специального анестезиологического обеспечения: значительную часть времени во время хирургического вмешательства больная находилась в сознании и «сотрудничала» с врачами, выполняя их просьбы пошевелить ногой или рукой, что-то сказать.

По словам специалистов Центра нейрохирургии, интраоперационный контроль речевой и моторной функций в данном случае был необходим, поскольку опухолью оказались поражены зоны коры головного мозга, которые отвечают за движение и речь. Чтобы во время операции не повредить эти очень важные участки, в современной мировой практике используется подход «хирургия с пробуждением», позволяющий следить за сохранением функций мозга у пациента.

Новосибирские нейрохирурги, неврологи и анестезиологи прошли обучение эвейк-хирургии у японских коллег. Теперь они планируют выполнять подобные операции регулярно, учитывая, что потребность в этом есть.

Елена БУШ.
МИА Cito!
Новосибирск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Медики анализируют последствия наводнения в Республике Алтай Стр. 5

Ректорский корпус выслушал министра и обсудил кадровые задачи Стр. 7

Как сохранить внутриаптечное производство? Стр. 12

Итоги

Обнадёживающая тенденция

«Общее число смертей от инсульта на территории РФ за последние 5 лет сократилось вдвое», – сообщила на заседании III Российского международного конгресса «Цереброваскулярная патология и инсульт» министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Глава ведомства напомнила, что на предыдущем подобном форуме в 2007 г. главной темой обсуждения стала сосудистая программа. «Тогда мы говорили, что смертность от инсульта занимает второе место в России и первое место как причина инвалидности населения, – отметила В.Скворцова. – Сегодня мы подводим итоги сосудистой программы и можем констатировать, что только за последние 5 лет смертность от инсультов в нашей стране сократилась на 40%, а в сельской местности – на 75%», – подчеркнула она.

Что и говорить – результат впечатляющий. Однако главный невролог Минздрава России академик РАН Евгений Гусев уточнил, что ежегодно в стране фиксируется около полумиллиона случаев инсульта. Так что расслабляться, несмотря на позитивные изменения, ни в коем случае нельзя.

Борис БЕРКУТ.
МИА Cito!
Москва.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Многофункциональный модульный фетальный монитор Star5000F

• Оригинальная модульная конструкция состоящая из основного блока и подключаемых модулей
• Комплексный мониторинг беременности, родов и послеродового периода
• Сменный модуль для срочной транспортировки и наблюдения витальных параметров матери

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixion.ru

Медицинская газета

№ 77 • 15. 10. 2014

Преодоление

Спасли больную с синдромом Гийена — Барре

Из Научно-исследовательского института детских инфекций ФМБА России выписана девочка, которая тяжело заболела во время летнего отдыха. Ей был поставлен редкий диагноз – синдром Гийена – Барре.

В период отдыха в Крыму у пациентки появились тошнота, головокружение, слабость в ногах. После этого она была госпитализирована в Крымскую детскую клиническую больницу в Симферополе. Заболевание продолжало прогрессировать: появились выраженные расстройства нервной системы, которые проявлялись в длительных двигательных нарушениях – девочка не могла сидеть, нарастала мышечная слабость, появилось затруднение дыхания.

В связи с ухудшением состояния и прогрессированием неврологической симптоматики по поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой руководитель ФМБА России Владимир Уйба организовал медицинскую эвакуацию пациентки.

Для этого спецбортом ФМБА России бригадой врачей-реаниматологов в условиях ИВЛ девочка была доставлена в головной Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России в С.-Петербурге (НИИДИ ФМБА России) в отделение реанимации и интенсивной терапии. Её состояние было крайне тяжёлым – паралич рук и ног, нарушение функций межрёберных и черепных нервов, отсутствие рефлексов. Организацию оказания медицинской помощи девочке в клинике взял под личный контроль директор – главный детский инфекционист Минздрава России академик РАН Юрий Лобзин.

В результате проведения сложного диагностического поиска специалисты НИИДИ ФМБА России поставили точный диагноз – синдром Гийена – Барре.

В комплексном лечении пациентки была использована технология плазмообмена. На фоне проводимой терапии и ранней реабилитации отмечалась отчётливая положительная динамика – постепенное восстановление сознания, глотания, двигательных функций, нарастание объёма дыхательных движений.

В восстановительном периоде девочка получала лечение с использованием уникального высокотехнологичного метода – роботизированной механотерапии с адресной миостимуляцией и технологией биологической обратной связи. Это позволило полностью восстановить утраченные двигательные функции.

По результатам лечения состояние девочки заметно улучшилось. Она самостоятельно двигается, удерживает в руках предметы и хорошо говорит.

Родственники пациентки выразили благодарность специалистам за оказанную помощь.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

С.-Петербург.

Решения

Перечни медизделий сформируют по правилам

Правительство РФ приняло Постановление № 968 от 22.09.2014 «О порядке формирования перечней медицинских изделий», что позволит установить объективную и прозрачную процедуру формирования перечней.

До настоящего времени перечни медицинских изделий, предусмотренные законодательством РФ, формировались без применения определенной единой процедуры. Подписанным председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым постановлением утверждены правила, которыми устанавливается комиссионный порядок формирования перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и перечня медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на них при предоставлении набора социальных услуг.

Правилами, проект которых внесён Минздравом России, определяются также критерии формирования и периодичность обновления перечней.

Правительство поручило Минздраву России утвердить положение о комиссии министерства по формированию перечней медицинских изделий и ее состав. В неё включаются представители заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, организаций высшего образования и науки, врачебного сообщества.

Правила содержат форму для внесения предложений в комиссию о включении (исключении) медицинского изделия в соответствующий перечень.

Всё это позволит обеспечить реализацию положений федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «О государственной социальной помощи» и установить объективную и прозрачную процедуру формирования перечней.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Вивам, академия!

Школы биомедицины закрепляют знания

Студенты Школы биомедицины Дальневосточного федерального университета начинают практиковаться в Медицинском центре университета. Для них уже организовали установочную встречу с главным врачом клиники Олегом Паком и знакомство с основными подразделениями. Будущие врачи увидели, как работает самое современное диагностическое оборудование, побывали в центре лучевой терапии, операционных, лабораториях, реанимации. Позже каждый студент будет закреплён за определённым специалистом, у которого и будет проходить практику в течение всего обучения.

Как сообщает профессор Школы биомедицины ДВФУ Валерий Багрянцев, первыми к практике приступают студенты направлений «Медицинская биофизика» и «Биотехнические системы и технологии». Все они – будущие врачи и медицинские инженеры, которые после выпуска станут работать с оборудованием, заниматься инструментальной диагностикой и вести исследования, в том числе с использованием методов лучевой диагностики. В дальнейшем практиковаться в медцентре будут студенты всех медицинских направлений Школы биомедицины, закрепляя полученные на лекциях знания с самого первого курса.

– Мы распределим студентов между несколькими блоками: диагностическим, операционным, реанимационным и лабораторным, – рассказывает главный врач Медицинского центра ДВФУ Олег Пак. – Здесь они познакомятся с основным оборудованием, которое используется в нашем центре, побывают в лабораториях, реанимационных отделениях и операционных, выберут для себя то, что им понравится больше всего. Далее мы всех закрепим по разным врачам, у которых они и будут проходить практику.

Медицинский центр ДВФУ работает на острове Русском с сентября 2013 г. Университетская клиника сегодня является самой современной на Дальнем Востоке России – это одновременно центр высоких медицинских технологий с оборудованием нового поколения и клиническая база для Школы биомедицины ДВФУ. За год в медцентр обратилось более 41 тыс. человек, проведено около 3 тыс. операций, в том числе уникальных для региона.

Николай РУДКОВСКИЙ.
МИА Cito.

Владивосток.

Назначения

В Москве — новый министр

Мэр Москвы Сергей Собянин назначил Алексея Хрипуна на должность министра правительства Москвы и руководителя Департамента здравоохранения города. Нужно отметить, что экс-глава столичного здравоохранения Георгий Голухов накануне был освобождён от этой должности по собственному желанию.

Заместителем главы Департамента здравоохранения Москвы назначен Николай Потекаев.

Марк ВИНТЕР.
МИА Cito!

Москва.

Конференции

По проблемам биоэтики

В Казанском государственном медицинском университете прошла 9-я международная научная конференция Международного общества клинической биоэтики «Биоэтика и медицинская этика: диалоги XXI века».

В рамках конференции обсуждались вопросы глобальных и региональных перспектив биоэтики, справедливости и доступности здравоохранения в современном мире, прав людей с ограниченными возможностями, проблем нанобиологии, прав человека с ограниченными возможностями, агро- и спортивной биоэтики. С докладами выступили ведущие специалисты в данной области из Российской Федерации, Хорватии, Японии, Республики Сан-Марино.

Лилия ГАТИЯТУЛЛИНА,
внешт. корр. «МГ».

Казань.

Криминал

Почём ребёнок?

Акушер-гинеколог одного из лечебных учреждений Бишкека, подозреваемая в продаже новорождённого, заключена под домашний арест.

Такое решение принял Свердловский районный суд, удовлетворив тем самым просьбу представителя обвинения избрать меру пресечения, не связанную с заключением под стражу, так как обвиняемая оказалась матерью троих детей и выразила готовность сотрудничать со следствием.

Как сообщало ранее МВД Киргизии, в конце августа 2014 г. в розыск была объявлена новорождённая девочка, по предварительным данным, проданная неизвестным частным лицам врачом акушером-гинекологом при содействии его коллег из роддома. По факту случившегося было возбуждено уголовное дело по ст. 124 УК КР «Торговля людьми» и ст. 350 «Подделка документов». Подозреваемая была задержана и направлена в изолятор временного содержания.

«Свердловский районный суд Бишкека удовлетворил ходатайство об избрании меры пресечения в виде домашнего ареста в отношении обвиняемой в завладении обманным путём 29 августа 2014 г. новорождённой девочкой и последующей перепродаже ребёнка женщине по имени Эльмира за 230 долл.», – заявили представители Верховного суда Киргизии.

Примечательно, что это не первый подобный случай в стране. Так, в ноябре прошлого года сотрудники одного из родильных домов Бишкека за тысячу долл. продали ребёнка, воспользовавшись тем, что его мать после преждевременных родов находилась в тяжёлом состоянии и была переведена в другую больницу. Медработники были арестованы и приговорены к 15 годам лишения свободы, а новым «родителям» пришлось выплатить штраф в размере свыше 5 тыс. долл.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Cito!

Бишкек.

Особый случай

Доктора делают всё от них зависящее...

Вице-премьер-министр Правительства РФ Ольга Голодец побывала в Крымской республиканской детской клинической больнице в Симферополе

Там находятся на лечении двое детей, выживших в ужасной аварии в районе соединяющей Евпаторийское и Николаевское шоссе объездной дороги. Это – годовалый мальчик Салим и 10-летняя девочка Лавиза.

Автомобиль «Жигули», в котором находились 8 человек, рухнул в воронку размером 8 м, образовавшуюся на этой дороге в результате провала грунта. Погибли 6 человек, в том числе 2 детей, ещё 2 получили тяжёлые травмы. В тот же день вечером их и навестила в симферопольской больнице О.Голодец.

«Медицинская помощь оказывается детям в полном объёме. Большое спасибо докторам – они работают очень профессионально, – сообщила журналистам заместитель председателя Правительства РФ. – Мальчик был доставлен в больницу в крайне тяжёлом состоянии, его состояние остаётся тяжёлым, но доктора делают всё от них зависящее, чтобы спасти жизнь и здоровье мальчика. Девочка Лавиза – в лучшем состоянии, она разговаривает и находится в сознании».

Однако Салим не может быть доставлен в Москву для лечения по медицинским показаниям, отметила О.Голодец. «Сейчас это невозможно по состоянию ребёнка, – пояснила она. – Весь курс лечения будет проходить здесь. Салим может быть переведён в другую клинику, когда его состояние улучшится».

А пока министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова поручила главному детскому хирургу Минздрава России дистанционно проконсультировать ребёнка, находящегося после ЧП в тяжёлом состоянии, чтобы определить необходимость его перевода для дальнейшего лечения в Москву.

Большой совет в кругу медиков...

По словам О.Голодец, к детям приехали родственники, оповещён их отец, который в момент аварии находился в Керчи, так что сиротами они не останутся. Мать Салима и Лавизы погибла. «В дальнейшем мальчик может быть транспортирован в Москву, если это потребуется», – сказала замглавы кабинета министров.

Главный врач Республиканской детской клинической больницы Анатолий Олейник сообщил: «У мальчика – закрытая черепно-мозговая травма, обширное субарахноидальное кровоизлияние, забрюшинная гематома, перелом правого бедра со смещением, перелом левого бедра без смещения, перелом левой голени без смещения, небольшой краевой перелом подвздошной кости слева. Поступил он в крайне тяжёлом состоянии, потому что долго находился в машине – её не сразу обнаружили спасатели. Сейчас его состояние тяжёлое, но стабилизировано, проведены два оперативных вмешательства и металлоостеосинтез правого бедра, у которого перелом со смещением. Он подключён к искусственной вентиляции лёгких. Получает все необходимые медикаменты».

Девочка пострадала меньше. По информации главного врача, при поступлении в больницу Лавиза находилась в тяжёлом состоянии, сейчас – в средней степени тяжести. У неё преобладает, в основном, скелетная травма: перелом правой ключицы, перелом трёх правых рёбер, компрессионный перелом трёх позвонков, не требующий хирургического вмешательства. Девочке предстоит достаточно длительное лечение. «У нас в отделении ортопедии она будет находиться около 1,5 месяца на постельном режиме. Затем переведём на домашний режим», – сказал А.Олейник.

Как сообщила в ходе рабочей поездки О.Голодец, в течение 2015 г. медицинские учреждения Крыма пройдут модернизацию и будут отремонтированы. «Мы сегодня посмотрели, как идёт обеспечение, и отметили вместе с коллегами, что налицо значительные улучшения в части оплаты труда, обеспечения медикаментами, – сообщила она. – Вместе с тем больница нуждается в существенном ремонте, обновлении».

Вице-премьер напомнила, что модернизация Республиканской детской больницы вошла в Федеральную целевую программу развития Крыма и Севастополя до 2020 г., и за счёт федерального бюджета будет выстроен новый хирургический корпус.

«Буквально в течение года вся медицина должна подтянуться, – подчеркнула О.Голодец. – А доктора здесь работают замечательные и профессиональные. И в принципе медицина, особенно реабилитационная – это визитная карточка Крыма».

Валентин МАЛОВ.
МИА Cito!

Когда номер готовился к печати

Самолет Министерства чрезвычайных ситуаций РФ доставил из Крыма на лечение в Москву годовалого Салима, пострадавшего в крупном ДТП. Об этом сообщил журналистам официальный представитель МЧС Александр Дробышевский.

По его словам, во время полёта состояние маленького пациента не ухудшилось. Мальчик будет доставлен в столичный НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (клиника Рошаля).

Инициатива

Отныне сотрудников поликлиник и стационаров наказывать будут за несвоевременно проведённое обследование и необоснованную госпитализацию.

Штрафы за реальные ошибки

Столичные власти вводят новые штрафы

«Это стимулирует медицинские страховые компании следить за качеством лечения», – полагает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников. На новые принципы работы перешли уже 12 медицинских страховых компаний, сотрудничающих с фондом ОМС.

Так, на сегодняшний день больница госпитализирует пациента по определённому тарифу, прибавляет к этому стоимость проведённой хирургической операции, назначенных лекарств и т.д., а затем выставляет счёт страховой компании. Однако последняя имеет полное право удержать часть от этой суммы в случае обнаружения каких-либо ошибок в действиях медучреждений. Очевидно, что проще всего найти недочёты в оформлении бумаг, а вот в том, что пациента, например, госпитализировали без достаточных оснований – гораздо труднее.

«Страховые компании должны прекратить штрафовать за ерунду, основными критериями для штрафов теперь является несвоевременная госпитализация для поликлиник и необоснованная госпитализация для больниц, – отметил Л.Печатников. – Если раньше страховые компании реально не проводили экспертизу качества медицинской помощи, то теперь мы вынудили проводить подобные мероприятия», – добавил он.

Отныне страховые компании смогут удержать лишь 30% от суммы счёта за ошибки в документах, зато 80% – за необоснованную госпитализацию, а в придачу ещё и оштрафовать стационар на 20 с лишним тыс. руб.

Если же амбулаторное медучреждение вовремя не направило пациента на обследование или лечение в больницу, страховая компания удержит 70% от суммы счёта и оштрафует поликлинику на 12 тыс. руб.

Эксперты предполагают, что из-за угрозы штрафов больницы могут опустеть на треть, поскольку прекратят госпитализировать пожилых пациентов с хроническими заболеваниями, которые ложатся туда вместо санатория. «У таких людей основной проблемой является возраст, а не какое-либо хроническое заболевание», – уверены эксперты.

А вот нагрузка на поликлиники явно увеличится. Однако необходимо учесть, что в амбулаторном звене столичного здравоохранения не хватает около 20% специалистов, и сами медики считают повышение нагрузки на поликлиники нерациональным.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель МИА Cito!

На контроле

Противостояние в Уфе продолжается

Сотрудники станции скорой медицинской помощи столицы Республики Башкортостан возобновили с 8 октября бессрочную голодовку

Пакет их требований к республиканским и городским властям включает прекращение произвола администрации ССМП, связанного с травлей активистов, дестабилизацией рабочей атмосферы, и отставку главного врача станции Марата Зиганшина.

Как уже сообщала «МГ», с 9 сентября сначала 6 сотрудников «скорой» объявили голодовку, а затем уже около 20 медиков продолжали её до 23 сентября. Они требовали повышения зарплаты, просили гарантированного восстановления 100%-ной оплаты «ночных часов», доплаты за расширенный объём работы в неукомплектованных бригадах, при работе по внутреннему совместительству, а также за интенсивность работы. Затем голодовка была приостановлена, так как в Уфе побывала комиссия Минздрава России, определённые уступки протестующим были сделаны.

Врачи уфимской «скорой»: наши требования законны

Но 8 октября более 20 сотрудников станции скорой медицинской помощи Уфы, как сообщил Интерфакс-Поволжье со ссылкой на оргсекретаря Профсоюза медработников «Действие» Андрея Коновала, возобновили голодовку из-за административного давления на активистов.

Участники голодовки полностью отказываются от еды, принимая только воду. Они, как и ранее, намерены продолжать исполнять служебные обязанности в рабочее время. Но к их требованиям добавилась и отставка главного врача М.Зиганшина.

– По мнению активистов, основной дестабилизирующий фактор – политика непосредственно руководителя учреждения, – отметил А.Коновал.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Эхо трагедии

Республика Алтай: уроки наводнения

Медики оказались на переднем крае борьбы со стихией

Несколько дней назад Президент РФ Владимир Путин встречался с временно исполняющим обязанности главы Республики Алтай Александром Бердниковым. Основной темой обсуждения стали вопросы преодоления последствий наводнения.

О том, что произошло в начале нынешнего лета и как справлялись люди с этой бедой, мы попросили рассказать человека, которому пришлось решать множество важных для сохранения здоровья и благополучия людей задач, главного государственного санитарного врача по Республике Алтай Леонида ЩУЧИНОВА.

Такие страшные картины оставило наводнение на Алтае

Такого бедствия в регионе ещё никогда не было, и представить подобное было невозможно: в реке Катунь вода поднялась на 10 м 20 см. Нанесён колоссальный ущерб: подтоплено более 7 тыс. жилых домов, около 12 тыс. территорий домовладений, пострадало 33 тыс. граждан, 2,5 тыс. человек оказались в пунктах временного размещения и у родственников. Кроме того, стихия разрушила 280 мостов, повредила 239 км автомобильных дорог. Было нарушено транспортное сообщение с 41 населённым пунктов. Ущерб от прошедшего наводнения оценивается в 6,5 млрд руб., что составляет половину годового бюджета республики.

Перед сотрудниками санитарной службы, медиками региона встала важнейшая задача: сохранение санитарно-эпидемиологического благополучия жителей.

Мы установили ежедневный контроль качества питьевой воды. Срочно был введён режим гиперхлорирования систем водоснабжения. Проведено более 1,5 тыс. исследований воды на различные показатели. Лаборатории Центра гигиены и эпидемиологии в Республике Алтай работали круглосуточно, контролировалось и качество воды из открытых водоёмов, в которых, к счастью, патогенной микрофлоры не выявлено.

Алтайской противочумной станцией проведены мероприятия по барьерной дератизации и дератизации в населённых пунктах в зоне подтопления. При этом сотрудниками отбирались и исследовались пробы воды и ила на вибриофлору из 6 открытых водоёмов, а также на туляремию, так как республика является природным очагом данной инфекции.

Под особый контроль с первых дней после паводка были взяты пункты временного размещения, где многим людям приходилось оказывать медицинскую помощь: у застигнутых стихией врасплох участились жалобы на повышенное давление, случались и сердечные приступы.

Мы строго следили за санитарным состоянием этих пунктов, снабжением их бутилированной водой, качеством продуктов питания.

В первые часы после паводка совместно с Министерством здравоохранения началась работа по организации вакцинации населения против гепатита А, дизентерии Зонне, туляремии. Одновременно проводились ежедневные подворные обходы. Отрадно, что большинство жителей с пониманием отнеслись к необходимости вакцинации и дезинфекции. В результате за короткий срок профагировано более 10 тыс. человек, против дизентерии Зонне, гепатита, туляремии привиты все жители затопленных территорий, а также работники коммунальных служб, спасатели, задействованные в ликвидации последствий паводка. Вакцинацию осуществляли 60 прививочных бригад, в которых вместе с медиками работали студенты медицинского колледжа.

К сожалению, беда не обошла и моих коллег: 58 семей наших сотрудников тоже пострадали от последствий паводка. Однако в период чрезвычайной ситуации все сотрудники Роспотребнадзора работали без выходных, обошли более 4 тыс. домовладений, помогали пострадавшим жителям проводить дезинфекцию домов, территорий, подвалов, разъясняли необходимость соблюдения правил личной гигиены и употребления только кипячёной воды. Сотрудниками службы организовано несколько субботников по уборке берегов рек и улиц города от мусора, принесённого паводком.

Кроме этого, ежедневно проверялись объекты торговли и общественного питания, попавшие в зону подтопления. Оперативно разбирались жалобы от горожан и жителей районов. В частности, на некоторых недобросовестных предпринимателей, которые, ссылаясь на чрезвычайную ситуацию, отказывались менять недоброкачественные товары (например, продукты, испорченные паводком, насосы для откачки воды, которые в тот момент пользовались повышенным спросом).

По мере отступления воды специалистами Центра гигиены и эпидемиологии проводилась дезинфекция социальных объектов, частных домовладений, подвалов многоквартирных домов.

Несмотря на то что с подобным явлением все службы столкнулись впервые, достаточно быстро был выработан алгоритм взаимодействия. Во многом этому способствовало то, что глава региона каждый день в 7 утра проводил заседания КЧС, лично вылетал в районы, отрезанные паводком от большой земли, издал ряд распоряжений, в том числе и по санитарной очистке и по дезинфекции.

На Всероссийском селекторном совещании с Президентом РФ в июне он поднял вопрос о недооценке степени ущерба от наводнения в Республике Алтай, что стало толчком для увеличения финансирования мероприятий по ликвидации последствий паводка.

Во время устранения последствий стихии мы ощутили себя частью одной большой мощной державы под названием Россия, когда в считанные часы в регион начала поступать помощь.

В первые же дни побывала у нас руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей Анна Попова. Она посетила пункты временного размещения, расставила приоритеты в работе глав муниципалитетов и Министерства здравоохранения республики. А заместитель главного государственного санитарного врача России Борис Кузькин, помимо помощи в решении других вопросов, оказал содействие в организации иммунизации и мобилизации медицинского персонала на проведение подворных обходов в пострадавших районах.

Сейчас в республике активно идут восстановительные работы. Но уроки наводнения забудутся не скоро. Больше месяца мы жили в очень жёстком режиме: спали по 4 часа, не зная выходных и праздников. Однако самоотверженность, упорство, настойчивость моих коллег и всех медицинских работников позволили справиться с последствиями стихии. Мы не только не допустили возникновения эпидемии, – благодаря проведённой иммунизации уровень инфекционной заболеваемости оказался в 3 раза ниже по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Проблемы и решения

Чтобы не скатиться в демографическую яму

В Кузбассе анализируют проблему снижения рождаемости

По данным Кемеровостата, за 7 месяцев текущего года в Кузбассе родилось 21 277 детей – на 300 меньше, чем за аналогичный период 2013 г. и на 338 меньше, чем в 2012 г. Означает ли это, что регион вновь начал скатываться в очередную демографическую яму?

– В разные годы пик рождаемости приходился у нас на разные месяцы, в том числе и на август, и на октябрь. Но абсолютное число женщин детородного возраста в Кузбассе действительно уменьшается, в репродуктивный период вступило малочисленное поколение 90-х годов прошлого века, – уточняет заместитель начальника Департамента охраны здоровья населения администрации Кемеровской области Елена Зеленина. – Однако при этом у нас неуклонно увеличивается доля вторых, третьих и последующих детей. В 2009 г. они составляли 49,4% от всех новорождённых, в прошлом – уже 58,3%. Мамами вторых и третьих детей всё чаще становятся женщины старше 30 лет. Большинство из них уже сделали к этому возрасту определённую карьеру, и наступление беременности планировали заранее.

– Скатыванию в демографическую яму препятствует и прогресс медицины в выхаживании глубоко недоношенных новорождённых. Когда в 2012 г. Россия переходила на регистрацию младенцев по критериям ВОЗ, многие западные эксперты полагали, что нововведение на 70-80% повысит уровень младенческой смертности. Но их прогнозы не сбылись. В «пиковом» 2012 г. этот показатель в Кузбассе вырос только на 21%. В 2011 г. у нас регистрировалось 7,5 случая гибели новорождённых на каждую тысячу родившихся, в 2012-м – 9,1.

Однако уже в следующем 2013 г. мы не просто смогли вернуться к прежнему показателю, но и улучшили его до 7,3. И это при том, что медикам удалось выходить 103 детей, родившихся с экстремально низкой (до 1000 г) массой тела, и 265 детей, имевших при рождении вес от 1 до 1,5 кг. Цифры за 7 месяцев текущего года выглядят как 55 и 154, соответственно. А показатель младенческой смертности понизился до 7,2.

Добиваться высоких результатов кузбасским медикам помогает областной перинатальный центр, введённый в эксплуатацию в конце 2010 г. Сюда госпитализируют всех женщин с проблемной беременностью, а также женщин с начавшимися преждевременными родами. Если по каким-то причинам женщины всё же рожают раньше срока в своих территориях, недоношенных младенцев экстренно переводят в отделения патологии новорождённых детской больницы № 5 Кемерово или детской больницы № 4 Новокузнецка: выездные реанимационные бригады для помощи новорождённым были созданы в Кузбассе более 20 лет назад.

Здравоохранение области нацелено сегодня на то, чтобы не просто спасти жизнь слабенького ребёнка, но и сохранить её качество. На базе детских медучреждений Кемерово и Новокузнецка действуют 4 отделения для стационарной реабилитации глубоко недоношенных детей и два специализированных кабинета для амбулаторного наблюдения за такими детьми после выписки. Обращаться сюда могут жители всех городов и районов области. В задачу специалистов входит составление индивидуального плана реабилитации для каждого ребёнка и сопровождение его до максимально полной компенсации здоровья. В прошлом году кабинеты амбулаторного наблюдения посещали в общей сложности 256 кузбасских семей с маловесными детьми, в этом году взято на учёт уже 289 семей.

– Несмотря на высокий риск неблагоприятных перинатальных нарушений у глубоко недоношенных детей около 80% из них при регулярном динамическом наблюдении и своевременной реабилитации восстановили нарушенные функции и к концу первого года жизни не имели тяжёлой, инвалидизирующей патологии, – уточняет Е.Зеленина. – При этом, к сожалению, такой исход чаще наступает у детей, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Деньги

Сколько на руки, доктор?

Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» начал очередной плановый мониторинг ситуации с зарплатами медицинских работников.

«В течение месяца мы будем опрашивать врачей с целью выяснить, каков истинный уровень их дохода и на сколько ставок им приходится работать». Как сообщил директор фонда заместитель руководителя Федерального центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России, член Общественной палаты РФ и Центрального штаба Общероссийского народного фронта Эдуард Гаврилов, по данным Росстата, из 15 основных секторов экономики уровень средней заработной платы работников здравоохранения находится на 11-м месте.

В I квартале 2014 г. заработок медработников в 21 регионе страны снизился на 2–17%. Разброс зарплат врачей между разными городами достигает 40%. Фонд «Здоровье» неоднократно старался привлечь внимание к тому, что низкий уровень дохода вынуждает медиков оставлять места службы в государственных лечебных учреждениях. В прошлом году количество врачей сократилось в них на 7,2 тыс., ещё на 3,6 тыс. уменьшилось число среднего медперсонала.

Это обусловлено в основном сокращением бюджетного финансирования здравоохранения в 2013-2014 гг., которое, как подсчитали эксперты НИУ Высшей школы экономики, составило 10% в неизменных ценах, а в Москве – 18%. В прошлом году расходы на здравоохранение в столице были в неизменных ценах ниже расходов 2011 г. на 4%.

Согласно рассмотренному Правительством России проекту федерального бюджета страны на 2015-2017 гг., в будущем году на здравоохранение предусматривается выделить около 406 млрд руб. (в 2014 г. выделено 462,5 млрд руб.).

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Острая тема

С июля 2014 г. в поликлиниках Омска открылось 11 кабинетов неотложной медицинской помощи взрослому населению. Поэтапное внедрение системы оказания неотложной помощи в городские поликлинические учреждения с пульта «03» Станции скорой медицинской помощи будет продолжаться и дальше. Дело в том, что ежегодно бригадами скорой медпомощи выполняется более 600 тыс. вызовов, а практика показывает, что зачастую эти вызовы необоснованны, поскольку не представляют реальной угрозы для жизни. Можно было вполне обойтись вызовом участкового или дежурного медика из здравоохранительного учреждения, обслуживающего население по месту жительства. Поэтому часть обязанностей коллектива станции скорой медпомощи в городе на Иртыше им и передаётся.

«Новаторство», доведённое до абсурда

Почему возникают проблемы при вызове «скорой»?

Теперь при поступлении вызова в диспетчерскую станции ответственный за его приём оценивает степень тяжести и срочность оказания помощи потенциальному пациенту. И если он посчитает, что в срочной госпитализации нужды нет, вызов перебрасывается, скажем так, в кабинет неотложной помощи той из поликлиник, с территории обслуживания населения которой вызов и поступил. Врачам этого ЛПУ затем и решать, выехав на место, какое именно лечение согласно диагнозу необходимо обратившемуся за медицинской помощью – амбулаторное или госпитализация.

Сейчас ССМП осуществляет передачу поступивших неотложных вызовов в будние дни (понедельник - пятница) с 9:00 до 17:00 часов в 11 омских поликлиник. В среднем передаётся 20 вызовов в день. В июле, например, было передано и обслужено поликлиниками около 300 вызовов, а за 25 дней августа – уже 390.

Как правило, вызовы обслуживаются участковыми врачами в течение рабочего дня. А вот в тех поликлиниках, где созданы кабинеты неотложной помощи, помощь по обращению заболевшего в «скорую» осуществляется медиками поликлинической неотложки в течение не более 2 часов после поступления вызова. И если обнаруживается, что состояние больного серьёзнее, чем предполагалось ранее, а также в случаях отсутствия эффекта от оказанной медицинской помощи, ухудшения состояния больного или возникновения угрожающих жизни пациента состояний, участковый врач поликлинической неотложки и организует вызов бригады скорой медицинской помощи из дома пациента.

Здесь остаётся только развести руками. Потому что принявший вызов по «03» вряд ли может со 100%-ной гарантией установить в телефонном разговоре, насколько тяжело заболел обратившийся в «скорую» человек и представляет ли угрозу для его жизни заболевание. Да и не каждый набравший номер срочного вызова медпомощи может внятно объяснить, что с ним происходит. А если позвонил перепуганный ребёнок, с родными или близкими которого что-то случилось, или уже подкашиваемый неожиданным сердечным или каким другим приступом человек, только и успевший выдохнуть в трубку: «Помогите...»? Ведь недаром бригадам «скорой помощи» определено контрольное время прибытия к больному по вызову – максимум 20 мин. А кого застанет после вызова, переадресованного со станции скорой медицинской помощи в поликлиническую неотложку, врач этой надуманной службы, обязанный наведаться к занедужившему «в течение не более 2 часов», – умирающего или уже охладевший труп? Да и нет у медиков поликлиник навыков оказания именно СКОРОЙ МЕДПОМОЩИ.

И, согласитесь, не полный ли вовсе абсурд, когда врач с участка, увидевший, что ничем не может помочь больному, сваленному на него, иначе не скажешь, должен звонить в ССМП, вызывая уже от своего имени «скорую помощь»? Которую, напомним, уже вызывали, да диспетчер станции «постановил» – пусть займётся этим вызовом поликлиника!

Такое «новаторство», думается, вряд ли одобрят в Министерстве здравоохранения РФ.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Ситуация

Во многих СМИ Брянщины появилась информация о том, что Правительство России подготовило проект постановления, которым будет утверждён новый перечень радиоактивно загрязнённых населённых пунктов области. Из существующего перечня намечено исключить многие сёла и деревни, жители которых либо полностью лишатся мер социальной поддержки, либо станут получать её в урезанном размере.

Решать только взвешенно!

«Радиационные» районы нельзя оставлять без поддержки

Когда эта информация была подтверждена публично на уровне руководства области, жители радиационных юго-западных районов не на шутку забеспокоились. Предполагается, что правительственное постановление должно вступить в законную силу с начала следующего года. Недавно состоялась встреча губернатора области Николая Денина с президентом союза «Чернобыль» России Вячеславом Гришиным, на которой как раз обсуждались вопросы реализации прав жителей пострадавших районов. Президент союза «Чернобыль» России считает, что по оценке экспертов этой общественной организации, при подготовке документа были учтены не все существующие чернобыльские факторы… Попробуем разобраться в сложившейся ситуации взвешенно, без лишних эмоций.

Вначале напомним, что треть Брянской области (больше других 13 российских регионов!) пострадала от последствий той техногенной катастрофы. В зоне поражения оказались 22 административных района и 2 города областного подчинения с численностью населения почти в полмиллиона человек. Причём Брянщина оказалась единственным из чернобыльских субъектов Российской Федерации, где находятся все 4 зоны радиоактивного загрязнения, включая самые опасные зоны отчуждения и отселения.

Если внимательно вчитаться в букву Федерального закона «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» от 15.05.1991, то станет понятно, что границы зон радиоактивного загрязнения и перечень населённых пунктов, находящихся в них, следует рассматривать не реже чем раз в 5 лет. Однако в последний раз границы этих зон и перечень населённых пунктов были утверждены ещё в 1997 г.!

«История вопроса» беспристрастно свидетельствует и о том, что одна из попыток пересмотреть перечень загрязнённых населённых пунктов обернулась… судебными процессами. По решению судов на Брянщине 21 населённому пункту был возвращён тогда статус, который давал их жителям все права на соответствующие льготы и компенсации. Нетрудно догадаться, что вряд ли и последний правительственный проект вызовет у населения области бурю восторга…

Согласно перечню 1997 г. на Брянщине было 978 льготных населённых пунктов, в которых проживают больше 300 тыс. человек. Теперь же их должно остаться 552 с населением 278,2 тыс. человек, то есть в случае утверждения нового перечня 426 населённых пунктов перейдут в категорию чистых территорий и почти 50 тыс. селян лишатся мер возмещения вреда для здоровья и социальной поддержки.

Не будем, разумеется, коль уж условились о беспристрастном рассмотрении проблемы, закрывать глаза на существующие там нынче негативные явления. Начнём с тех же льгот. Как это ни печально, практика показала: они нередко порождают всевозможные нарушения и злоупотребления. Нечистые на руки дельцы, как мухи на мёд, кидаются за наживой. Ведь сколько махинаций было раскрыто правоохранительными органами в связи с компенсациями за утраченное чернобыльское жильё! А какие потери понесла государственная казна из-за преступных действий лжепереселенцев! Речь идёт о сотнях миллионов рублей, но ведь государственный карман не бездонный. Добавьте сюда и регистрацию всяких мудрецов на загрязнённых территориях, на которых они никогда не проживали. Словом, вопросы, вопросы… Так не логичнее ли обратить больше внимания на социальную составляющую проблемы?! Не следует ли постепенно переносить акцент с льготного обеспечения на увеличение финансирования уже существующих программ? Сейчас на Брянщине, наряду с Федеральной целевой программой «Преодоление последствий радиационных аварий до 2015 г.», реализуется и программное мероприятие по социально-экономическому развитию приграничных муниципальных образований, а также программа развития юго-западных регионов области на 2012-2015 гг. Скажем, только Новозыбкову, который продолжает стойко нести нелёгкий чернобыльский крест, нужно около тысячи рабочих. Но если бы только льготы помогли найти и вовлечь в трудовой процесс эту так недостающую для развития экономики города тысячу…

Не надо сбрасывать со счетов и медицинскую составляющую проблемы. По свидетельству главного врача Брянского клинико-диагностического центра Александра Силенка, там научились эффективно следить за состоянием здоровья брянских чернобыльцев, эффективно лечить выявленные заболевания. Однако 2 остаётся фактом: последние 2 года растёт заболеваемость раком щитовидной железы и молочной железы у женщин. И эндокринологи всё настойчивее ставят вопрос об увеличении объёмов скрининга населения. Но чтобы точно диагностировать заболевания щитовидной железы, каждому пациенту необходимо проводить пункционную биопсию. А подобные исследования, как известно, требуют применения специального оборудования и высокой квалификации специалистов. Однако договоры с лечебно-профилактическими учреждениями по проведению биопсии вовремя не оплачиваются…

Как видим, всё говорит за то, чтобы намечаемое правительственное решение стало предметом дополнительного изучения, комплексного и взвешенного увязывания всех составляющих.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Ориентиры

Вероника Скворцова:

«Вы работаете для страны!»

Совет ректоров и Минздрав России наметили пути решения кадровых задач

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова состоялось общее собрание межрегиональной общественной организации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России». Открыл собрание председатель совета, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко. В собрании приняли участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, помощник председателя Правительства РФ президент Медицинской лиги России Геннадий Онищенко, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова.

Своё выступление министр здравоохранения России Вероника Скворцова посвятила эффективности подведомственных Минздраву России медицинских образовательных организаций высшего профессионального образования, выполнению указов Президента РФ, кадровому обеспечению медицинской отрасли, экспертизе и общественной аккредитации образовательных учреждений и ряду других вопросов. В частности, по словам министра, действующее законодательство и нормативные акты содержат всё необходимое для эффективной работы «вертикальной практической системы», но, как показали проверки в регионах, на уровне первичного звена не всегда чётко следуют политике Минздрава России. Скоординировать действия в медицинской отрасли предстоит экспертному совету Министерства здравоохранения РФ под руководством Игоря Каграманяна при деятельном участии образовательных организаций высшего профессионального образования.

На первом этапе корректировки и координации действий различных «этажей» отраслевой вертикали стартует образовательный проект для руководителей учреждений здравоохранения, территориальных фондов ОМС, лиц, отвечающих за финансово-экономическую деятельность медицинских организаций: им предстоит пройти курс обучения. В организации курса потребуется участие медицинских образовательных организаций высшего профессионального образования, в которых развиты системы организации здравоохранения. Итогом обучения должно стать повышение качества оказания медицинской помощи, нормативное обеспечение системы управления качеством в медицинских организациях.

В связи с этим Вероника Скворцова обратила внимание на важность применения в медицинской практике клинических протоколов – сейчас их 700, работа по их созданию началась два года назад, в недалёком будущем число протоколов увеличится до 1,5 тыс. «Динамичная и качественная работа необходима медицинской отрасли для поступательного движения вперёд», – отметила министр здравоохранения РФ. В то же время, как оказалось, не все вузы выполнили госзаказ. Также не все вузы в полной мере отвечают критериям эффективности деятельности, особенно это касается выполнения майского указа Президента РФ Владимира Путина о повышении заработной платы преподавателям и ряда других критериев.

Иногда вузы формально ведут Федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников, который, по мнению специалистов Минздрава, позволит определить потребности в кадрах в системе здравоохранения, сократить дефицит медработников и закрепить медицинские кадры в отрасли. «Вы работаете для страны!» – напомнила ректорам министр здравоохранения, отметив, что необходимо отслеживать выпускников вузов целевого набора, ведь это – государственный заказ и государственные деньги. Министр призвала ректоров обратить особое внимание на контроль исполнения принятых решений.

Рекомендации о необходимости усиления контроля исполнения даны Вероникой Скворцовой не случайно: в декабре ректорам медицинских и фармацевтических вузов, а также губернаторам будет направлено письмо Минздрава России о пилотном проекте формирования клинических баз между вузами и территориями, с приложением типового договора между ректором вуза и губернатором. Необходимо взаимопонимание практического здравоохранения и вузов – этой цели и должен послужить пилотный проект.

Пётр Глыбочко показывает Веронике Скворцовой экспозицию Музея истории медицины Первого Меда

Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко отметил, что задачи перед ректорами стоят непростые, но выполнимые, и призвал коллег «начинать с себя». И это предложение было отнюдь не голословным: в Первом Меде успешно реализуются ключевые пилотные проекты, связанные с повышением качества медицинского образования. Университет эффективно «расширяет географию» своих клинических баз на территории Москвы, плодотворно сотрудничает с Рособрнадзором и Медицинской лигой России. Быть на шаг впереди – всегда и во всём на благо здравоохранения России – кредо ректора Первого Меда. Поэтому именно в университете 8 сентября 2014 г. заключено соглашение между Рособрнадзором и Общероссийской общественной организацией «Медицинская лига России».

О работе Медицинской лиги России рассказал Геннадий Онищенко, отметив, что среди приоритетных направлений, по которым будет осуществляться взаимодействие между Рособрнадзором и Общероссийской общественной организацией «Медицинская лига России» – аттестация экспертов для проведения общественно-профессиональной аккредитации основных образовательных программ среднего, высшего, дополнительного профессионального образования, отбор экспертов, экспертиза образовательных учреждений, осуществляющих подготовку медицинских кадров. Кроме того, предстоит сотрудничество в оценке содержания и качества подготовки выпускников в системе медицинского образования. «Аккредитация – признанная в мире технология контроля качества подготовки к профессиональной деятельности», – согласилась министр В.Скворцова.

Далее с докладом выступил председатель совета П.Глыбочко, напомнивший слова Президента России Владимира Путина из Послания Федеральному Собранию о том, что «современные условия определяют не только новые задачи модернизации системы здравоохранения, но и предъявляют новые требования к подготовке высококвалифицированных профессиональных кадров». И пояснил, что существующий порядок формирования целевых направлений на подготовку оказался во многом неэффективным. Руководители органов управления здравоохранения в субъектах формируют целевой заказ, зачастую хаотично.

«В настоящее время, в связи с введением в действие «Закона об образовании в Российской Федерации», закреплены новые принципы организации целевого набора и подготовки. Регион или организация должны обеспечить комплекс мероприятий как на протяжении обучения, так и в дальнейшем, для поддержки молодого специалиста, обеспечив ему необходимый социальный пакет. Эти принципы во многом отвечают задачам целевой контрактной подготовки. Однако, проанализировав условно, такая система не сможет выровнять существующий дисбаланс в подготовке и распределении специалистов. Вузы способны готовить кадры, но, прежде всего, региональная власть должна быть заинтересована в получении необходимого специалиста, будь то в районном центре или на селе».

Пётр Глыбочко обратил внимание на то, что медицинские кадры предстоит готовить в стремительно меняющемся мире, поэтому возникает противоречие, выражающееся в несоответствии качества подготовки специалистов современным требованиям. Кроме того, нет интегрированной системы профессиональной подготовки в условиях «вуз – реальная клиническая практика», «отсутствует технология внешней оценки качества профессионального образования, стандартизированная для задач практического здравоохранения».

Также председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России отметил, что сегодня в России 46 медицинских образовательных учреждений высшего профессионального образования, которые готовят специалистов лечебного дела. В то же время в классических университетах, политехнических институтах создано 35 медицинских факультетов, которые тоже готовы выдавать дипломы по специальности «лечебное дело», порой не имея достойной клинической базы, профессорско-преподавательского состава, научного потенциала должного уровня. Всё это отражается на качестве подготовки медицинских специалистов, создаёт высокие риски оказания медицинской помощи населению не на должном уровне. И внёс ряд предложений по качественному улучшению ситуации, рассказал о положительном опыте, аккумулируемом Учебно-методическими объединениями.

П.Глыбочко пообещал вынести на заседание Общероссийского народного фронта вопрос о предоставлении преподавателям медицинских вузов возможности осуществлять медицинскую деятельность на существующих базах. И предложил всем желающим принять участие в обсуждении.

«Мы, как ректорское профессиональное сообщество при поддержке Министерства здравоохранения РФ должны обеспечить максимально динамичное внедрение новых подходов в нашу повседневную работу, что и будет являться одним из базовых условий повышения качества подготовки специалистов и решения кадровых задач отрасли», – подытожил П.Глыбочко.

С докладом «Об эффективности деятельности образовательных организаций высшего медицинского образования в кадровом обеспечении системы здравоохранения РФ» выступил первый заместитель министра здравоохранения России Игорь Каграманян.

О совместном проекте Минздрава России, Первого МГМУ им. И.М.Сеченова – создании и работе Российско-китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ), рассказал первый проректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова профессор Андрей Свистунов. Заседание Постоянного совета ассоциации, в котором приняли участие Игорь Каграманян и Чрезвычайный и Полномочный Посол КНР в России Ли Хуэй, состоялось 2 сентября. РКАМУ была создана 1 июля в Харбине по инициативе министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. Соучредителями выступили Первый МГМУ им. И.М.Сеченова и Харбинский медицинский университет.

«Духовно-нравственное воспитание молодёжи – проблемы и пути решения» – подробный доклад об опыте эффективной работы волонтёрского центра представил ректор Воронежской государственной медицинской академии Игорь Есауленко.

Приветственное слово от имени главы Московских духовных школ ректора Московской духовной академии архиепископа Верейского Евгения передал заведующий педагогическим кабинетом школы игумен Киприан.

По предложению министра здравоохранения была сформирована межвузовская комиссия по подготовке к празднованию в медицинских и фармацевтических вузах торжественной даты – 70-летия победы в Великой Отечественной войне. Возглавил комиссию проректор по общественным связям и воспитательной работе Первого МГМУ им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Иван Чиж.

До конца 2014 г. Совету ректоров медицинских и фармацевтических вузов России предстоит провести ещё ряд собраний, необходимых для решения вопросов модернизации медицинского образования.

Наталья ЛИТВИНОВА.
Москва.

В центре внимания

Наш путь –

Оснащённость ЦРБ достаточная, но кадров дефицит

Надежда РОДЫГИНА – лучший педиатр, заведующая педиатрическим отделением Мошковской центральной районной больницы, Новосибирская область:

– Признаться честно, я считаю, что моя победа в этом конкурсе – не более чем случайность. В нашей стране очень много прекрасных педиатров. Да, мой стаж работы в педиатрии 29 лет, и я всю жизнь тружусь в одной больнице. Но состояться как профессионалу мне помогли мои учителя и коллеги, в том числе специалисты Новосибирской областной клинической больницы. У нас в регионе выстроена очень хорошая система взаимодействия центральных районных больниц с областной больницей: я имею возможность консультироваться по поводу своих пациентов со специалистами ГНОКБ, а в тяжёлых случаях просто обязана это делать. В значительной степени благодаря такому взаимодействию мне удаётся сохранять хорошие качественные показатели работы отделения.

Так сложилось, что я никогда не работала на одну ставку, однако сегодня в здравоохранении это уже не уникальное явление, скорее – типичная ситуация, когда врач получает дополнительные специализации, подрабатывает, совмещает. В ЦРБ это просто вынужденная необходимость, поскольку дефицит врачебных кадров может достигать 50%.

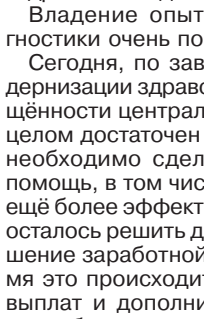
Владение опытом ультразвуковой диагностики очень помогает мне как педиатру.

Сегодня, по завершении программы модернизации здравоохранения, уровень оснащённости центральных районных больниц в целом достаточен для хорошей работы. Что необходимо сделать, чтобы медицинская помощь, в том числе педиатрическая, стала ещё более эффективной? По моему мнению, осталось решить две задачи. Первая – повышение заработной платы. В настоящее время это происходит за счёт стимулирующих выплат и дополнительных нагрузок врача: подработок, совмещений. А оклад остаётся на прежнем уровне. Чтобы зарплата медицинских работников реально выросла, нужно увеличивать размер основного оклада.

И вторая задача – кадры, которых районным больницам по-прежнему не хватает. К счастью, проект «Земский врач» начал давать результаты, в этом году в Мошковский район приехали работать сразу несколько врачей. Но пока ещё не все вакансии закрыты, не хватает педиатров в участковых больницах. Если программу «Земский врач» продолжат реализовывать, думаю, в течение нескольких лет кадровый вопрос будет решён.

Слово – руководителю

Олег НАГИБИН – лучший руководитель медицинской организации, главный врач Рязанской городской поликлиники № 2:



– В перестройке российского здравоохранения я бы отметил несколько главных моментов. Созданная за последние годы сеть региональных сосудистых центров позволяет спасать ежедневно тысячи жизней. Ещё недавно больные с сердечно-сосудистыми катастрофами были обречены умереть или стать инвалидами, приобретая значительные ограничения в качестве жизни. Сегодня благодаря методикам, применяемым в региональных сосудистых центрах (тромболизис, стентирование и т.д.), чёткой маршрутизации пациентов, преемственности всех этапов оказания медицинской помощи врачи получили возможность возвращать больных к нормальной, полноценной жизни.

Дальше. Строительство сети перинатальных центров по всей России и выстраивание трёхуровневой системы родовспоможения позволило в разы снизить младенческую смертность и в некоторых регионах достичь европейского уровня оказания медпомощи беременным. А результатом этой деятельности являются положительные демографические показатели в России.

Важно также обратить внимание на усилия Минздрава России по созданию системы оказания нуждающимся пациентам высокотехнологичной помощи вне зависимости от места проживания. Сейчас любой больной при наличии показаний может получить её бесплатно как в своём регионе, так и в федеральных центрах в Москве. В региональных органах исполнительной власти созданы специальные отделы, куда по направлению главных областных специалистов может обратиться пациент, нуждающийся в ВМП (пересадка сустава, операция на сердце и т.д.), его заявка будет рассмотрена, и в кратчайшие сроки он получит необходимую помощь. Сегодня это реальная возможность человеку из глубинки пройти лечение самого высокого уровня.

Отдельно хотелось бы сказать о процедуре экстракорпорального оплодотворения как одного из видов высокотехнологичной помощи. Сегодня семейным парам, которые по клиническим причинам не могут зачать ребёнка, оказывается бесплатная процедура ЭКО. Разве можно это было представить ещё несколько лет назад? В эту работу всё шире включаются не только медицинские центры в Москве, но и в регионах. Предлагают свои услуги даже коммерческие центры. Они готовы заниматься этими вопросами по тарифам фонда ОМС. Подарить радость материнства женщине, на мой взгляд, это лучшая оценка хода реформ здравоохранения в России.

Работаем на один результат

Светлана НАРТОВА – лучший акушер-гинеколог, заведующая акушерско-гинекологическим стационаром перинатального центра Воронежской областной клинической больницы № 1:

– Итоги реформирования здравоохранения каждый ощущает на себе. Безусловно, многое изменилось к лучшему. Наш перинатальный центр входит в состав многопрофильной больницы, что очень радует, потому что, во-первых, всегда можно получить консультацию любого специалиста, а во-вторых, нет необходимости содержать такие вспомогательные структуры, как отдел кадров, бухгалтерия и т.п.

Центр размещается в двух корпусах, старом (бывшем областном роддоме) и новом, построенном по президентской программе в 2012 г., куда перевели акушерско-физиологическое отделение, дистанционный акушерско-консультативный центр, кстати, созданный одним из первых в России, с выездными бригадами скорой медицинской помощи, реанимобилем, телекоммуникационными системами.

В рамках программы модернизации здравоохранения благодаря усилиям главного врача больницы удалось отремонтировать и старый корпус 1982 г. постройки. Получили новое оборудование, и теперь наш центр оснащен в соответствии со стандартом, утверждённым приказом Минздрава России. Безусловно, оборудование быстро устаревает, но ежегодно его обновляем, теперь уже за счёт других источников финансирования, в частности за счёт родовых сертификатов.

Стараемся внедрять все современные технологии. Подавляющее большинство операций, выполняемых в отделении эндоскопической гинекологии, относятся к разряду высокотехнологичных.

У нас имеется лаборатория экстракорпорального оплодотворения, которая функционирует с 1998 г., с неплохими показателями наступления беременности.

В стационаре организовано 100%-ное совместное пребывание матери и ребёнка.

Но результаты работы перинатального центра нельзя оценивать изолированно от ситуации в родовспоможении в целом по области. Он вносит свой вклад в общее дело развития акушерско-гинекологической службы в регионе, являясь головным учреждением. Создана трёхуровневая система оказания медицинской помощи, разработаны листы маршрутизации. Мы, ведущие специалисты, выезжаем в районы, проводим аудит. Все работаем на один результат – улучшение качества оказания помощи женщинам и новорождённым.

Не хватает врачебных кадров

Владимир ГЛУХОВ – лучший хирург. С 1977 г. заведующий хирургическим отделением Октябрьской ЦРБ, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, лауреат премии Российского общества эндоскопических хирургов «Золотой лапароскоп». По его инициативе на базе ЦРБ в 2003, 2005, 2007 и 2012 гг. прошли выездные пленумы Российского общества эндоскопических хирургов. В январе 2014 г. избран членом Общественной палаты Приморского края от фракции «Единая Россия» Законодательного собрания:

– По программам реформы здравоохранения в наш Октябрьский район поступило около 20 млн руб. В первую очередь эти деньги пошли на улучшение работы структур, связанных с материнством и детством. Были отремонтированы родильный дом, гинекологическое и детское отделения – в частности, заменены окна и крыша. Они были укомплектованы современным оборудованием. Жаль, что работать в них некому. Укомплектованность врачебными кадрами в нашем районе – 46%. Из 6 анестезиологов-реаниматологов работают 3, из 8 терапевтов – 2. Нам, хирургам, повезло больше – в наши ряды влились 2 врача-«миллионщика». Страдают от кадрового дефицита и в соседнем Уссурийске, и в целом в Приморском крае.

Терапевт нужен всем

Сагира ДУСПАНОВА – лучший участковый терапевт, участковый терапевт городской больницы № 3 Прокопьевска, Кемеровская область:

– Мои преподаватели из Кемеровского государственного медицинского института, который я окончила, уже имея специальность фельдшера, утверждали, что терапевт самая сложная и самая нужная профессия. В этом я убедилась, начав после получения диплома работать в Прокопьевске. Вот уже 25 лет тружусь в своём родном городе – городе шахтёров. В первые годы было нелегко. Не хватало современных препаратов, не всем больным можно было оказать необходимую помощь, да и организовать работу оказалось непросто. У нас, терапевтов как бы две функции: в первой половине дня ведёшь приём больных, а во второй – спешишь на участок по вызовам. Ходим много, мы, как спортсмены, и дело делаем и постоянно двигаемся. Иногда к больному приходится добираться и на автобусе. У наших пациентов в основном сердечно-сосудистая патология, ХОБЛ – шахтёры страдают заболеваниями лёгких довольно часто. Их беспокоит нестабильное артериальное давление, много больных поступало с приступами удушья, астмы. Сегодня легче, появились бронхолитики, ингаляционные приборы, мы обучили больных самостоятельно справляться с приступами удушья, они получают таблетированные препараты, и уже чувствуешь свою нужность людям. Но главное – не разочаровываешься в профессии, да, устаю, да, наплыв пациентов большой, но мне моя профессия нравится. Я как-то пыталась сменить место работы – ушла в санаторий, но не понравилось, там совсем другая специфика.

Мы постоянно учимся. Ежемесячно разные компании организуют для нас конференции, семинары, где мы узнаём обо всём новом – о новых методах лечения, о новых препаратах, всё это помогает работать на современном уровне. У нас используется суточное мониторирование, КТ, МРТ, направляем пациентов на любое исследование в случае необходимости в Кемерово. Существует мнение, что терапевты сегодня стараются направить больного к узкому специалисту, что неверно. Больной попадает, прежде всего, к нам, и мы после детального обследования решаем, куда его направить. У меня есть мечта – пройти специализацию по неврологии. Надеюсь, что эта мечта исполнится.

Амбициозные цели приведут к успеху

Андрей ВАЖЕНИН – победитель в специальной номинации, главный врач Челябинского областного онкологического диспансера, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН:

– Прежде всего, должен отметить, что наш южноуральский регион активно сотрудничает с Росатомом. Развитие ядерной медицины – задача чрезвычайно актуальная и весьма перспективная. Ведь ядерная медицина – это, по сути, та же онкология, и мне, как специалисту в этой области, чрезвычайно приятно непосредственно участвовать в проектах, направленных на развитие в том числе и ядерно-оборонного комплекса.

Как я уже отметил выше, в понятие «ядерная медицина» входит практически вся диагностика в онкологии. Данная область клинической медицины активно развивается в нашем регионе. Так, в частности, строятся центры протонно-ионной терапии,

вместе и вперёд!

постепенно «разрастается» сеть окружных онкодиспансеров. Наш Минздрав области делает очень много, однако работы ещё, что называется, непочатый край. Поэтому нам бы хотелось более масштабных отраслевых реформ.

Онкологические заболевания всё ещё растут как в наших краях, так и в целом по стране. Но как на федеральном, так и на региональном уровне делается всё возможное для того, чтобы, как говорится, повернуть вспять этот неприятный во всех отношениях процесс. И здесь, прежде всего, следует обратить особое внимание на профилактику злокачественных новообразований, которые очень часто начинаются исподволь.

Напоследок мне бы хотелось поблагодарить всех своих коллег за активную помощь и участие в эффективной совместной работе, а также пожелать им регулярно ставить перед собой амбициозные цели, что называется, на грани с реальностью. Лишь в этом случае всех нас ждёт успех в дальнейшей работе.

Заработная плата растёт

Елена МИНАКОВА – лучший терапевт, заведующая терапевтическим отделением Павловской центральной районной больницы, Воронежская область:

– За последние 4 года наша больница претерпела разительные изменения. Никогда ещё не тратилось столько финансовых средств на её оснащение. В результате улучшилась материально-техническая база. Свыше 5 млн руб. было направлено на внедрение федеральных стандартов, повышение заработной платы медицинского персонала, медикаментозное обеспечение, питание и приобретение мягкого инвентаря. Мы получили мобильный комплекс для взрослой и детской поликлиник. Теперь специалисты района выезжают в сёла, в том числе отдалённые, чтобы их жители могли на месте, в прекрасно оборудованных кабинетах, получить медпомощь, не выезжая для этого в районную больницу.

В целом к нам поступило 142 единицы медицинской техники. Исходя из того, что каждый аппарат должен работать, а специалист – владеть методиками исследования и лечения, врачи и средние медицинские работники прошли обучение. И это всё при поддержке администрацией района, на что было затрачено 420 тыс. руб. Всё оборудование введено в эксплуатацию. Проведены капитальный ремонт детского отделения, травматологического и первично-сосудистого центров, кардиологического отделения, поликлиники, Лосевской участковой больницы, офисов ВОП, отделения восстановительного лечения.

Для внедрения новых инновационных направлений развития здравоохранения губернатором области для Павловской ЦРБ было выделено 15 млн руб.

Модернизация системы здравоохранения позволила увеличить заработную плату врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, и она продолжает расти.

За последнее время к нам на работу приехало 11 врачей. А это значит, что для населения Павловского района стала более доступной специализированная медицинская помощь. Вот это и есть результаты реформ здравоохранения на примере только нашей районной больницы.

Добиваться оптимизации здравоохранения

Сергей НИКОЛАЕВ – лучший уролог, профессор кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, заведующий уронефрологическим отделением детской городской клинической больницы № 13 Москвы:

– Конституцией РФ закреплены доступность и бесплатное лечение граждан. Но ситуация сегодня складывается так, что иногда происходят некоторые нарушения этого положения. Наличие страхового полиса гражданина России не всегда обеспечивает доступность медицинской помощи, что подтверждают многочисленные жалобы населения в государственные инстанции. Осложняет врачебную деятельность фонд ОМС. Количество отчётных документов по его требованию превышает все разумные пределы. Складывается впечатление, что фонд работает вне связи с Минздравом России. Для оптимизации лечебного процесса надо пересмотреть ставки (нормы) ОМС по всей медицинской деятельности в стране. Мой стаж работы 37 лет, и я могу точно сказать, что нынешние нормы приёма врача в кабинете 9 минут не соответствуют действительности. За это время вряд ли удастся вникнуть в суть помощи пациенту.

У нас в Филатовской больнице уже 30 лет назад создан нефрологический центр. Сейчас в нём работа организована так, что уже даже в утробе матери можно видеть отклонения и принимать правильные меры для их решения. И всё это возможно благодаря высокой квалификации персонала и современного оборудования. Работы предстоит очень много, и хочется, чтобы не было препятствий на пути оптимизации деятельности отечественного здравоохранения.

Приходится работать, как на конвейере

Марьяна ШАХМУРАДОВА – лучший сельский врач, заведующая терапевтическим отделением поликлиники Грачёвской центральной районной больницы, Ставропольский край:

– В 2013 г. стала лучшим «Земским доктором» на Ставрополье. Позже руководство краевого Минздрава края выдвинуло мою кандидатуру на федеральный этап конкурса.

Уже 12 лет работаю в Грачёвской ЦРБ. Возглавляю терапевтическую службу. Отвечаю за подготовку молодых врачебных кадров для района. В моей компетенции и дополнительное лекарственное обеспечение льготников, проведение диспансеризации населения.

Работать участковым терапевтом сейчас крайне трудно. Каждый терапевт должен принять за свой рабочий день 31 пациента. При этом нужно побеседовать с каждым, осмотреть его, уточнить диагноз, назначить, если необходимы, исследования, расписать и объяснить алгоритм лечения. Перед врачом стоит также задача – оформление медицинской документации...

Несмотря на это нормативы отводят на первичный приём пациента всего 20 минут, на вторичный – 12. Есть ещё в обязанностях врача заполнение санаторно-курортных карт, направлений в лечебные учреждения, на МСЭ, заявок на лекарственное обеспечение, оформление всевозможной отчётности – всего и не перечислишь. То есть работать приходится очень интенсивно, как на конвейере. Поток пациентов нельзя остановить, благодаря информатизации здравоохранения каждый пациент записывается на конкретное время. Соответственно врач обязан принять его. Хотя объективно приём предыдущего пациента требует большего времени, а если ещё заполнение документации сопряжено с какими-нибудь трудностями, то приходится проявлять чудеса изобретательности.

Кроме того, врач не должен забывать и о профилактике. То есть именно мы обязаны убедить жителей следить за своим здоровьем, избавиться от вредных привычек. А это тоже требует усилий, знания психологии, умения подобрать нужные слова к каждому пациенту. Поэтому первичное звено – это передовая отечественного здравоохранения.

Сегодня не уступаем Европе

Игорь СОСНОВСКИЙ – лучший онколог, заведующий онкологическим отделением № 2 Краснодарского клинического онкологического диспансера № 1, доктор медицинских наук. Одним из первых в России стал использовать эндохирургические вмешательства при онкологических заболеваниях в урологии:

– Начал я работу в одном из ведущих лечебных учреждений края 15 лет назад после окончания Кубанской государственной медицинской академии. Здесь состоялся как хирург и достиг профессиональных высот. Теперь в отделении выполняем за год около 1,5 тыс. операций при раке предстательной железы, почки и мочеточника.

Наша больница получила самое современное оборудование благодаря поддержке губернатора Александра Ткачёва. Какие бы мы ни были квалифицированные специалисты, не имея его и достаточного количества расходных материалов, мы не смогли бы выполнить столько вмешательств. За последние годы операционные нашего диспансера буквально преобразились. Мы работаем на новейшем оборудовании, применяем самые современные методики. Могу без преувеличения сказать, что не уступаем в плане уровня оказания медицинской помощи лучшим западным клиникам. В ближайшие дни в диспансер будет поставлен робот «Да Винчи». И мы начнём выполнять роботассистированные вмешательства.

За последние 3 года смертность от рака в Краснодарском крае снизилась на 5%. В этом есть заслуга и нашего онкологического диспансера.

Министр В.Скворцова награждает лучшего участкового терапевта С.Дуспанову

Вопросы требуют доработки

Светлана ПОЛЯНСКАЯ – лучший неонатолог, врач неонатолог Тамбовской областной детской клинической больницы:

– Система здравоохранения – это непрерывно развивающаяся структура, поэтому преждевременно говорить об окончательных итогах реформирования. В целом, реформа имеет положительный вектор, но отдельные вопросы требуют дальнейшей доработки, совершенствования.

Непосредственно в нашем лечебном учреждении, где я имею честь работать, проводимые реформы позволили получить современное реанимационное, хирургическое, диагностическое оборудование, внедрить информатизацию, улучшить условия пребывания пациентов, повысить заработную плату медицинского персонала.

Тамбовский регион имеет наименьший показатель младенческой смертности в Центральном федеральном округе, поэтому Тамбовская областная детская клиническая больница служит площадкой для передачи опыта работы соседним регионам. Например, мы активно занимаемся охраной и поддержкой грудного вскармливания. В 2010 г. наше отделение патологии новорождённых и недоношенных детей было аттестовано на звание ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку» первым в России среди отделений второго этапа выхаживания. (До этого аттестовывались женские консультации, детские поликлиники, родильные дома.) Даже если ребёнок находится в кувезе, на капельнице, на зондовом питании, мама сцеживается и кормит его нативным молоком. Большое значение придаём обучению женщин уходу за малышом. Осуществляем наблюдение за маловесными и недоношенными детьми и после выписки из стационара – у нас есть кабинет катамнеза.

Создан работоспособный механизм помощи

Антон БОРТ – лучший невролог, заведующий неврологическим отделением для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Омской областной клинической больницы:

– Результаты реформы здравоохранения для меня, как для невролога, заведующего неврологическим отделением для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения областной клинической больницы, отчётливо видны на примере оказания медицинской помощи больным с инсультами на всех уровнях: население, независимо от возраста и социального положения, имеет возможность получить специализированную помощь быстро, полноценно, гарантированно, бесплатно. Амбулаторное звено в состоянии охватить курируемые участки профилактическими мероприятиями. Неврологические отделения региона, оказывающие медицинскую помощь больным с инсультами, в том числе и в сельской местности Омской области, оснащены необходимой аппаратурой, медикаментозное обеспечение достаточное, есть возможность качественной диагностики, высокотехнологичных методов лечения в условиях регионального сосудистого центра, имеется возможность реабилитации пациентов, перенёсшим инсульт.

На всех этапах существует преемственность. Отработаны стандартные методики лечения, единые оценки эффективности проводимой терапии и реабилитационного потенциала. Везде применяются современные методики лечения уже не в качестве эксперимента, а в порядке рутинных методик (тромболитическая терапия при ишемических инсультах, каротидные эндартериоэктомии при гемодинамически значимых стенозах магистральных артерий). Повсюду реабилитация приобрела не только этапный характер, но и мультидисциплинарный подход с учётом индивидуальных особенностей как неврологического дефицита, так и базовых индивидуальных особенностей пациента.

Остаются вопросы медицинской грамотности населения, потому что врач не может предугадывать, на помощь его необходимо позвать.

Заметно снижение заболеваемостью острой цереброваскулярной патологией – инсультом, снижается смертность, меньше инвалидизация перенёсших это заболевание пациентов в итоге.

За время проведения реформы здравоохранения в России, таким образом, был создан мощный, работоспособный механизм оказания помощи людям с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Доступность онкологической помощи пока недостаточна

Оксана ЧЕРНОВА – лучший врач лучевой диагностики, заведующая отделением рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии Челябинского областного клинического онкологического диспансера, кандидат медицинских наук:

– Я представитель врачебной семьи и, можно сказать, врачебной династии в четырёх поколениях. Мой муж – врач-эндоскопист, дочь обучается в ординатуре по ортодонтии, сын – на 2-м курсе медицинского университета. Сама я окончила Челябинский государственный медицинский институт. После окончания интернатуры и первичной специализации по рентгенологии в 1993 г. работала рентгенологом, затем на протяжении 7 лет – врачом Челябинской областной поисково-спасательной службы МЧС России. С 2000 г. – рентгенолог в Челябинском областном онкодиспансере, с 2012 г. заведую отделением в этом учреждении.

Наше отделение оснащено современной техникой – 64-срезовым мультиспиральным компьютерным томографом, полуторатесловым МРТ, симулятором и т.д. Мы активно участвуем в разработке и внедрении новых диагностических методик, таких как МРТ различных органов с динамическим контрастированием, МР-маммография, диффузионно-взвешенные изображения, МР- и МСКТ-перфузия и ряд других. Кроме того, в отделении осуществляется подготовка к лечению на стереотаксической системе Кибернож.

Уже многие годы я принимаю участие в работе Ассоциации онкологов Челябинской области, вхожу в правление Челябинской региональной общественной организации «Ассоциация лучевых диагностов и лучевых

(Окончание на стр. 10-11.)

(Окончание. Начало на стр. 8-9.)

терапевтов». С 2013 г. также член Российского и Европейского радиологических обществ.

Проблем по нашему медицинскому направлению много. Эти трудности в Челябинской области и других регионах зачастую очень похожи. Несмотря на внедрение современной техники, доступность онкологической помощи остаётся недостаточной. Кадровая проблема – одна из самых значимых. Об этом я подробнее рассказала в своей статье, которая, надеюсь, будет опубликована в «Медицинской газете».

Главным врачам – больше полномочий

Михаил НИКОЛОВ – лучший врач скорой медицинской помощи, заместитель главного врача Березниковской городской станции скорой медицинской помощи, Пермский край:

– Мне бы хотелось сказать об изменениях, которые произошли в работе нашей службы. Отсчёт идёт с того момента, когда – лет 10 назад – впервые начали говорить о важности и нужности скорой помощи, о том, что это достаточно дорогостоящая услуга, и её нельзя финансировать по остаточному признаку. Тогда прошли первые съезды работников скорой, где обсуждались её проблемы и перспективы.

С появлением Национального проекта «Здоровье» мы получили новые машины – за год сразу 9! Их оснащение, правда, не слишком пригодилось, так как в большинстве своём оказалось дешёвым, китайским и ненадлежащего качества, но мы дооснастили их сами за счёт краевой программы «Качественное здравоохранение».

Благодаря поддержке муниципалитета провели ремонты, приобрели автомобили. Значительным подспорьем в то время стали и надбавки к зарплате по федеральной программе. Тогда же началось совершенствование службы скорой медицинской помощи в правовом поле.

Однако отсутствие самостоятельности вследствие перехода на новую систему финансирования, на мой взгляд, не способствует дальнейшему развитию. Ведь не секрет, кто побеждает в тендерах: производители самых дешёвых товаров! А что это такое – знают все.

Не улучшил положения дел и переход скорой помощи в государственное подчинение. Над нами просто появилась ещё одна «надстройка», более инертная, которая далеко не всегда принимает решения, оптимальные для конкретного учреждения.

Расширение полномочий главных врачей, увеличение их самостоятельности (и ответственности, разумеется) было бы, на мой взгляд, более правильным и способствовало бы повышению эффективности нашей работы.

Что же касается вопросов оплаты и якобы очевидного блага «Дорожной карты», то тут хорошо бы перестать лукавить и не выдавать увеличение нагрузки врачей за рост их доходов. Вместо подсчёта общего дохода врача, работающего на полторы, а то и две ставки, надо за норматив брать одну ставку. И тогда всё встанет на свои места. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи снижается. Как следствие растёт нагрузка на скорую помощь «неотложных» вызовов. И ещё очень важная вещь: необходимо поднимать престиж профессии, имидж медика. Целые поколения уже потеряны, коллективы «старятся», кадровый голод даже статистически ощущается во всей России (я уж не говорю о профессиональной подготовке!). Думаю, если СМИ перестанут смаковать сюжеты типа «врачи-убийцы», а в сериалах будет показана наша тяжёлая круглосуточная работа, а не подробности личной жизни и алкогольные пристрастия медиков – как это мы практически ежедневно видим с экрана, – выиграют не только работники здравоохранения, но и пациенты, и общество в целом.

Надеемся на приток молодых

Татьяна АНДРЕЕВА – лучший врач лабораторной диагностики, врач-лаборант, заведующая гормональной лабораторией Красноярской межрайонной клинической больницы № 4:

– Лабораторная служба в нашей больнице представлена пятью лабораториями, в которых выполняется около 250 видов исследований (клинико-диагностические, бактериологические, серологические, иммунологические и гормональные). Пользуясь случаем, хочу поблагодарить всех своих коллег за успешную работу в нелёгких условиях, поскольку до недавнего времени почти 90% исследований выполнялось ручными методами. У нас был всего один анализатор для диагностики гормонов, а всё остальное – полуавтоматы.

В центре внимания

Наш путь –

В этом году, благодаря усилиям администрации больницы, поддержке Министерства здравоохранения края, проводится модернизация лаборатории. Мы получили 2 биохимических анализатора, 2 гематологических биоанализатора и анализатор гемостаза. Мы этого очень ждали, и надеемся, что эта тенденция будет продолжена, в том числе по автоматизации бактериологической лаборатории, диагностики инфекций, передающихся половым путём, аллергодиагностики.

С приобретением анализаторов последнего поколения возникла ещё одна проблема, связанная с недостатком средств на закупку реактивов. В настоящее время все закупки проводятся через аукционы, и мы прописываем чётко техническое задание, и очень хотелось бы получать именно заявленные нами реактивы. Кроме того, необходимо увеличить число закупок по разовым договорам тех позиций реактивов, которые требуются в небольшом количестве.

Остаётся нерешённым и кадровый вопрос. Нет преемственности поколений, молодые специалисты неохотно идут в нашу профессию. И мы очень надеемся, что с переоснащением нашей службы начнётся приток молодых кадров.

Профилактика всегда и везде

Дмитрий ПЛЕСОВСКИХ – лучший санитарный врач, заведующий отделением экспертиз ионизирующих излучений Центра гигиены и эпидемиологии в Омской области, врач по радиационной гигиене, кандидат медицинских наук:

– В связи с подведением итогов реформы здравоохранения очевидно: то, что сделано и делается в практической медицине с целью повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоёв населения, безусловно, заслуживает уважения и самых высоких оценок.

Но при этом нужно всегда помнить о будущем наших детей, и работать адресно, на перспективу, тонко воздействуя на узловые точки «будущих проблем».

Для того чтобы повысить эффективность проводимых мероприятий, нужно часть усилий и ресурсов направить на прогнозирование «неблагоприятных исходов», обнаружение «скрытых проблем» и, как следствие, устранение источника негативных тенденций ещё до его появления.

Только так мы сможем уйти от роли «догоняющего» и начать работать на опережение, то есть на будущее. Более 100 лет назад великий русский хирург, основоположник русской военно-полевой хирургии Николай Иванович Пирогов сказал: «Будущее принадлежит медицине профилактической!»

За свою жизнь я понял одну простую вещь: принцип профилактики (т.е. предотвращения) работает всегда и везде, поэтому его можно и нужно применять как в профессиональной, так и в обычной жизни. Это и профилактика преступлений, аварий, происшествий. Различные кризисные ситуации, локальные конфликты, войны, даже природные катаклизмы можно предотвращать (т.е. профилактировать).

Это полезно делать с любой точки зрения: и с медицинской, и с экономической, и с социальной. Поэтому я желаю всем – почаще применять принцип профилактики в настоящем, и тогда в будущем нам будет сопутствовать успех.

Помогает поддержка губернатора

Андрей ДРЕМАЛИН, лучший врач-стоматолог, стоматолог лечебно-профилактического отделения Областной клинической стоматологической поликлиник Кемеровской области, врач высшей квалификационной категории, член Российского Союза ветеранов Афганистана. Награждён медалями «За боевые заслуги»», «За честь и мужество», «70 лет Кемеровской области».

– Наша поликлиника оснащена самым современным оборудованием. В штате состоит 40 врачей, из них 4 – кандидаты медицинских наук и 5 – победители в конкурсе «Лучший врач года». Для улучшения доступности стоматологической помощи жителям сельской местности на базе ОКСП организованы и работают 4 врачебные передвижные бригады.

Я работаю в поликлинике 18 лет. В сферу моей деятельности входит как приём в лечебном отделении, так и работа в составе выездных бригад в отдалённых районах Кемеровской области.

В некоторых сёлах на базе районных лечебных учреждений нашей поликлиникой организованы стационарные стоматологические кабинеты, в которых мы оказываем профильную помощь в течение одного месяца 2-3 раза в год. В отдалённые и труднодоступные районы, где нет стационарных кабинетов, завозим мобильное оборудование. Ежегодно около 10 тыс. сельских жителей получают квалифицированную бесплатную стоматологическую помощь из средств системы ОМС и областного бюджета. При содействии Департамента охраны здоровья населения администрации Кемеровской области и лично губернатора не только выделяются дополнительные средства, но и оказывается поддержка во всех наших начинаниях. Это даёт возможность использовать современные технологии, импортные расходные материалы, не входящие в Перечень медикаментов и материалов, предусмотренных территориальной программой Государственных гарантий на территории Кемеровской области.

Есть, конечно, и трудности. Работа на выезде в село осуществляется с высокой интенсивностью труда, работать приходится до последнего пациента. Иногда врачебный приём заканчивается поздно вечером. Много времени отнимает бумажная работа – истории болезни, отчётность и т.д.

Признание нашего труда

Ирина ЛУПЕНКО – лучший эксперт, врач судебно-медицинской экспертизы, заведующая отделом сложных экспертиз Бюро судебно-медицинской экспертизы, Омская область:

– Я представляю судебно-медицинскую службу, которая не работает непосредственно с пациентами, и её деятельность, главным образом, направлена на оказание экспертной помощи правоохранительным органам. Номинация лучший врач-эксперт впервые введена в конкурс, и я считаю, что это своеобразное признание нашего труда и достижений в этой важной и интересной врачебной профессии.

Основным требованием в работе службы является доказательность выводов экспертов. В последнее время на нашу службу обращается всё большее внимание в плане укрепления лабораторной базы. Два года назад в Омске открылась молекулярно-генетическая лаборатория, оснащённая современным оборудованием, позволяющим проводить сложные медико-генетические экспертизы. Надеюсь, что это поднимет престиж нашей профессии и позволит вывести судебно-медицинскую службу Омской области на новый качественный уровень.

Важные позитивные перемены

Юрий КАЛМЫКОВ – лучший психиатр, заведующий кабинетом социально-психологической помощи с «Телефоном доверия», врач-психотерапевт Республиканской клинической психиатрической больницы им. В.М.Бехтерева Минздрава Республики Татарстан.

– Несмотря на то что в отечественной системе оказания психиатрической помощи сегодня остаётся много серьёзных проблем, трудно не заметить важные позитивные перемены. В первую очередь, меня радует сам факт динамичных изменений, поиск новых способов оптимизации функционирования психиатрической службы. Я думаю, что в

вместе и вперёд!

значительной степени этому способствует автономизация лечебных учреждений. Однако нужно учитывать, что процесс автономизации существенно повышает роль руководителей учреждений здравоохранения.

За последние 4 года значительно улучшилась материально-техническая база больницы: активно проводятся ремонтные работы, улучшился облик помещений и территория больницы; приобретены дополнительное медицинское оборудование и средства для ухода, улучшилось обеспечение больных лекарственными препаратами; выделены дополнительные ставки врачей-консультантов (терапевт, невролог, хирург). Значительное внимание уделено улучшению стоматологической помощи пациентам.

В 2011 г. благодаря совместному проекту Минздрава Республики Татарстан и ОАО «Таттелеком» модернизирована суицидологическая служба РКПБ: открылась круглосуточная медицинская психологическая служба «Сердэш 129» с многоканальным «телефоном доверия» и помощью онлайн на сайте в Интернете; сотрудники прошли обучение в С.-Петербурге и стажировку в Израиле; вдвое увеличено штатное расписание службы. Создание колл-центра позволило с помощью современных коммуникационных технологий более эффективно использовать знания и навыки специалистов. Выделен единый на всю республику многоканальный трёхзначный номер телефона – 129, по которому врачи-психотерапевты и медицинские психологи РКПБ круглосуточно оказывают экстренную медико-психологическую помощь. Увеличилась доступность профессиональной психологической помощи для населения всех районов Татарстана. В службе созданы комфортные условия для сотрудников, имеются комната для отдыха, душевая кабина.

Совершенствованию системы оказания психиатрической помощи населению республики способствовало перемещение части объёмов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап, сокращение части излишних мощностей больниц, их использование для реабилитационного лечения и оказания медико-социальной помощи. С 1 января 2014 г. на базе мужского и женского отделений РКПБ организованы отделения паллиативной психиатрической помощи.

Среди проблем, настоятельно требующих решения, хочется выделить кадровый голод, а также большое количество времени, которое врачи вынуждены затрачивать на чрезмерно забюрократизированный «бумажный поток», всевозможные отчёты и показатели, нередко мало связанные с реальной действительностью.

Нужна целевая программа

Наталья БИКБАЕВА – лучший врач медицинской реабилитации, врач Республиканского врачебно-физкультурного диспансера Республики Башкортостан.

– Реформа здравоохранения нас практически не коснулась. А нам всем хочется работать на современном лабораторном и диагностическом оборудовании.

Врачом по лечебной физкультуре и спортивной медицине работаю в диспансере уже 30 лет. Отделение спортивной медицины возглавляю с 2011 г. Основные направления работы диспансера: медицинский контроль за мероприятиями в области физкультуры и спорта и медицинская реабилитация спортсменов и населения. В поле нашего зрения – общественное здоровье населения, массовый спорт. Занимаемся мы и лечебной физкультурой, и массажем, и подводным вытяжением и др.

Как отрадное явление в республике следует отметить, что спорт набирает обороты. А значит, нужны и обслуживающие его спортивные врачи, обеспечивающие допуск спортсменов к тренировкам и соревнованиям, их функциональную реабилитацию и повышение спортивной работоспособности, медицинскую реабилитацию.

В нашей системе трудятся разные специалисты. В последнее время к нам стали приходить и молодые врачи, желающие работать в нашем секторе медицины, что не может не радовать.

5-6 лет назад наконец-то появились ординатуры по специализации «спортивная медицина» в медицинских вузах. Есть сейчас кафедра медицинской реабилитации в Башкирском государственном медицинском университете. Мне в своё время пришлось учиться в ординатуре в Москве.

Как о положительном явлении могу сказать о создании условий в Республиканском диспансере для спортсменов-паралимпийцев. В частности, появился широкий лифт. Хотя, впрочем, это, возможно, идёт по программе «Доступная среда».

С марта 2014 г. у нас открылся дневной стационар для спортсменов и населения с проблемами опорно-двигательной и нервной систем, нуждающихся в лечении и реабилитации.

Хотелось бы иметь свою целевую программу, которая коснулась бы спорта высших достижений, медико-биологической подготовки спортсменов. Для этого необходимо современное диагностическое оборудование. И объём этого оборудования хотелось бы расширить. Но мы очень благодарны конкурсной комиссии за то, что она обратила свои взоры на врачей спортивной медицины.

Продолжаем делать своё дело

Владимир МИЛЮТИН – лучший эндокринолог, заведующий отделением эндокринологии клинической больницы № 7 Кирова.

– Прежде всего, должен отметить, что врученной мне премией я обязан многим людям – учителям, коллегам, родным и близким и т.д.

В нашем регионе проделывается огромная работа, направленная, прежде всего, на профилактику заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа. К сожалению, у нас, как и в целом по стране, наблюдается неуклонный рост этого коварного заболевания.

Для эффективной борьбы с этим недугом нужно воздействовать на истоки, уничтожать диабет в зародыше. На современном этапе медицина носит профилактический характер. В Кировской области ведётся активная просветительская работа с населением. Мы разрабатываем программы по снижению массы тела, мониторингу уровня глюкозы в крови. Также недавно в регионе стартовали теле- и радиопроекты, посвящённые проблематике эпидемии сахарного диабета в нашей стране.

В рамках происходящей модернизации здравоохранения мы продолжаем делать своё дело. И только эффективные результаты моей трудовой деятельности приносят мне полное моральное удовлетворение. Я верю, что рано или поздно число больных диабетом в России перестанет расти и начнёт снижаться.

Ещё мне бы хотелось посоветовать молодым врачам, прежде всего, любить людей, быть фанатами своей профессии и не идти в отрасль за материальным благополучием. Иначе никаких высот не достичь.

Напоследок хочется подчеркнуть, что повседневный труд намного дороже любых наград.

Дарить пациенту частичку себя

Александр ДАНИЛОВ, заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии Омской областной клинической больницы:

– Ещё до поступления в медицинский институт в течение года я работал санитаром в больнице. После службы в армии продолжил обучение на педиатрическом факультете Омского государственного медицинского института. Интернатуру по анестезиологии проходил в Омской областной клинической больнице, где работаю до настоящего времени. 3 года назад стал заведующим отделением, назначен главным анестезиологом-реаниматологом Минздрава Омской области.

В последние годы в нашей профессиональной деятельности многое поменялось к лучшему. Существенно помогла модернизация отрасли. В областную больницу поступило достаточно большое количество современного медицинского оборудования. Кроме того, благодаря ряду программ – онкологической, сосудистой, оказания помощи пострадавшим в ДТП и т.д. приобретено очень много хорошей аппаратуры для медицинских учреждений районов области.

И всё было бы здорово, если бы... Наша головная боль – кадры. В нашу профессию идёт мало молодёжи. Настоящих врачей, как и в целом людей, выбирающих анестезиологию и реаниматологию или хирургию, где нужно постоянно стоять у операционного стола, много времени проводить с больными, становится всё меньше. Молодых больше привлекают «хлебные» специальности – стоматология, акушерство и гинекология, косметология... Ещё одна проблема – заработная плата. В результате мы наблюдаем отток кадров. В регионе есть несколько отдалённых городов, отстоящих от областного центра примерно на 250 км, в которых проживает всего-то по 15-20 тыс. человек. В стране действует программа поддержки молодых специалистов, в рамках которой приезжающий в сельскую местность доктор получает денежное вознаграждение в размере 1 млн руб. и жильё. Но если он попадает в провинциальный населённый пункт, имеющий статус города, ему ничего не полагается. Это очень большая проблема, которую необходимо решать.

Но несмотря ни на что мы обязаны лечить пациента до конца, победного или нет, не беря на себя функции Бога. Такова наша миссия. Главное, стараться вкладывать все свои силы, ну и, конечно, отдавать каждому пациенту частичку себя.

Компьютеризация – это новый импульс в работе

Игорь МЕЩАНИНОВ, врач общей практики Кузнецкой межрайонной больницы, Пензенская область:

- Свой путь в профессию я начал в качестве участкового по окончании Куйбышевского медицинского института. С 1996 г. работаю врачом общей практики. За время трудовой деятельности постоянно учился, проходил специализацию по различным профилям. В 2005 г. защитил кандидатскую диссертацию, имею патент на метод лечения болевого синдрома.

Когда мне сообщили, что я занял 1-е место в конкурсе, сначала воспринял это очень спокойно. Осознание значимости события происходило постепенно – это же всё-таки 1-е место по всей России! Возникло чувство признательности за столь высокую оценку моего ежедневного многолетнего труда. Хочу отметить неоценимый вклад в это достижение моих учителей и наставников: научного руководителя профессора Леонида Бартоша, моих кураторов Наталью Топчую и Валентину Ягодину.

Сегодня нам приходится трудиться в непростое время реформирования системы здравоохранения, в условиях обновления, внедрения современных методик лечения, новейшего медицинского оборудования и технологий. Повсеместный процесс компьютеризации дал новый импульс и приток сил для освоения новых методов работы, в частности, перехода на электронную амбулаторную карту, компьютерную выписку рецептов и больничных листов. Считаю это начинание очень полезным, ведь электронная запись на приём систематизирует поток пациентов и позволяет избегать конфликтных ситуаций. Не могу не отметить сердечную благодарность губернатору Пензенской области. Постараюсь оправдать это высокое звание лучшего врача в своей номинации и внести скромную толику своего труда на благо здоровья населения России.

Анализ и прогнозы

Лекарства по прописям

Удастся ли сохранить внутриаптечное производство?

Ещё 20-30 лет назад свой производственный отдел имела каждая крупная аптека. В настоящее время в стране насчитывается немногим более тысячи аптечных учреждений, занимающихся изготовлением экстемпоральных лекарств – порошков, мазей, микстур и капель.

Рыночные процессы, происходящие в фармацевтической рознице, заставили пересмотреть коллективы аптек и их новых владельцев подходы к торговле лекарствами. И если раньше в общей рецептуре аптек лекарства «ex tempore» составляли 10-15%, сегодня это уже совсем небольшой процент.

Основным преимуществом препаратов, изготовленных в аптеке, была их низкая цена. Теперь такое производство становится убыточным – сократилась номенклатура субстанций, растут платежи за коммунальные услуги, а цены на современное технологическое оборудование и вовсе «кусачие». Да и большинство врачей сегодня мало назначают индивидуальных прописей, строя процесс лечения на готовых лекарственных средствах.

Вместе с экстемпоральным производством исчезают и традиции аптечного дела. Специалистов, которые досконально бы знали особенности приготовления экстемпоральных лекарственных средств, остаётся всё меньше. В основном в производственных отделах работают люди предпенсионного и пенсионного возраста, нет преемственности поколений – выпускники фармвузов и училищ не хотят вникать в тонкости аптечного производства, и выбирают работу за первым столом.

Всё чаще в последнее время приходится слышать о низком качестве лекарств, изготовленных в аптеках. Нарушений много, начиная от использования при изготовлении препаратов фармсубстанций, не зарегистрированных

на территории РФ, и заканчивая отсутствием производственного контроля качества препаратов.

Проверки начались после скандала вокруг одной из аптек Свердловской области. Тогда из-за некачественного препарата пострадали три ребёнка, одного из которых спасти не удалось. Эксперты пришли к выводу, что к летальному исходу привёл посторонний компонент раствора, которым ребёнку очищали желудок перед операцией. В общей сложности Росздравнадзор уже составил 48 протоколов, выдал 303 предписания и запланировал 63 дополнительных выездных контрольных мероприятия.

Тем не менее вовсе отказаться от экстемпорального производства было бы ошибкой, считают профессионалы. Об этом говорили, в частности, и на последнем Всероссийском съезде фармацевтических работников.

– В большинстве стран за аптеками сохраняются классические традиции индивидуального подхода к лекарственному обеспечению населения, и экстемпоральное производство закреплено законодательно, – напомнила заместитель директора самарской компании «Аптека № 245» Елена Гладкова.

В 1992 г. в Самарской области было 295 аптек, и все они имели рецептурно-производственные отделы. Теперь из 1056 аптек лишь в 35 есть экстемпоральное производство. Вместе с тем, по словам Е.Гладковой, настоящая аптека должна иметь такой отдел, это является её профессиональным и имиджевым преимуществом.

Опыт работы в рыночных условиях показывает, что рецептурно-производственный отдел окупает себя и становится безубыточным только при условии достаточной нагрузки на персонал. Но закон запрещает изготавливать в аптеках лекарства, зарегистрированные в России. И как быть, если, к примеру, для детей до года нет таблеток в столь маленькой дозировке, а правильно разделить «взрослую» таблетку фабричного производства тоже невозможно?

Ещё одна серьёзная проблема – отсутствие зарегистрированных фармсубстанций, необходимых для изготовления часто назначаемых врачами препаратов для наружного применения.

Дело в том, что лекарственные средства производители обязаны регистрировать в обязательном порядке, к фармсубстанциям же требования не столь жёсткие, и некоторые производители вообще не считают нужным их регистрировать и получать соответствующую лицензию – слишком маленькие объёмы и несопоставимые затраты. Также необходимо правовое решение вопроса о возможности использования в аптечном изготовлении вспомогательных веществ, выпускаемых химической и пищевой промышленностью.

– Необходимо создать благоприятную среду для работы производственных аптек, которые в условиях рынка взяли на себя выполнение социально значимых функций, – считает Е.Гладкова. – И надо поддерживать их не только словами, а государственными дотациями и налоговыми преференциями.

Много нерешённых проблем остаётся и в деятельности больничных аптек. Прежде всего, это касается несовершенства законодательной базы, регулирующей их деятельность. В настоящее время отсутствуют нормативные документы, регламентирующие статус, структуру больничной аптеки и её штатные нормативы.

– Полностью покрыть потребности лечебного учреждения только препаратами заводского производства невозможно. Промышленные растворы гораздо дороже, да и далеко не все оптовики имеют в ассортименте эту продукцию. Кроме того, некоторые препараты вовсе не выпускаются промышленностью, – отмечает заведующая аптекой Республиканской клинической больницы № 2 Минздрава Республики Татарстан Зайнаб Абдулгалимова. – В частности, это лекарственные формы для новорождённых и детей до 1 года (без стабилизаторов и консервантов), лекарственные формы для электрофореза, а также некоторые стерильные и асептические растворы, применяемые в гинекологии и педиатрии. По её словам, для сохранения производственных функций больничных аптек необходимо, прежде всего, решить вопрос об оптимизации номенклатуры и формы выпуска фармсубстанций, разработать систему менеджмента системы качества в этих учреждениях.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Итого

Тренды и тенденции

Объём коммерческого рынка ГЛС в ценах закупки аптек в августе 2014 г. сократился на 0,7% по сравнению с июлем и составил 36,8 млрд руб. (с НДС). Такая информация приводится в исследовании аналитической компании «DSM Group».

По итогам аптечных продаж за третий летний месяц 2014 г. коммерческий рынок лекарств в натуральном выражении был равен 309,8 млн упаковок, что на 11,5% меньше, чем за аналогичный период 2013 г. Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата на коммерческом рынке России в августе 2014 г. по сравнению с июлем уменьшилась на 1% и составила 118,9 руб.

Согласно индексу Ласпейреса, в течение августа 2014 г. цены в рублях выросли на 0,8%. В долларовом выражении индекс цен снизился на 3,4%. Всего же с начала 2014 г. инфляция цен на лекарства в аптеках страны составила + 6,3% в рублёвом выражении и – 3,2% в долл.

Структура коммерческого рынка ГЛС в августе 2014 г. по ценовым секторам кардинально не изменилась по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. Продолжилось сокращение доли лекарств с ценовым диапазоном 50-150 руб. за упаковку (с 21,4% в августе 2013 г. до 19% в августе 2014 г.), на 0,4% уменьшился удельный вес лекарств ценой от 150 до 500 руб. за упаковку (с 45,5 до 45,1%), препараты низшей ценовой группы (дешевле 50 руб. за упаковку) ослабили свои позиции, уменьшив долю лекарств с 7,9 до 7,2%. Лекарства ценой от 500 руб. за упаковку занимали по итогам августа 2014 г. долю 28,7% коммерческого рынка, что на 3,6% больше, чем в августе 2013 г.

По итогам августа 2014 г. 56% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако в виду своей невысокой цены относительно импортных лекарств в стоимостном выражении они занимают лишь 23%. В августе 2013 г. удельный вес российских препаратов в натуральных единицах составлял 57%, а доля в стоимостном объёме была равна 23%.

Коммерческий сегмент рынка по итогам августа 2014 г. на 52% представлен рецептурными препаратами и на 48% – ОТС-лекарствами.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в августе 2014 г. уменьшился на 2,3% относительно июля и составил 2,1 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД в августе 2014 г. уменьшился на 9,8% по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. и составил 20,8 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковки БАД в августе 2014 г. по сравнению с июлем сократилась на 3,2% и составила 101,8 руб.

Подготовила
Ирина АНДРЕЕВА.

Изъять!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям:

– пульмикорт, суспензия для ингаляций дозированная, 0,5 мг/мл 2 мл, контейнеры из полиэтилена низкой плотности, 5 контейнеров соединены в один лист (4), пачки картонные, производства «Астра Зенека АБ» (Швеция), поставщик ООО «Прибой», Ставропольский край, показатель «описание» (часть контейнеров содержит неоднородную суспензию с включениями белого цвета, не распадающимися при встряхивании) – серии PAGR;

– слабилен, капли для приёма внутрь 7,5 мг/мл 15 мл, флаконы тёмного стекла с пробками-капельницами (1), пачки картонные, производства ООО «ЛЭНС-Фарм» (Россия), поставщик ООО «Медэкспорт-Северная звезда», Омская область, показатель «описание» (часть упаковок содержит жидкость с многочисленными хлопьевидными включениями) – серии 70114;

– депакин Хроносфера, гранулы пролонгированного действия 100 мг, пакетики из комбинированного материала (30), пачки картонные, производства «Санофи Винтроп Индустрия» (Франция), поставщик ООО «АВК-Альянс», Свердловская область, показатель «описание» (часть упаковок содержит пакетики с препаратом, утратившим сыпучесть и имеющим вид агломерата) – серий 3M0062, 3M0089;

– ципрофлоксацин, раствор для внутривенного введения 200 мг/100 мл, флаконы полиэтиленовые (1), коробки картонные, производства «Эльфа Лабораториз» (Индия), поставщик филиал ЗАО «М-Центр» в Челябинске, Челябинская область, показатель «упаковка» (на поверхности части полиэтиленовых флаконов чёрные, бурые, жёлтые пятна, чёрные полоски по швам флаконов, вмятины) – серий 30016, 30019.

– аммиак, раствор для наружного применения и ингаляций 10% 40 мл, флаконы тёмного стекла, производства ООО «Гипократ» (Россия), поставщик ГУП СО «ФАРМАЦИЯ», Свердловская область, показатель «описание» (жидкость с игольчатыми кристаллами) – серии 08052013;

– новокаин, раствор 2% 200 мл, изготовитель Аптека ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России (владелец аптека ФГБУ «Медицинский радиологический научный центр» Минздрава России, Обнинск, Калужская область), показатель – «pH» – АН-53;

– дротаверин, раствор для инъекций 20 мг/мл 2 мл, ампулы тёмного стекла (5), упаковки контурные пластиковые (поддоны) (2), пачки картонные, производства ООО «Компания «Деко» (Россия), поставщик ООО «ПрофиФарм», Саратовская область, показатели: «описание» (жидкость со взвесью), «механические включения» – серии 40313;

– кеналог 40, суспензия для инъекций 40 мг/мл 1 мл, ампулы (5), упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производства «КРКА д.д. Ново место» (Словения), поставщик ООО «Медэкспорт-Северная звезда», Омская область, показатель «описание» (в части ампул присутствует осадок, неразбивающийся при встряхивании) – серии А53390;

– реополиглюкин раствор для инфузий 10% 200 мл, бутылки стеклянные для крови, трансфузионных и инфузионных препаратов, производства ОАО «Биохимик» (Россия), поставщик ЗАО НПК «Катрен», Новосибирская область, показатель «описание» (жидкость с посторонними включениями в виде белых хлопьев) – серии 2400911.

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием из обращения и уничтожением в установленном порядке указанных партий недоброкачественных лекарственных средств их владельцами. О результатах информировать Росздравнадзор.

А как у них?

Льготы и скидки... для сравнения

Сколько прав у инвалида израильской армии?

Согласно закону об инвалидах Армии обороны Израиля (ЦАХАЛ), военнослужащий признаётся таковым при тех обстоятельствах, которые повлекли серьёзное нарушение здоровья, и травмы были получены во время прохождения воинской службы. Также причиной инвалидности являются последствия службы или результат военных действий. Что касается болезней общего профиля, то военно-медицинской комиссией во внимание могут быть приняты и те, развитие которых началось уже после завершения солдатом или офицером армейской службы.

Помощь инвалидам ЦАХАЛ оказывает Управление по реабилитации Министерства обороны. Признанные инвалидами армии имеют право на следующие виды помощи: денежные и иные пособия, лечение, профессиональную и функциональную реабилитацию, общественную и психологическую поддержку, социальное обеспечение. Любое ранение или травма военнослужащего, полное излечение которых признано комиссией невозможным, считаются обстоятельствами, дающими ему право на признание инвалидом ЦАХАЛ. Например, вывихи, переломы, сильные ушибы, случившиеся во время падения в ходе марш-броска, или развитие посттравматического синдрома, или психических расстройств вследствие условий службы – несомненные поводы для подачи требований в отдел реабилитации военного ведомства.

«Попасть под раздачу»

Перечень болезней общего профиля, также дающих право на признание солдата или офицера инвалидом ЦАХАЛ, весьма обширен. Так, солдат, заболевший псориазом, в ряде случаев развивающимся на фоне нервных расстройств, признаётся инвалидом армии. В принципе, военнослужащему, заболевшему псориазом, нетрудно доказать, что это заболевание спровоцировала, скажем, чрезмерная строгость командира. И вот пример из реальной армейской жизни. Женщина-офицер, дежурившая на военной базе, поймала молодого солдата с поличным при вскрытии замка комнаты, соседней с той, в которой он жил. Как оказалось, этого солдата и двух его сослуживцев по ошибке поселили в комнату с недействующим кондиционером. В условиях израильской летней жары спать там было невозможно. Попавший под командирскую «раздачу» военнослужащий уже несколько месяцев служил именно на этой базе, и ему было известно о наличии в соседней комнате исправного кондиционера. О вскрытии замка в полном смысле этого слова речь всё-таки не шла, ибо желавший выспаться солдат просто отодвинул прикрывавшую дверь задвижку. Но женщина-офицер настолько разгневалась на провинившегося бойца, что несколько дней «прорабатывала» его, угрожая военным судом. И хотя под судебное разбирательство бедолага всё-таки не попал, волнение на нём весьма сказалось — он заболел псориазом. По крайней мере, так решила обследовавшая его военно-медицинская комиссия. Солдата-«псориазника» признали инвалидом ЦАХАЛ.

Известен случай, когда военные медики признали за израильским военнослужащим статус инвалида из-за псориаза, полученного при участии в осуществлении специального проекта в военно-воздушных силах.

Пособие для израильских инвалидов назначается в зависимости от степени выявленной нетрудоспособности. При псориазе степень инвалидности, а значит и нетрудоспособности определена в 20%. Чтобы иметь представление о финансовой составляющей назначаемого пособия, сразу же укажем, что при инвалидности от 10 до 19% военнослужащий имеет право на одноразовое пособие в размере от 37 тыс. шекелей (около 11 тыс. долл.) до 140 тыс. При инвалидности в размере от 20% и выше израильские военные, кроме увеличенного до 250 тыс. шекелей одноразового пособия, обладают правом на ежемесячно выплачиваемое пособие на жизнь, а также реабилитацию за счёт минобороны, включая обучение и множество других льгот и скидок. В ряде случаев предоставляются бесплатный автомобиль и помощники по хозяйству. Для лежачих инвалидов предусмотрена оплата круглосуточного санитара. Разумеется, военным инвалидам не возбраняется работать и получать зарплаты в полном объёме.

Устанавливая причинно-следственные связи

Анат Гинзбург, председатель комиссии по вопросам инвалидности и реабилитации во Всеизраильском бюро адвокатов, рассказала о случае, когда тель-авивский суд признал инвалидом ЦАХАЛ военнослужащего пехотной бригады «Гивати», у которого развился диабет 1-го типа через 4 месяца после прохождения курса молодого бойца. Адвокат этого солдата сумел доказать, что диабет у молодого парня возник под действием психических и физических нагрузок.

Несколько лет назад статус инвалида получила демобилизовавшаяся «солдатка» (в Израиле призыву на срочную армейскую службу подлежат и девушки) с диагнозом фибромиалгия. Эта болезнь характеризуется сильной мышечно-скелетной болью во всём теле. До настоящего времени не выяснены причины возникновения фибромиалгии. Хотя среди гипотез преобладают две: нарушение фазы глубокого сна и стресс. Израильские военные медики поначалу отказывались предоставить «солдатке» с таким диагнозом статус инвалида ЦАХАЛ. Однако суд нашёл причинно-следственные связи между фибромиалгией и тяжёлыми нагрузками в ходе учебного курса для командиров отделения. Именно этот курс и прошла заболевшая.

Адвокат Гинзбург приводит в своей статье также случай, когда Верховным судом Израиля статус инвалида ЦАХАЛ был предоставлен женщине, офицеру военной разведки через несколько лет после завершения её армейской службы. В данном случае судьи признали связь между стрессом военнослужащей и развившимся у неё через годы посттравматическим синдромом. Анат Гинзбург обращает внимание, что требование о признании инвалидности по линии ЦАХАЛ, а также полиции, служб безопасности или пенитенциарной системы может подать любой бывший военнослужащий или сотрудник указанных структур, у которого психические расстройства проявились даже через годы. Однако, согласно принятой

практике, требование о признании инвалидом ЦАХАЛ бывший военнослужащий должен подать в течение 3 лет после увольнения. Разумеется, в случае, например психических недомоганий ему необходимо доказать, что болезнь является следствием именно его службы в армии или в приравненных к ней органах и системах. В ряде случаев военно-медицинская комиссия может назначить и временную инвалидность. Через определённое время инвалиду с временным статусом придётся вновь предстать перед комиссией для установления статуса постоянного.

Оспаривать не возбраняется

Нет никакого сомнения в том, что истцу, то есть «претенденту» на статус инвалида ЦАХАЛ, обратившемуся спустя годы после демобилизации, собрать доказательную базу намного труднее, чем тому, кто ещё продолжает службу или недавно её завершил. И особенно это касается психических расстройств. После подачи требования в отдел реабилитации минобороны «претендента» направляют на обследование к назначенному отделом специалисту. Именно врач министерства обороны даёт заключение о том, вызвано ли проявившееся у истца через годы заболевание или его обострение условиями воинской службы. Если решение для «претендента» окажется отрицательным, то не всё ещё для него потеряно: в течение 30 дней он имеет право подать апелляцию в мировой суд. Там её обязан рассматривать судья с участием врача и адвоката. Если и мировой судья отклонит апелляцию, то его решение можно обжаловать в окружном суде. И так можно дойти до Верховного суда, решение которого будет окончательным.

Не возбраняется оспаривать и установленную комиссией степень инвалидности. В этом случае истец обязан подать апелляцию в вышестоящую медицинскую военную комиссию в течение 45 дней с момента принятия решения, которым истец остался не удовлетворён. И опять же, при отклонении или только частичном удовлетворении апелляции у военнослужащего остаётся право опротестовать решение в окружном суде. Важно иметь в виду, что, во-первых, просьбу о повторном освидетельствовании можно подать при любом ухудшении физического или психического здоровья, во-вторых, с момента подачи требования и до принятия решения военнослужащий имеет право как на лечение за счёт отдела реабилитации военного ведомства, так и на пособие, если ухудшение состояния здоровья лишило его возможности работать.

По данным на 2010 г., в еврейском государстве насчитывалось 100 тыс. инвалидов ЦАХАЛ, полиции, служб безопасности и некоторых других структур. У более половины из них инвалидность определена от 20 до 30%. Менее 40% инвалидов армии получили свои увечья и травмы в ходе боевых действий или военной подготовки. Почти 60% военных инвалидов пострадали в дорожных авариях или во время службы у них проявились заболевания общего профиля, такие как сахарный диабет, псориаз, эпилепсия, сердечная и лёгочная недостаточность. Но подобные заболевания, не связанные напрямую с военной службой, могли проявиться и в силу возраста, генетической предрасположенности, неправильного образа жизни. Поэтому ещё 4 года назад специальная комиссия во главе с отставным судьёй Ури Гореном рекомендовала законодательным образом ужесточить критерии предоставления инвалидности бывшим военнослужащим. В частности, комиссия предложила в обязательном порядке требовать от военнослужащих срочной и резервистской службы, обращающихся в министерство обороны с заявлениями о признании за ними статуса инвалидов ЦАХАЛ, доказательств того, что их травмы или болезни были прямым, а не косвенным результатом военной службы.

Законопроект расставляет акценты

В конце 2013 г. кнессет (парламент Израиля) приступил, наконец, к рассмотрению законопроекта депутата от партии «Еш атид» («Есть будущее») Офера Шелаха, согласно которому кадровые военнослужащие, недомогания которых напрямую не связаны с исполнением ими армейских или иных обязанностей, не будут признаваться инвалидами ЦАХАЛ. «Как инвалид ЦАХАЛ, – цитирует Шелаха пресс-служба партии «Еш атид», – я не могу равнодушно смотреть на то, как те, кому действительно полагается забота со стороны государства, получают её в меньшей степени или даже с задержкой из-за огромной нагрузки на систему реабилитации в министерстве обороны». И тем не менее тот же Шелах не возражает против утверждения ограниченного списка расстройств здоровья, которые могут стать причиной требования военнослужащего признать его инвалидом армии. К таким расстройствам, несомненно, относятся радиоактивное заражение или воздействие отравляющих веществ. Во всех иных случаях проявления болезней, напрямую не связанных с выполнением обязанностей несения службы, бывшим военным придётся на правах обычных граждан обращаться в «Битуах ле-уми» («Службу национального страхования»).

Законопроект Офера Шелаха меняет ситуацию и с военнослужащими, находящимися в увольнении. Депутат предлагает лишать солдата или офицера, получившего травму вследствие его собственных противоправных действий, права на помощь военного ведомства или министерства внутренней безопасности.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».
Иерусалим.

Доктор и сцена

Первые на планете!

Врач-стоматолог Оксана Васильева и выпускник ГИТИСа Арсен Агамалян из Твери – чемпионы мира по латиноамериканскому секвею

Эту блистательную танцевальную пару из Тверской государственной медицинской академии хорошо знают в среде творческих медиков России и зарубежья. Выпускница-отличница ТГМА стоматолог Оксана Васильева и её харизматический партнёр, режиссёр и актёр по профессии Арсен Агамалян неоднократно выступали на творческих площадках международного фестиваля студентов-медиков и медицинских работников, завоевав первые места в Рязани и Самаре. Их звёздные, глубоко драматические танцевальные постановки под музыку Владимира Высоцкого «Повремени» и под трагическую песню Людмилы Гурченко «Хочешь...» вошли в список самых запоминающихся фестивальных открытий.

Не имея профессионального хореографического образования, но многие годы самостоятельно совершенствуясь в парном танцевальном искусстве, ребята достигли высочайших результатов, поставивших их дуэт на одну ступень с самыми выдающимися артистами этого жанра в мировом масштабе. На прошедшем недавно в Тюмени чемпионате мира по латиноамериканскому секвею тверской дуэт покорил сердца и души не только многотысячной аудитории, но и международного жюри. Оксане Васильевой и Арсену Агамаляну за новую композицию «Всё на продажу» присудили гран-при конкурса и почётное звание чемпионов мира.

Каких-то 10 лет назад Арсен и Оксана впервые встали в пару, тогда вряд ли кто-то мог предположить, что их ждёт блестящая профессиональная карьера. Партнёру на тот момент было 25, его очаровательной партнёрше, студентке медицинской академии – 18. В этом возрасте танцевальные дуэты или уже обладают чемпионскими титулами, или прощаются со спортом, заканчивая карьеру. А они только начинали – практически с чистого листа.

– То, что я уговорил Оксану, имеющую некоторый опыт выступлений с предыдущим партнёром по латинским танцам, выступать со мной – пожалуй, один из главных поступков в моей жизни. Она очень внимательно и ответственно относилась к обучению в медакадемии, старалась не пропускать занятия и училась на «пятёрки». Мне же для успеха нужна была полная самоотдача, постоянные тренировки, многочасовые занятия в танцевальном классе. Оксана каким-то невероятным образом умудрялась всё успевать. Насколько ей непросто, я оценил в полной мере только тогда, когда сам стал студентом ГИТИСа. Но, слава богу, мы как-то умудрились объять необъятное. Начали выступать на соревнованиях среди любителей и довольно быстро добились определённых успехов, получили класс «М».

Вскоре после этого артисты приняли для себя ответственное решение перейти в профессиональную группу под эгидой WDC (Всемирного танцевального совета) и стали усиленно готовиться для выступлений в турнирах по латиноамериканскому шоу (секвею). Она очень напоминает произвольные танцы в фигурном катании, только не на льду, а на паркете.

Здесь танцоры представляют индивидуальные композиции, хореография которых основывается на сочетании элементов различных танцев латиноамериканской программы. При этом помимо техники танца доминирующий акцент при судействе делается на артистизм, драматургию, смысловую составляющую композиций.

Дебютное выступление на соревнованиях в этом жанре для Оксаны и Арсена стало триумфальным. В 2011 г. никому не известные до селе «новички» умудрились покорить пьедестал почёта чемпионата России и завоевали почётную бронзу чемпионата мира среди профессионалов в Казани. Однако истинного признания тверской дуэт добился лишь в прошлом году, когда неожиданно для всех завоевал титул чемпионов Европы. Весной этого года они защитили своё звание, придумав совсем иной по своей наполненности номер – сатирическую постановку «Всё на продажу», композицию «Sweet dream» в исполнении Мэрилина Мэнсона. Этот же колоритный и сложный по технике танцевальный скетч принёс удачу ребятам и на чемпионате мира. Для совершенствования своих навыков Арсен и Оксана специально брали уроки у легендарных педагогов латины в Гонконге и Великобритании. Такое самоотверженное стремление к победе, желание стать лучшими в своём деле принесли долгожданный результат.

Конкуренцию тверитянам составили 20 сильнейших дуэтов из разных стран, в том числе Великобритании, Италии, США, которые, по сути, являются законодателями моды в спортивных танцах. По мнению Оксаны Васильевой, любая из этих пар была достойна подняться на пьедестал почёта. Но побеждает всегда кто-то один. После выступления в четвертьфинале, полуфинале и финале общим решением 11 судей в этом году лучшим из лучших в латиноамериканском шоу был признан именно тверской дуэт.

Удивительно то, что, несмотря на громадьё творческих планов – Арсен и Оксана, например, готовятся вскоре удивить тверских зрителей новой бенефисной шоу-программой – оба артиста не забывают об основных своих профессиях. Оксана Васильева работает врачом-ортодонтом в одной из ведущих частных клиник Твери, прошла длительную стажировку в Австрии, готовится поехать на очередное обучение по повышению квалификации в Вену, где планирует освоить новые стоматологические технологии знаменитого японского корифея Сато. Её много раз приглашали для обучения в ГИТИС и Щукинское училище, где с ней был бы рад поработать лично заведующий кафедрами обоих вузов профессор Михаил Борисов, но Оксана остаётся верна своему главному, по её мнению, призванию – стоматологии. Арсен же преподаёт в родном ГИТИСе, занимается педагогической деятельностью на Тверской земле – набирает популярность открытая недавно школа танцев для детей под его руководством. Однако ощущение грандиозной победы и желание дальнейшего совершенствования не дают покоя.

– Могу с большой уверенностью сказать, что мы вновь будем бороться за 1-е место, – говорит Арсен Агамалян. – Нас переполняют эмоции, которые рождают множество идей для будущего. Я желаю каждому танцору, каждому, кто приходит в искусство, испытать подобные чувства, они потрясающи и незабываемы!

А значит, продолжение следует!

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Вернисаж

Судьба больницы, рассказанная фотокамерой

Первый в региональном здравоохранении проект фотомузея реализован в Новосибирской областной клинической больнице

На днях здесь открылась выставка фотографий «Живая история». В экспозиции более 150 снимков, рассказывающих о разных периодах жизни, событиях и людях крупнейшего лечебного учреждения области с момента основания в 1939 г. по сегодняшний день.

Вот портреты первых профессоров больницы, медицинских сестёр, врачей-фронтовиков в военной форме. А вот снимок из операционной, на котором запечатлён великий советский хирург Сергей Юдин, отбывавший в 40-е годы ссылку под Новосибирском и работавший в областной больнице. Фотографии первого здания, в котором располагалась больница, первого «кукурузника», приписанного к службе санитарной авиации, хроника становления и развития клиники на протяжении 75 лет. На другом стенде – эмоциональный фотоотчёт о сегодняшнем дне больницы, непарадные снимки о невероятно сложной и такой прекрасной профессии врача и медсестры.

Как пояснил главный врач ГНОКБ Анатолий Юданов, идея создать музей в столь необычной форме сразу нашла отклик и у руководства больницы, и у сотрудников. Люди активно делились фотографиями из домашних архивов, часть материалов предоставили областной Госархив и Краеведческий музей. Старые, пожелтевшие карточки, а также современные снимки новосибирских фотографов во всей полноте исторической правды показывают прошлое областной больницы и её настоящее.

На торжественную церемонию открытия выставки, конечно же, пригласили ветеранов.

– Идея реализована великолепно. Смотришь и вспоминаешь себя начинающим врачом. Теперь молодые сотрудники больницы могут увидеть, какой была медицина 70, 50, 30 лет назад, и сравнить увиденное с сегодняшним уровнем здравоохранения, – говорит Григорий Иванович Фомин, заслуженный врач РФ, проработавший в больнице более 40 лет.

Организаторы спланировали открытие выставки как настоящий домашний праздник: после «основного блюда» гостей ждал сладкий сюрприз – огромный торт в форме корпусов Новосибирской областной клинической больницы.

Елена БУШ.
МИА Cito!

Новосибирск.

Фото
Валерия КЛАММА.

А ещё был случай

Викентий ПУХОВ

Давай, медицина!

– Скажите, пожалуйста, товарищ профессор, — раздалось с верхнего ряда аудитории, — какой лучше иметь penis?.. Magnus on perwus?

Penis, надеюсь, переводить нет необходимости, а остальное расшифрую: «большой или маленький».

Вопрос задал любознательный слушатель в конце лекции, прочитанной Гребенщиковым. Профессор без промедления выстрелил ответом: «Ежели у вас есть из чего выбирать, лучше иметь юркий!».

Георгий Семёнович Гребенщиков был выдающимся урологом. В его клинику мечтал попасть каждый, у кого обнаружились, к примеру, камни в почке или непорядки в интимной сфере. Хирургические вмешательства главный уролог Министерства обороны творил классически, мог провести операцию в белых перчатках, не запачкав кровью, словом, слыл виртуозом. Слушатели Военно-медицинской академии любили его не только за острословие и эрудицию, ясность и блеск лекций, но за то, что относился он к будущим эскулапам в погонах, как к коллегам. Никто и никогда не пропускал занятий по урологии. А самыми интересными в его клинике считались, конечно же, эндоскопические исследования.

Для тех, кто на себе не испытал, скажу: процедура эта довольно неприятна, а в неумелых руках и вовсе мучительна. Да и что в том удивительного. Редкий мужчина не заскрипит зубами, когда ему вгонят в мочеиспускательный канал цистоскоп — стальную трубку толщиной с палец. Маленькая операция страшила больных, но только не тех, кто попадал к Гребенщикову. Профессор выполнял обследование так быстро и так незаметно для больного, что некоторые впоследствии утверждали, будто бы получали от экзекуции чуть ли не удовольствие. Во всяком случае, боли никто не чувствовал.

Мастерство Гребенщикова ценили не только в Ленинграде, но и в столице. Он частенько выезжал на консультации высокопоставленных военачальников. И вот как-то его срочно вызвали в Москву. К министру. У маршала что-то случилось с мочеиспусканием.

Привезли в апартаменты урологическое кресло, поставили в одну из комнат, превратили её в процедурную. Часа два ждал Гребенщиков вельможного пациента. И вот наконец тот, недовольно бурча, забрался в кресло, скомандовал: «Давай, медицина!». Профессор извлёк из чемоданчика цистоскоп, протёр спиртом, быстро приготовил необходимое, и не успел министр охнуть, как трубка вошла в мочевой пузырь. Георгий Семёнович прильнул к окуляру, ничего подозрительного не обнаружил и собрался было извлечь цистоскоп, как маршал вдруг почувствовал неудобство, прорычал что-то и внезапно ударил доктора в лицо ногой...

Гребенщиков вышел из кабинета, доехал до гостиницы, и в тот же вечер умер в номере от сердечного приступа.

Министру, говорят, докладывать не стали. К чему тревожить военачальника. И без того разных мероприятий полон рот.

Фотоконкурс «МГ»

Возвращение в мир

Фото Кирилла АРТЕМЕНКО,
врача детской областной клинической больницы.
Белгород.

Ждём ваших снимков!

Редакция «Медицинской газеты» продолжает фотоконкурс «Врач: будни и праздники», победитель которого будет объявлен в конце 2014 г.

В конкурсе могут участвовать работники медицинских учреждений, имеющие медицинское образование. Победителя ждёт диплом лауреата и денежное вознаграждение – 20 тыс. руб.

Фотоработы следует присылать по электронному адресу: mggazeta@mgzt.ru с пометкой «Фотоконкурс». Просим также сообщать краткие сведения о себе.

Редакционная коллегия «Медицинской газеты».

СКАНВОРД

Автор Валерий Шаршуков

Город, Амазонка		Аминокислота		Итал. дирижер		Прусак		Телефонный						Полуобезьяна			Родственница виверры	Проспект		Голл. писатель			Богиня правосудия	
				Коралловый остров						Вред		Капли глазные	Погонщик собак		Плато, Балканы	Рос. землепроходец		Кассиль				Кислород		"Белый ... Черное Ухо"	
Гаршин, рассказ		Люля-...						Голос некоторых птиц							Порядок жизни						Пустыня, Монголия				
				Милиционер	Венг. математик				Архит. термин	Край леса		Спартанец					Кардиотоническое								
Не от ... сего		Ступня					... благородие							Задний план картины	Архар					Город, Иркут. обл.				
					Как ни кинь, все ...					Топливо					Электр. проводимость										
"Фан-фан-Тюльпан", актер		Шлюп, Крузенштерн					Колючехвост						Стир. порошок												
		... Крезу не товарищ			Муз. текст					"Белор. вокзал", актер															

	Ш	И	Б	Е	Р			Ф									С		З	А	Р	С	И	О
А			Р		О	Ч	К	И			Д	А	Л	А	Р	Г	И	Н		И			А		П
Д	И	М	А	Н	Ш		А	Н	Д	О		М		Й		О		О		З	О	Н	Т		А
А			Й		А	Г	Р	А		Д	Ж	А	Д	Д		Р	Е	П	Н	И	К		Р	Е	Н
П	О	С	Т		Л		А	Л	Б	А		Н		А	Б	Ы			А		О	П	А	Л	А
Т		П		Д	Ь	Я	К		А		Г		С		А		С	И	Р	О	П		П	Е	С
О	Н	У	Ч	И		С	А	Й	Т		Л		М	И	Р										
Л		Р		С	П	О	Р		О	П	Е	Р	Е	Т	Т	А									
		Т	О	К			А	Н	Г	О	Б		Х	А	О	С									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 75 от 08.10.2014.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком ❑, публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Ю.БЛИЕВ

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 14-08-00415
Тираж 34 985 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесячная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.