



Лариса
Меньшикова,
министр
здравоохранения
Архангельской
области:

«Благодаря
Программе
модернизации
в региональной
медицине
произошёл
прорыв.
Наши северяне
теперь могут
обследоваться
и лечиться
по самым
современным
медицинским
стандартам
и в комфортных
условиях»

с. 14





Российская неделя здравоохранения



12+

Реклама

23-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Центральный выставочный комплекс «Экспоцентр», Москва, Россия

9—13 декабря 2013

www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru www.zdravo-expo.ru

Организатор:



При поддержке:

- Министерства здравоохранения РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии медицинских наук
- Общественной палаты РФ
- Лиги здоровья нации

Под патронатом:

- Торгово-промышленной палаты РФ
- Правительства Москвы

123100, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru, экспоцентр.рф

КАК ВЫБРАТЬ?

8 (495) 649-6353

МЫ ЗНАЕМ, ЗВОНИТЕ!



Наркозные аппараты

Операционный свет

Дефибрилляторы

УЗИ Аппараты

Рентген

Операционные Столы

Мониторы Пациента

mindray

Биопсийные насадки

Ультразвуковые Датчики

Паровые стерилизаторы



Низкотемпературные
стерилизаторы

Утилизация медицинских отходов



Хирургия
Диагностика
Анестезия
Реанимация
Стерилизация
Мониторинг пациентов

WWW.UMETEX.RU
МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ

КТО ЕСТЬ КТО
Who is Who
в медицине

Журнал издаётся с 2003 года
Онлайн-версия: www.ktovmedicine.ru

Учредитель, главный редактор
Дмитрий НЕФЁДОВ

Первый заместитель
главного редактора
Анастасия НЕФЁДОВА

Заместители главного редактора
Наталья НУЙКИНА
Мария НИГМАТУЛЛИНА

Редактор
Наталья ЗАДОРЖНАЯ

Технический редактор
Екатерина ШИПИЦИНА

Дизайнер-верстальщик
Надежда ВОРОНКОВА

Корректор
Татьяна САВИСЬКО

Администратор редакции
Ольга КЛЕВАКИНА

Ассистент редакции
Зоя ЧУКСЕЕВА

Связи с общественностью
Сергей КОСОВ

Издатель
ООО ИД «КТО есть КТО»
совместно с **LogTag Recorders Limited**

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ
№ ФС77-26672 от 28.04.2003 (21.12.2006 —
перерегистрация) выдано Федеральной служ-
бой по надзору за соблюдением законодатель-
ства в сфере массовых коммуникаций и охра-
не культурного наследия.

Тираж 25000 экз.

Перепечатка материалов без разрешения
редакции запрещена. При использовании
и цитировании материалов ссылка
на источник обязательна.

Редакция не несёт ответственности
за достоверность информации, содержащей-
ся в рекламных объявлениях, сообщениях ин-
формационных агентств и материалах, разме-
щённых на коммерческой основе.

Все права на созданные материалы
принадлежат авторам.

Отпечатано с электронных носителей заказ-
чика в ОАО «АСТ-Московский Полиграфиче-
ский дом» 111123, г. Москва,
шоссе Энтузиастов, 56, стр. 22.

Журнал распространяется на территории РФ.
В свободную продажу не поступает.
Подписано в печать 30.05.2013

Адрес редакции: 107023, г. Москва,
пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1.
Телефоны:
(495)962-12-22, (495)962-16-53,
(495)725-39-84 (многоканальный),
8(916)346-50-57 (мобильный).
E-mail: 9621222@mail.ru

Филиал по Уральскому, Сибирскому,
Дальневосточному федеральным округам РФ:
644043, г. Омск, ул. Фрунзе, 40, к. 7.
Телефоны: (3812)21-25-03, 21-31-14, 21-20-65
E-mail: m9621222@mail.ru
Официальный сайт редакции:
www.kto-kto.ru

Редакционно-экспертный совет

ЗОТОВ Владимир Валентинович
председатель экспертного совета редакции
журнала «Кто есть кто в медицине»,
сопрезидент Ассоциации руководителей
учреждений здравоохранения,
сопредседатель Совета по сохранению
природного наследия нации в Совете
Федерации

ЯКОВЛЕВА Татьяна Владимировна
заместитель министра здравоохранения
Российской Федерации, д.м.н.,
заслуженный врач РФ

КУПИН Владимир Георгиевич
заместитель председателя МОБФ
ПЗ «Здоровье», директор Дирекции
региональных и целевых программ
Федерального индустриально-финансового
союза по реализации президентских
программ

ЗОТОВА Татьяна Владимировна
руководитель программ развития
Сенаторского клуба Совета Федерации,
член президиума Совета по сохранению
природного наследия нации в Совете
Федерации

ТУЗОВ Николай Витальевич
директор Сенаторского клуба Совета
Федерации, доктор наук, профессор,
академик РАЕН, академик МАНПО

ИВАНОВ Андрей Иванович
заведующий ФГУП «Межбольничная
аптека» Управления делами Президента
РФ, доктор фармацевтических наук,
профессор, академик РАЕН, заслуженный
работник здравоохранения РФ

СУХИХ Геннадий Тихонович
директор Научного центра акушерства,
гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова,
академик РАМН

КУЛАКОВ Анатолий Алексеевич
директор Центрального научно-
исследовательского института
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии Минздрава России, д.м.н.,
профессор, член-корреспондент РАМН,
лауреат премии Правительства РФ

ЦАРЕГОРОДЦЕВ Александр Дмитриевич
директор Московского НИИ педиатрии
и детской хирургии, доктор медицинских
наук, профессор, заслуженный врач РФ

МЕЛЬНИЧЕНКО Галина Афанасьевна
директор Института клинической
эндокринологии, академик РАМН, вице-
председатель Российской ассоциации
эндокринологов

ЛЕОНТЬЕВ Валерий Константинович
профессор кафедры хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии ФПДО МГМСУ, сопредседатель
Ассоциации руководителей учреждений
здравоохранения, академик РАМН, д.м.н.,
лауреат Государственной премии РФ,
заслуженный деятель науки РФ

АПОЛИХИН Олег Иванович
директор НИИ урологии Минздрава
России, д.м.н., профессор

ЛУКУТЦОВА Раиса Тимофеевна
председатель Российского Красного
Креста

ГОЛИКОВ Михаил Александрович
вице-президент Международной академии
проблем гипоксии, председатель
редакционного совета МИАЦ РАМН, к.м.н.

КУРНОСОВ Владимир Геннадьевич
президент Фонда «Ассамблея Здоровья»,
комиссар Премии «Профессия — Жизнь»

САРКИСОВА Валентина Антоновна
президент Общероссийской общественной
организации «Ассоциация медицинских
сестер России», заслуженный работник
здравоохранения РФ

ТИТОВ Сергей Сергеевич
главный врач БУЗ ОО «Наркологический
диспансер», главный нарколог Омской
области

ЗОРИНА Татьяна Александровна
президент Омской региональной
общественной организации «Омская
профессиональная сестринская
ассоциация», заслуженный работник
здравоохранения РФ

www.ktovmedicine.ru

читайте статьи своих коллег
и присоединяйтесь к диалогу
в онлайн-версии журнала





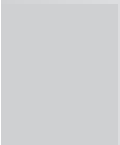
ЛАРИСА МЕНШИКОВА,
министр здравоохранения
Архангельской области
с. 14



ИГОРЬ ПЕТЧИН,
главный врач
ГБУЗ «Архангельская
областная клиническая
больница»
с. 16



СЕРГЕЙ ШАЛАБАНОВ,
руководитель службы
спортивной медицины
в Архангельской области
с. 18



ВЛАДИМИР КАБАНОВ,
главный врач
ГБУЗ Архангельской
области «Архангельская
клиническая
офтальмологическая
больница»
с. 20



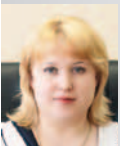
АЛЕКСЕЙ СОЛДАТЕНКОВ,
генеральный директор
ГУПАО «Фармация»
с. 21



ОКСАНА ЛЮБОВА,
главный врач
Архангельской областной
клинической
стоматологической
поликлиники
с. 22



СЕРГЕЙ КРАСИЛЬНИКОВ,
главный врач
Первой городской
клинической больницы
им. Е.Е. Волосевич,
г. Архангельск
с. 24



АНАСТАСИЯ ФОМИНА,
главный врач
Городской поликлиники № 1
г. Архангельска
с. 26



АЛЕКСАНДР ФУРТИКОВ,
главный врач
Архангельской детской
стоматологической
поликлиники
с. 28



РИММА КАРТАШОВА,
главный врач
Северодвинской
городской больницы № 1
с. 29



АЛЕКСАНДР ИЕВЛЕВ,
главный врач
Северодвинской городской
больницы № 2 СМП
с. 30



ГАЛИНА КУЗМИНА,
главный врач
Северодвинской городской
детской клинической
больницы
с. 32



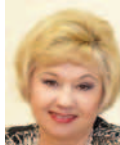
СЕРГЕЙ КОСОВ,
генеральный директор
ООО «БИАС»
с. 33



ВАЛЕНТИНА ЦАРЁВА,
президент Ассоциации
медицинских сестёр
г. Москвы
с. 36



НАДЕЖДА КИРВАС,
президент Ассоциации
медицинских сестёр
Ленинградской области
с. 38



ВАНДА ВИКТОРОВА,
президент Ассоциации
медицинских сестёр
Чувашской Республики
с. 39



ЕВГЕНИЯ КУЗМИНЫХ,
председатель Ассоциации
средних медицинских
работников
Республики Марий Эл
с. 40



ВАЛЕНТИНА АНОПКО,
президент
Астраханской региональной
сестринской ассоциации
с. 42



НАТАЛЬЯ ФАЛЕЕВА,
президент Ассоциации
средних медицинских
работников
Красноярского края
с. 43



ЛЮДМИЛА ГОЛОЛОВОВА,
президент
РОО НПАССД
с. 44



АГРАФЕНА ЯКОВЛЕВА,
президент Ассоциации
медицинских сестёр РС(Я)
с. 46



ТАМАРА БИДАГАЕВА,
главный врач
Городской больницы № 4,
г. Улан-Удэ
с. 48



МУХАММАД САМПИЕВ,
руководитель
Центра коррекции
сколиозов Федерального
медико-биологического
агентства на базе ЦДКБ
ФМБА России
с. 50



ИРИНА САМОЙЛОВА,
главный врач
Клиники ФГБУ НИИДИ
ФМБА России
с. 52



ВИКТОР КАЩЕНКО,
главный хирург,
заместитель главного врача
по хирургической помощи
КБ № 122, Санкт-Петербург
с. 54



ГЕОРГИЙ ТАВАРТКИЛАДЗЕ,
директор
Российского научно-
практического центра
аудиологии
и слухопротезирования
ФМБА России
с. 58



СВЕТЛАНА СОТНИЧЕНКО,
руководитель
Дальневосточного
окружного медицинского
центра ФМБА России
с. 60



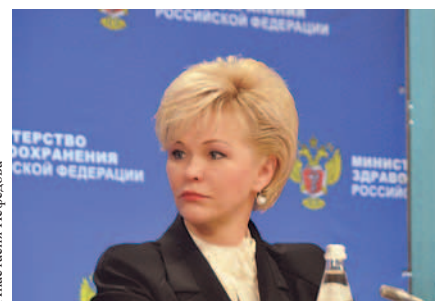
ВЛАДИМИР НЕКРАСОВ,
президент
академии НП МАТЭЗ
с. 61



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова

Подведены итоги работы Министерства здравоохранения РФ за 2012 год

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

24 мая состоялось расширенное заседание коллегии Министерства здравоохранения России «Об итогах деятельности министерства в 2012 году и задачах на 2013 год». Ключевыми стали вопросы развития отрасли, включая организацию медицинской помощи, подготовку кадров, информатизацию медицинской деятельности, а также научную деятельность в сфере медицины.

Новый ритм — новые задачи

Первым итогом года подвёл председатель Правительства РФ **Дмитрий Медведев**: «Итак, мы восстановили Министерство здравоохранения в качестве самостоятельного ведомства. Мне кажется, это было обоснованно. Тогда была поддержана точка зрения и предложения медицинского сообщества. В целом хотел бы сказать, что, несмотря на проблемы, которые сегодня существуют в деятельности любых структур, в целом министерство работает в хорошем ритме».

В 2012 году принято почти 800 новых стандартов медицинской помощи, а также 60 порядков оказания медицинской помощи, ставшие с 1 января 2013 года обязательными для всех медорганизаций. Минувший год был посвящён подготовке и принятию стратегических программ для отрасли. Правительство утвердило госпрограмму развития здравоохранения, стратегию лекарственного обеспечения населения до 2025 года и дорожную карту по формированию эффективной

системы оказания медицинской помощи. Достаточно существенным было решение создать специальную Правительственную комиссию по охране здоровья граждан.

Также премьер Д. Медведев коснулся конкретных направлений работы:

— В 2013 году должны быть завершены программы модернизации регионального здравоохранения. Для укрепления его материально-технической части за последние годы сделано многое. В 2012 году закончено строительство 71 учреждения здравоохранения, почти 2,5 тыс. капитально отремонтировано. План по закупке медоборудования даже перевыполнен с учётом рационального использования средств. На селе продолжается приведение в порядок ФАПов. Сегодня во всех субъектах люди могут записаться на приём к врачу в электронном виде, хотя не везде это работает так, как надо. Оснащение дежурных диспетчерских станций системой ГЛОНАСС должно сократить время приезда бригад скорой помо-

щи к пациентам. На что обращаю внимание: нужно взять под особый контроль меры, стимулирующие специалистов к работе в сельской местности. В 2013 году выделяется 2 млрд рублей для привлечения более 4 тыс. врачей, а в прошлом году было направлено около 8 млрд рублей и привлечено около 8 тыс. врачей. С начала года эта работа идёт вяло: только 50 врачей получили соответствующие выплаты. Намеченные планы нужно исполнить в срок.

Второе касается доступности ВМП. Её оказывают 120 федеральных и 222 региональных медицинских учреждения. В прошлом году введено в эксплуатацию пять специализированных федеральных центров по сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, травматологии, ортопедии и эндопротезированию.

Третье. Современная медицина неотделима от мощной научной базы. У нашей страны здесь хороший потенциал, именно медицинские технологии и создание новых лекарств включены в направления технологической модернизации экономики России. В прошлом году Правительством принята Стратегия развития медицинской науки на период до 2025 года. Я считаю, что необходимо максимально задействовать наши исследовательские центры и крупнейшие федеральные медицинские учреждения страны. Они и должны стать главными источниками инноваций.

Четвёртое. Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации врачей и медицинских сестёр, от их профессионального роста. В апреле утверждена программа, которая должна устранить дефицит кадров и повысить качество их подготовки.

Понятно, что привлечь в здравоохранение действительно знающих людей может только достойная оплата труда. Решения на эту тему приняты. Есть позитивные результаты, но есть и проблемы. В I квартале текущего года почти в трети регионов уменьшился фонд оплаты труда работников участковой службы и ФАПов. Всё это из-за того, что вовремя не были приняты нормативные документы.

Напомним, что основные преобразования в здравоохранении были определены Указами Президента РФ от 7 мая 2012 года. Важнейшим документом здравоохранения до 2020 года стала Госпрограмма развития здравоохранения, базирующаяся на принятом ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

О ходе реализации новых задач и результатах рассказала министр здравоохранения **Вероника Скворцова**:

— 2012 год характеризовался и повышением рождаемости населения на 5,6 % — с 12,6 до 13,3 на 1 тыс. населения. Наряду с мерами социального стимулирования семей к рождению ребёнка позитивную роль сыграл весь комплекс мер по охране материнства и детства, включая организацию службы психологического консультирования беременных женщин, в том числе оказавшихся в трудной жизненной ситуации, что позволило снизить число аборт за один год на 53,9 тыс., то есть на 5,5 %. На 20 % увеличилось число случаев применения высокотехнологичных репродуктивных технологий для лечения бесплодия, в результате чего на свет появилось более 3 тыс. детей.

В 2012 году число умерших россиян сократилось на 26,2 тыс. человек, общий коэффициент смертности понизился на 1,5 % по сравнению с 2011 годом и составил 13,3

на 1 тыс. населения. Устойчивая положительная тенденция к снижению смертности населения достигнута по всем основным группам заболеваний: системе кровообращения — почти на 3 %, туберкулёзу — на 12,2 %, болезням от внешних причин — на 4,9 %, случайным отравлениям — на 14,6 %, онкологическим заболеваниям — на 0,7 %. В то же время, несмотря на позитивные изменения медицинских показателей при ДТП (так, госпитальная летальность достигла 4,4 %, что полностью соответствует лучшим клиникам мира), смертность от дорожной травмы в 2012 году увеличилась по сравнению с 2011-м на 2,3 %.

Министерством принят ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», содержащий в себе наиболее эффективные антитабачные меры.

Повышению доступности ВМП способствовало и введение в эксплуатацию пяти федеральных высокотехнологичных центров в Перми, Калининграде, Новосибирске, Смоленске и Барнауле. В 2012 году обеспеченность россиян ВМП выросла на 40,7 % по сравнению с 2011 годом.

В конце 2011 года мы достигли самого низкого показателя младенческой смертности за всю историю нашей страны — 7,4 на 1 тыс. родившихся живыми по отечественным критериям. Это позволило переи-

ти с 2012 года на международные критерии живорождения. По расчётам экспертов ВОЗ, основанных на методе Dellaportes, младенческая смертность в России должна была повыситься до 14,5, то есть почти на 100 %, однако благодаря реализации целого комплекса мер она повысилась в 2012 году лишь на 19 %. Результаты первых месяцев 2013 года свидетельствуют о последовательном снижении младенческой смертности: за I квартал года — до 8,3.

Важно подчеркнуть, что в регионах с трёхуровневой системой службы родовспоможения и неонатологии, имеющих действующие перинатальные центры, младенческая смертность продолжала снижаться, несмотря на новые критерии регистрации, и достигла от 4,3 до 6,5, тогда как в других регионах увеличилась до 12–21. Таким образом, многократный разрыв между регионами очевидно доказывает необходимость внедрения современной перинатальной службы на всей территории страны.

По результатам предварительного статистического анализа, за 2012 год в России достигнуто беспрецедентное снижение материнской смертности — на 18,5 % за год, с 16,2 до 13,2 на 100 тыс. родов. 25 регионов достигли уровня развитых европейских стран — ниже 10. Нам нужно удержать эти результаты, продолжить их снижение.



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефедова

Важным вектором оптимизации работы всей системы здравоохранения, в том числе высвобождение от непрофильной деятельности интенсивных коек круглосуточного наблюдения, является развитие реабилитационной помощи. В 2012 году министерством совместно с экспертным сообществом разработан и утверждён порядок медицинской реабилитации граждан. В регионах развёрнуты 2704 стационарные реабилитационные койки, открыто 227 коек в дневных стационарах, начата подготовка мультидисциплинарных реабилитационных бригад.

Общее количество больничных коек в стране снизилось с 1990 года на 60 %. Необходимость развития коечной сети, формирования служб паллиативной помощи, медицинской реабилитации и ухода, а также ожидаемый прирост численности населения старших возрастных групп делает дальнейшее сокращение коечного фонда нецелесообразным, поскольку может привести к снижению доступности бесплатной медицинской помощи.

За 2012 год было поставлено более 286 тыс. единиц компьютерной техники, количество локальных медицинских сетей выросло в 3,5 раза. В 4 тыс. медицинских организаций внедрён сервис «Запись на приём к врачу в электронном виде», которым воспользовалось около 7 млн россиян. Почти в 2,5 тыс. медицинских организаций обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты и загружено в федеральный сервис более 36 млн электронных карт, что составляет сегодня около 26 % численности населения страны.

Совершенствование медицинского образования и кадровой политики — важнейшее направление на-

шей деятельности. Ядром системы подготовки врачебных кадров являются 46 вузов Минздрава, выпускающие 32 тыс. медицинских и фармацевтических специалистов в год, в том числе 26 тыс. обучающихся на бюджетной основе. Ежегодный выпуск интернов и ординаторов составляет 22 тыс. человек. Независимый анализ установил лидирующие позиции медицинских вузов Минздрава в общеузовских рейтингах на основе среднего балла ЕГЭ у поступивших в 2012 году: мы заняли первое место. Все вузы Минздрава России признаны Министерством образования и науки эффективными.

Совместно с пациентским и фармацевтическим сообществами осуществлена разработка проекта Федерального закона о внесении изменений в закон «Об обращении лекарственных средств». В настоящее время проект внесён в Правительство РФ.

Медицина завтрашнего дня — это биомедицинская наука сегодня. Министерством здравоохранения совместно с РАМН, ведущими экспертами федеральных учреждений, РАН, МГУ, Курчатовского центра и других институтов разработана и утверждена Правительством «Стратегия развития медицинской науки в РФ на период до 2025 года».

К слову, в своём ответном выступлении учёный секретарь, академик РАМН Виктор Тютельян проинформировал, что в рамках реализации Стратегии развития медицинской науки уже началась глобальная работа по формированию научно-технических консорциумов и научно-образовательных кластеров вне зависимости от ведомственной принадлежности.

Награды и награждённые

По завершении первой части заседания Д. Медведев вручил награды работникам здравоохранения. Орден Дружбы получил главный научный сотрудник ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» Е. Зеленкин. Почётного звания «Заслуженный врач РФ» удостоены Н. Абрамова,

врач МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» г. Волгограда, Е. Брюн, директор ГБУЗ «Московский НПЦ наркологии», И. Бычков, заведующий отделением ГБУЗ Архангельской области «Котласская центральная городская больница им. Святителя Луки», А. Гебгарт, заведующий поликлиникой ГБУЗ «Никольская ЦРБ», Пензенская область, А. Ильченко, заместитель директора ГУЗ г. Москвы «Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии», В. Мякушев, заведующий отделением ГУЗ «Областная ДКБ № 2», Воронежская область, Ю. Остапенко, директор ФГБУ «Научно-практический токсикологический центр» ФМБА России, Л. Скобёлкина, начальник ГБУЗ «Костромской областной госпиталь для ветеранов войн». Заслуженным работником здравоохранения РФ стала Н. Дараган, председатель координационного совета Ассоциации производителей фармацевтической продукции и изделий медицинского назначения «АПФ», г. Москва. Благодарность от Правительства РФ получили И. Рассоха, директор ФГБУ «Детский дерматологический санаторий им. Н.А. Семашко» МЗ РФ, А. Реутов, главный врач ФГБУ «Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр» МЗ РФ, Г. Шуляк, главный врач ФГБУ «Детский психоневрологический санаторий «Теремок» МЗ РФ, И. Фархшатов, главный врач ФГБУ «Санаторий «Глуховская» МЗ РФ, А. Торшин, первый заместитель Председателя СФ ФС РФ, Л. Рощаль, президент Национальной медицинской палаты.

Результат консолидации сил

Во второй части собрания высказали мнения представители региональной власти и здравоохранения, а также эксперты столичной медицины.

В выступлении председателя Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной палаты РФ **Николая Дайхеса** были приведены данные мони-



Анастасия Нефёлова

торинга ОП РФ, показавшие, что положительные отзывы людей и общественных организаций о высоком качестве медицинской помощи полностью совпадают с результатами, которые предоставляет Министерство здравоохранения». Также Н. Дайхес высказал мнение о проектах федеральных законов, которые готовятся к выпуску. В частности, эксперты Общественной палаты по-прежнему поддерживают повышение акцизов на табачную продукцию, средства от которых в итоге пойдут на развитие отечественной медицины, а также разделяют мнение о добровольном донорстве.

О ходе реформы здравоохранения в Липецкой области доложил заместитель губернатора **Дмитрий Мочалов**: «За всё время формирования трёхуровневой системы оказания медицинской помощи в регионе нам удалось не только сохранить все ФАПы, но и расширить эту сеть». Ещё представитель власти Липецкой области отметил плюс в работе электронной регистратуры.

Айрат Фаррахов, министр здравоохранения Республики Татарстан, отметил, что в республиканском здравоохранении под эгидой реформы также намечены положительные моменты. В частности, сокращение коечного фонда и высвободившиеся в связи с этим денежные средства направлены на развитие необходимой высокотехнологичной медицинской помощи. Также, по словам министра, большое развитие в региональном здравоохранении получила сердечно-сосудистая медицина, что привело к значительному снижению смертности от этого вида заболеваний.

Виктор Ведринцев, руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области, расска-

зал о реализации развития службы родовспоможения и детства: «За последние три года на территории области был построен перинатальный центр, ПНП «Здоровье» позволил улучшить материально-техническую базу учреждений родовспоможения, создано пять муниципальных центров пренатальной диагностики, действуют два дистанционных акушерских консультативных центра». Эти и другие меры кардинально благотворно отразились на демографической ситуации в регионе.

Президент Национальной медицинской палаты **Леонид Рошаль** в своём выступлении приветствовал консолидацию власти и медицинского сообщества: «Сегодня Национальная медицинская палата, Общественная палата, профсоюзы наконец-то стали работать в одном ключе с Минздравом, где отныне прислушиваются к нашему мнению. Национальная медицинская палата подписала Соглашение о сотрудничестве, и сейчас готовятся документы по практической реализации соглашения». Леонид Михайлович сделал акцент на том, что необходимо укреплять профессиональное сообщество, развивая региональные профессиональные общественные организации. Также он уделил внимание кадровой проблеме в российском здравоохранении — по его мнению, «идёт вымывание кадров из государственной в частную медицину, по причине разницы в заработной плате».

Как завершила министр здравоохранения **В. Скворцова**, «в соответствии с указом Президента размер оплаты труда врача к 2018 году должен планомерно достичь размера, двукратно превышающего среднего и младшего медицинского персонала — сравняться со средней».

Геннадий Котельников, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор СГМУ, в ответ на прозвучавшие цифры о нехватке медицинских кадров сказал, что в настоящее время российскими вузами выпускается достаточное коли-

чество врачей, другое дело — многие из них не работают по профессии. Сложная ситуация с кадрами, несмотря на стимулирующие выплаты, и в сельской медицине. «У выпускников вузов нет большого желания работать в сельской местности, даже несмотря на то, что государство выплачивает молодым специалистам стимулирующее пособие на сумму более миллиона рублей». Тревожную ситуацию председатель Совета ректоров в медицинской сфере озвучил и в части подготовки выпускников школ: «Качество медицинской помощи напрямую связано с кадровым качеством. Но хочу обратить внимание, что в свою очередь уровень подготовки современных выпускников школ резко ухудшился. Мы впервые после зимней сессии с первого и второго курсов отчислили сразу 70 человек за неуспеваемость».

Заместитель главы Администрации Краснодарского края **Галина Золина** поблагодарила министра здравоохранения В. Скворцову за помощь, оказанную при ликвидации последствий, нанесённых наводнениями в июне — августе 2012 года. «Глава министерства три раза посетила затопленные территории, чтобы организовать медицинскую помощь населению Краснодарского края», — подчеркнула она, напомнив при этом, что только объектам медицины стихией был нанесён колоссальный ущерб на сумму более 350 млн рублей.

Директор ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова» МЗ РФ **Геннадий Сухих** сказал, что материнская и младенческая смертность — это реальные индикаторы благополучия национальной системы здравоохранения. И эти показатели снижены в несколько раз, что говорит о положительной динамике по отношению к 2006, 2008 годам. По мнению директора центра, эти изменения происходят благодаря «нацеленной работе Министерства, беспрецедентному финансированию этого направления и активному развитию медицинской науки». ■

Актуальные вопросы московского здравоохранения



■ Алиса Лузгина

В Москве прошла пресс-конференция, посвящённая Дню медицинского работника. На конференции были рассмотрены такие важные вопросы, как возможное оснащение машин скорой помощи видеорегистраторами, ситуация с обеспечением Москвы донорской кровью, начавшаяся Диспансеризация – 2013 и планы по исполнению в медицинских учреждениях недавно принятого антитабачного закона. Министр правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы Георгий Голухов поделился со СМИ важной информацией о создании департаментом трёх общественных советов, призванных улучшить обеспечение граждан медицинской помощью.

Анастасия Нефедова

Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы начал пресс-конференцию с сообщения о том, как московская служба скорой помощи отреагировала на возгорание в перегоне между станциями метро «Охотный ряд» и «Библиотека имени Ленина», произошедшее 5 июня 2013 года. По словам Георгия Натановича, 25 карет скорой медицинской помощи прибыли на эти станции и оказали помощь людям, пострадавшим от продуктов горения. «Слава богу, нет никаких смертельных исходов», — подчеркнул он.

Тема скорой медицинской помощи поднималась на пресс-конференции неоднократно и спикерами, и журналистами, что показывает, насколько она важна для системы российского здравоохранения в целом и для Москвы в частности. Это также было заметно из следующих слов Георгия Натановича: «Я убеждён, что скорая помощь — это жемчужина или бриллиант в структуре московского здравоохранения». Он также отметил, что в последнее время наблюдается повышенный интерес к работе станций скорой помощи.

К сожалению, этот интерес далеко не всегда носит конструктивный характер. Руководитель Департамента здравоохранения

города Москвы выразил свою озабоченность поведением журналистов НТВ: чтобы проверить работу скорой помощи, они сделали ложный вызов, на который карета скорой помощи прибыла через четыре минуты. Георгий Натанович охарактеризовал такие формы проверок как «дикуватые» и заметил, что они особенно огорчают на фоне того, что у Департамента здравоохранения дружеские отношения с журналистским сообществом. Департамент здравоохранения всегда открыт для общения с журналистами, заверил он, и они всегда могут задать свои вопросы, касающиеся его работы.

Также Георгий Натанович сообщил, что в связи с тем, что не все водители уступают дорогу машинам скорой помощи, а также из-за случаев нападения на эти машины рассматривается вариант оснащения машин видеорегистраторами, которые будут фиксировать номера автомобилей нарушителей для ГИБДД.

Важной новостью стало заявление о том, что Департаментом здравоохранения создаются три общественных совета, цель деятельности которых — улучшить взаимоотношения с гражданским обществом и как можно лучше организовывать медицинское обслуживание города

Москвы. Первый — это общественный совет по развитию донорства. Главный врач станции переливания крови Департамента здравоохранения города Москвы Ольга Андреевна Майорова отметила, что хотя впервые за 75 лет крови хватает и она не закупается в регионах, жители столицы пока не осознают всей важности бесплатного донорства. В данный совет войдут общественные деятели и доктора, которые займутся пропагандой безвозмездного донорства.

Второй общественный совет — это совет по защите прав пациентов. По словам руководителя Департамента здравоохранения города Москвы, была проведена специализированная коллегия, в которой приняли участие пациентские организации и организации волонтеров, в результате чего подписано соглашение о поддержке данного совета. Также сейчас рассматривается вопрос взаимодействия с ветеранскими организациями города Москвы. Две недели назад Департамент здравоохранения совместно с депутатом Госдумы РФ Владимиром Ивановичем Долгих, председателем Московской городской организации Всероссийской общественной организации ветеранов (пенсионеров) войны, труда, Вооружённых сил и правоохрани-

тельных органов, заключили соглашение по тем мерам, которые департамент будет предпринимать для обслуживания ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов, прошедших горячие точки. В частности, в медицинские учреждения вернутся таблички о внеочередном обслуживании ветеранов и инвалидов.

Третий общественный совет — это совет самого Департамента здравоохранения, который возглавит Константин Вадимович Ремчуков, главный редактор «Независимой газеты», заместитель председателя Общественной палаты города Москвы. Сопредседателем общественного совета согласился стать Николай Петрович Токарев, глава Роснефти. Георгий Натанович отметил, что компания «Роснефть» выделила серьёзные суммы — 7 миллиардов рублей на создание амбулаторных центров из модульных конструкций на территории Новой Москвы и на строительство перинатального центра на территории 4-го родильного дома города Москвы.

Также в состав совета вошли религиозные деятели — представители трёх основных российских конфессий, крупные бизнесмены и деятели культуры, известные своей активной гражданской позицией, такие как Алексей Венедиктов, Владимир Винокуров, Лев Лещенко, Ингеборга Дапкунайте, а также представители академического сообщества.

Задача участников этого совета — выявлять болезненные вопросы, которые существуют во взаимодействии с гражданским обществом, разбирать эти вопросы на заседаниях и в рамках своих непосредственных профессиональных обязанностей вести разъяснительную работу о деятельности Департамента здравоохранения города Москвы.

Также создаются общественные советы на местах, которые в какой-то степени будут контролировать работу медицинских учреждений: находить слабые места и сообщать о них руководству Департамента здравоохранения с целью их укрепления.



Анастасия Нефёлова

Первый заместитель Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Юрьевич Абрамов сообщил, что государством произведена передача полномочий по закупке лекарств для ВИЧ-инфицированных, больных гепатитом В и С. В 2014 году также будет передана в региональную функцию по закупке лекарственных средств для обеспечения высокотехнологичных нозологий (программа «7 нозологий»). По словам Алексея Юрьевича, экономия составила 1,6 миллиарда рублей. На данный момент работают 139 поставщиков, срывов в поставках нет и 85% пациентов удовлетворены обеспечением лекарственными средствами.

Первый заместитель Департамента здравоохранения города Москвы Николай Филиппович Плавунов обратил внимание журналистов на то, что электронная запись доступна к семнадцати специалистам — и времени, когда нужно было куда-то ехать, чтобы записаться к врачу, давно прошли. Он пояснил, что к прочим узким специалистам пациента направляет терапевт по медицинским показаниям. Также специалисты осматривают пациента в процессе диспансеризации. Обсуждая вопрос эффективности электронной записи, Георгий Голухов рассказал, что им был проведён эксперимент, в результате которого он сделал выводы о том, что система работает, что, впрочем, не исключает отдельных случаев сбоев.

1 июня началась диспансеризация, которую осветила руководитель Центра медицинской профилактики города Москвы Алия Сененко. Она сообщила, что в этом году реализуется принципиально иной, чем раньше, подход к профилактическим программам, а именно: производится диспансеризация отдельных возрастных групп. На данный момент осмотрено 8 тысяч жителей Москвы, что Алия Шамильевна считает неплохой цифрой для начала диспансеризации, а всего, по словам Николая Плавунова, врачи готовы осмотреть 2 миллиона человек. Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Алексей Иванович Хрипун добавил, что были сохранены целевые осмотры, такие как осмотр для выявления рака шейки матки, туберкулёза, заболеваний молочной железы.

О том, как на работе медицинских учреждений отразится принятие так называемого антитабачного закона, также рассказала Алия Сененко. Она объяснила, что запрет на курение в медицинских учреждениях для персонала действует уже давно, поэтому принципиально ничего не изменится. А Георгий Голухов пояснил, что Департамент здравоохранения планирует не увольнять врачей, а вести разъяснительную деятельность, поскольку врачи выполняют очень тяжёлую и значимую работу. ■



Игорь Чупусов



Игорь Чупусов



Игорь Чупусов



Игорь Чупусов



Игорь Чупусов

В борьбе за «Платиновую унцию — 2012» победили сильнейшие

■ СВЕТЛАНА АБРАМОВА

18 апреля 2013 года в банкетном зале «Европейский» прошло яркое событие фармацевтической отрасли – ежегодная торжественная церемония награждения победителей Всероссийского открытого конкурса «Платиновая унция – 2012».

Уже 13 лет конкурс «Платиновая унция» остаётся главной профессиональной премией в области фармацевтики – почётными наградами отмечаются лучшие достижения в отрасли. Вот и на этот раз важнейшее светское мероприятие года собрал в банкетном зале «Европейский» ведущих представителей фармацевтического рынка России, чтобы подвести итоги ушедшего года, наметить будущие векторы развития и, конечно же, чествовать своих победителей.

«Российский фармрынок продолжает свой рост и становится всё более интересным», – отметил, открывая церемонию, директор Института развития общественного здравоохранения Юрий Крестинский. В этом году подано рекордное количество заявок на участие в традиционных номинациях конкурса: «Проект года», «Лонч года», «Аптека года», что ещё раз подтверждает значимость и престижность получения «Платиновой унции» для профессионалов фармацевтического рынка. Появилась и новая номинация – «Региональная аптечная сеть», введённая для того, «чтобы за большими игроками разглядеть успешных региональных представителей отрасли».

По уже сложившейся традиции победители в основных номинациях определялись путём голосования экспертов, которые в этом году заполнили более 150 анкет.

Лучшего работодателя года называли пользователи сайта

HeadHunter в результате онлайн-голосования.

Для определения и подтверждения прозрачности и объективности конкурсной процедуры аудиторскую проверку результатов конкурса уже четвёртый год подряд проводила компания Ernst&Young. «Опираясь на их колоссальный опыт, мы можем утверждать, что всё было сделано честно и итоги подведены правильно», – отметил ведущий Виктор Гусев. Партнёр компании Ernst&Young Александр Хорович, ответственный за аудит компаний фармацевтической отрасли, подтвердил, что все итоги конкурса скрупулёзно проверены и просчитаны.

Борьба за победу в каждой номинации была упорной и напряжённой, и только после второго этапа голосования из четырёх финалистов конкурса эксперты выбрали лучших. Заметим, что в некоторых номинациях определить единственного обладателя почётной награды так и не удалось, что лишний раз подтверждает безукоризненную и бескомпромиссную работу по подсчёту голосов. Дух соревнования подчёркивала стилистика праздничной церемонии, связанная с Олимпийскими играми и спортивной борьбой за победу. Ведущие вечера – тележурналист Ольга Кокорекина и спортивный комментатор Виктор Гусев – профессионально добавили мероприятию «состязательные» нотки. Настроение незабываемого праздника создали в этот вечер замечатель-



Денис Патрашев,

генеральный директор компании «Галдерма» по России и СНГ:

— 2012 год был действительно знаковым для компании «Галдерма» в России, я бы даже назвал его ре-лончем бизнеса. Мы здорово расширились географически, увеличив команду наших представителей почти вдвое, и теперь «Галдерма» присутствует уже в пятнадцати регионах Российской Федерации, покрывая все города-миллионники.

Препарат Лоцерил по итогам 2012 года стал препаратом № 1 по темпам роста среди десяти крупнейших препаратов дерматологического рынка! Мы видим, что прошлый, 2012 год создал нам очень крепкий задел для успешного роста бизнеса в этом году и на последующие периоды.

ные артисты: эквилибристка Анастасия Мазур, солист Мариинского театра Владимир Целебровский, финалистки проекта 1-го канала «Голос» Маргарита Позоян и Юлия Терещенко, гимнастический коллектив оригинального жанра «Колор Пипл», артист цирка Константин Шерстнев, финалист проекта «Минута славы», и Силовая пара, чей номер признан цирком Дю Солей самым сложным в мире.

Ну и самое главное — названы победители XIII Всероссийского открытого конкурса «Платиновая Унция — 2012». В соответствующих номинациях ими признаны следующие компании:

Российский производитель лекарственных средств

«Фармстандарт»

Иностраный производитель лекарственных средств

«Новартис» и «Тева»

Дистрибьютор года

«Катрен»

Безрецептурный препарат

препарат «Кагоцел»

Рецептурный препарат

препарат «Конкор»

Аптечная сеть

Сеть аптек «А5»

Аптека года

Аптека «На здоровье», г. Астрахань

Региональная аптечная сеть

Аптека «Авиценна», г. Иркутск
 ЗАО «Первая помощь», г. Санкт-Петербург

Проект года

Всероссийский конкурс рисунка для детей, больных муковисцидозом, «Звёздная кисточка», ООО «Эббот Лабораториз»

Лонч года

препарат «Визанна»

Динамика года (торговая марка)

препарат «Клайра»

Динамика года (компания)

«Ниармедик Плюс»

Работодатель года

«Новартис»

Поздравляем лауреатов премии и желаем им новых побед!

Хотим выразить глубочайшую благодарность нашему официальному партнёру — компании «Галдерма» и лично Денису Патрашеву, а также компании-партнёру «Омега Биттнер» и лично Ирине Мустяца. И, конечно же, искренняя признательность Оргкомитета Конкурса — Юрию Владимировичу Григорьеву. ■

Ирина Мустяца,

генеральный директор компании «Омега Биттнер».

- Назовите самое значительное событие для вашей компании в 2012 году.
- Покупка ОТС-портфеля компании GlaxoSmithKline.
- Следующий вопрос к вам как к эксперту конкурса «Платиновая Унция»: какой лонч, на ваш взгляд, был самым ярким в прошлом году? Насколько вы согласны с мнением экспертного совета по данной номинации?

— Я согласна с мнением экспертного совета. Меня лично восхитил продукт Викс, насколько грамотно была организована пенетрация в розничном секторе и интересный подход к ТВ-рекламе. Молодцы!

— Какое впечатление на вас произвела церемония награждения победителей конкурса «Платиновая Унция — 2012»? Каковы ваши ощущения относительно места и концепции проведения церемонии?

— Вы, как всегда, в тренде. Олимпийская тематика не только отвечает ожиданиям Олимпиады в Сочи, но и отлично коррелирует с конкуренцией на фармрынке: кто лучше подготовился, правильно выбрал стратегию, продумал тактические шаги и грамотно выстроил «олимпийскую» команду, тот и с медалями! Впечатление от церемонии отличное: динамично, весело, вкусно, приятные знакомые лица, возможность пообщаться. Молодцы! Так держать!



Конгресс руководителей медицинских учреждений России и стран СНГ

■ ПРЕСС-СЛУЖБА ГК «ОТКРЫТЫЙ ДИАЛОГ»



30 мая – 1 июня в Москве прошёл Конгресс руководителей медицинских учреждений России и стран СНГ. Главной целью мероприятия стало обсуждение практических методов и технологий, позволяющих повысить конкурентоспособность и эффективность работы медицинских организаций.

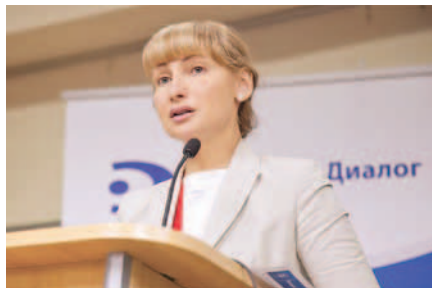
Дискуссионные секции, круглые столы, мастер-классы, семинары были ориентированы прежде всего на обмен практическими решениями и успешным опытом. Кроме того, были организованы практические кейсы, на которых руководители медучреждений из различных городов рассказывали, каким образом им удалось решить сложные задачи в вопросах финансирования и управления медицинскими организациями. На специализированной выставке, работавшей в рамках Конгресса, ведущие российские и международные компании представили продукты, технологии и услуги, предназначенные для сферы здравоохранения.

В Конгрессе помимо руководителей сферы здравоохранения из более чем 60 регионов России приняли участие специалисты из ближнего зарубежья, в том числе представительная делегация из Казахстана. Как отметили эксперты, опыт этой страны, во многих сферах медицины продвинувшейся дальше, чем Россия, может быть интересен и полезен российским руководителям.

Управление финансовой деятельностью

Одним из ключевых стало обсуждение методов решения финансовых вопросов, с которыми стал-

квиваются руководители всех медицинских организаций.



Одной из первых успешным опытом, уже доказавшим свою эффективность на практике, поделилась **Ирина Рыбальченко**, начальник НГУЗ «Медико-санитарная часть» ООО «Газпром добыча Астрахань». В организации больше года назад начали разрабатывать и реализовать стратегию ЛПУ. Это было требование единственного учредителя, который полностью прекратил финансирование медучреждения в условиях профицита бюджета.

Фарит Кадыров, замдиректора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, почти два часа отвечал на вопросы из зала, которые касались оказания платных медицинских услуг. На вопрос, имеет ли медучреждение право торговать местами в очереди на госпитализацию, Фарит Кадыров ответил: «Если из 30 коек, выделенных на оказание бесплатной медицинской помощи, вы какие-то используете, чтобы положить платных пациентов, — это и будет торговля очередью. Лучше использовать опыт Санкт-Петербурга. Там Комитет здравоохранения по инициативе учреждения в профильном приказе прописывает право создать в рамках учреждения определённое количество коек или отделений для оказания исключительно платных услуг. Помимо 30 коек поставьте койки для оказания платных услуг, тогда никакой торговли очередью не будет, всё окажется в рамках закона».

Если говорить в целом о рынке платных медицинских услуг, то его

рост продолжается. Хотя за последние годы темпы заметно сократились. В 2002 году увеличение составило 40 %, в 2008-м в связи с кризисом оно замедлилось до 21 %, а в 2009-м — до 14 %.

Александр Солонин, председатель Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга и Северо-Запада, уверен, что рост рынка больше связан с изменением цен, чем с увеличением числа пациентов. «Рост цен подстегивается инфляцией, в то время как численность потенциальных пациентов ограничена демографическим спадом», — прокомментировал он.

Управление персоналом медучреждений



Финансовое положение медицинских организаций во многом зависит от персонала. Речь идёт не только о профессиональных качествах сотрудников, большое значение имеют их внимательность и забота о пациентах. «90 % конфликтов в сфере здравоохранения возникают из-за того, что врачи не умеют признавать свои ошибки», — заявил **Александр Саверский**, президент ООО «Лига защитников пациентов». В России пока нет «практики извинений», считает он: «Люди, подающие иски и заявления, не довольны прежде всего хамством и неэтичностью врачей. Медики, умеющие принести пациенту искренние извинения, никогда не попадут в суды».

Конфликты врачей и пациентов приводят к ещё большему недоверию населения к российской системе здравоохранения и, как следствие, развитию медицинского

туризма, оборот которого, по словам **Михаила Плисса** из Microsoft Russia, оценивается в 7 млрд долларов. Это деньги, которые российские пациенты потратили на лечение в зарубежных клиниках.

Вопросы управления персоналом остаются одними из самых актуальных, поэтому на конгрессе им была посвящена отдельная секция, организованная совместно с ООО «МедБизнесКонсалтинг». Эксперты консалтинговой компании говорили, как построить систему обучения сотрудников, оценить эффективность этой работы, организовать успешную HR-службу и контролировать её работу. **Татьяна Григоренко**, помощник генерального директора по работе с персоналом ГК «СМ-Клиника», рассказала об опыте своей организации. В учреждении сформирована эффективная система непрерывного обучения и повышения квалификации персонала. Это позволило «СМ-Клинике» значительно снизить текучесть кадров, улучшить внутренний климат и повысить плановые финансовые показатели. Продолжая тему мотивации сотрудников, **Дарья Симачева**, генеральный директор ООО «МедБизнесКонсалтинг», поделилась опытом: «Я всегда даю такой совет акционерам и топ-менеджерам: выделяйте часть акций наёмным работникам. Только тогда ваши сотрудники начнут менять мышление и станут более заинтересованными в положительных изменениях, происходящих в компании».

Государственно-частное партнёрство

Одним из наиболее успешных субъектов с точки зрения использования возможностей государственно-частного партнёрства является Санкт-Петербург. Правительство города в последние годы активно занимается привлечением внебюджетного финансирования и повышением эффективности использования инфраструктуры городской системы здравоохранения. Для этого в северной столице будет создан постоянно действующий орган — Совет по развитию государственно-частного пар-

тнёрства в здравоохранении при вице-губернаторе Санкт-Петербурга. «Главная задача, которую мы сегодня ставим перед собой, — повышение доступности и качества медицинской помощи в городе», — сказала **Ирина Шарипова**, советник вице-губернатора Санкт-Петербурга по социальным вопросам и здравоохранению.



О формах сотрудничества с правительством региона рассказал **Александр Абдин**, управляющий партнёр группы медицинских компаний Euromed. Представители здравоохранения Санкт-Петербурга подробно рассказали, как руководители города привлекают внебюджетные инвестиции для социально значимых проектов с длинными сроками окупаемости, как распределяют риски и улучшают показатели эффективности использования бюджетных средств.

Тенденции в системах здравоохранения различных стран



Эффективностью работы национальной системы здравоохранения не удовлетворены не только российские медики. Исследования показывают, что врачи всех ведущих развитых стран имеют серьёзные претензии к существующей медицинской модели своих стран и считают, что её необходимо менять фундаментальным образом. Об этом рассказала **Лариса Попович**, директор

Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ. В основном врачи не довольны доходами от медицинской практики (в Германии доля таких специалистов составляет 53%) и временем, отпущенным на приём пациентов (51% в Англии).

Что касается позиции России в мировых рейтингах, то они более скромные. В рейтинге «Индекс развития человеческого потенциала», составленном ООН, Россия занимает 55-ю строчку из 187 возможных. Среди субъектов РФ наиболее высокие показатели у Москвы, Санкт-Петербурга, Тюменской, Сахалинской и Белгородской областей. Это данные уже российского исследования.

Правда, данным некоторых российских рейтингов системы здравоохранения пока сложно доверять, дала понять **Людмила Кочеткова**, редактор-продюсер Центра социальных рейтингов РИА Новости. Наглядный пример — исследование удовлетворённости населения медицинской помощью, которое независимо друг от друга ежегодно проводят Министерство здравоохранения, ФСО и РИА «Рейтинг». «В 2012 году Минздрав показывает значение 72%, а РИА «Рейтинг» — 35%. Разница практически вдвое», — заметила Людмила Кочеткова.

По мнению экспертов, в России необходимо организовать постоянную систему рейтингов. «Удачно построенные рейтинги способны формировать общественные оценки в нужном направлении и влиять на восприятие населением ситуации в социальной сфере».

Работа Конгресса продолжалась три дня, на круглых столах и тематических секциях были обсуждены вопросы управления государственными и частными учреждениями здравоохранения, юридические аспекты работы ЛПУ и др. Большое количество практической информации, полученной от экспертов и коллег из других регионов, считают многие из участников, в дальнейшем позволит им повысить эффективность работы своих учреждений при минимальных финансовых и кадровых затратах. ■

Лариса Меньшикова, министр здравоохранения Архангельской области: «Результаты модернизации и её новые точки»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



В 2012 году благодаря эффективной реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения Архангельской области были выделены дополнительные средства в размере 390 миллионов рублей. О том, как области удалось достичь таких заметных результатов и что удалось сделать за два года реализации Программы, мы поговорили с министром здравоохранения Правительства Архангельской области Ларисой Меньшиковой.

— Лариса Ивановна, путь, по которому сегодня шествует российская медицина, измеряется гигантскими шагами. Поэтому для анализа предлагаю взять последний короткий период времени, наверняка за последние год-два в Архангельской области сделано многое на пути модернизации здравоохранения?

— Да, действительно. У нас за последние два года сделано очень многое. Благодаря Программе модернизации произошёл прорыв в региональной медицине, особенно если учесть, что за последние десятилетия в отрасль здравоохранения области больших вложений не было. Хочу напомнить, что общий объём финансирования Программы составил более 7 миллиардов рублей. Из этих средств 2,4 миллиарда рублей выделено в 2011 году, 4,6 миллиарда рублей — в 2012 году. Эти финансы были распределены по трём основным направлениям: укрепление материально-технической базы медучреждений, внедрение современных информационных систем в здравоохранение, внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

По первому направлению в связи с укреплением материально-технической базы медицинских учреждений было израсходовано более двух миллиардов рублей, которые пошли на строительство двадцати двух ФАПов в области, на капитальный ремонт тридцати двух учреждений здравоохранения, на приобретение более 2,5 тысячи единиц медицинского оборудования, на строительство

Досье

Лариса Ивановна Меньшикова — министр здравоохранения Архангельской области.

В 1986 году с отличием окончила педиатрический факультет Архангельского государственного медицинского института, окончила аспирантуру Российского государственного медицинского университета в Москве. Преподавала в мединституте. В 2001 году стала начальником Управления здравоохранения администрации города Северодвинска, с ноября 2010 года возглавила министерство. Имеет учёную степень доктора медицинских наук, звание профессора. Под её руководством подготовлены три кандидатские диссертации. Она является автором 186 печатных работ, одного изобретения, двух рационализаторских предложений. Входит в состав Учёного совета СГМУ и Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций СГМУ. Награждена медалью им. Н.А. Амосова.

поликлиники в Плесецке, на приобретение автотранспорта в учреждении здравоохранения, на строительство кислородной станции в Первой городской больнице им. Е.Е. Воловевич, на оснащение медицинским оборудованием строящегося корпуса Областной клинической больницы. Наши северяне теперь могут обследоваться и лечиться по самым современным медицинским стандартам и в комфортных условиях. Хотя, безусловно, впереди ещё очень много работы по улучшению наших учреждений здравоохранения. Всё ещё впереди.

— Ещё одной составляющей Программы модернизации является информатизация медицинского процесса. Подключилась ли медицина в Архангельской области к электронному ресурсу? И как активно используют современные информационные системы пациенты?

— На этот важный компонент Программы модернизации также были выделены средства. Так, была приобретена компьютерная техника, созданы абонентские телемедицинские пункты, а также система электронной записи. В настоящее время предварительная запись на приём к врачу осуществляется через единую форму заявки на портале zdgav29.ru в 58 учреждениях здравоохранения, ведущих амбулаторный приём. 47 медицинских учреждений подключены к федеральному сервису. Конечно, бывают технические сбои, но результат налицо — 15 процентов населения пользуется этой возможностью.

— В 2012 году Министерством здравоохранения Российской Федерации были разработаны и утверждены новые стандарты оказания медицинской помощи. Какая работа в этом направлении была проведена в регионе? И каков результат проделанных действий?

— На реализацию новых стандартов было выделено 4,5 миллиарда рублей, что дало возможность внедрить в медицинских учреждениях области пятьдесят восемь федеральных и три региональных стандарта медицинской помощи. Всё это позволило повысить доступность и каче-

ство оказания медицинской помощи, способствовало снижению смертности населения и повышению уровня заработной платы медицинского персонала. Так, по итогам реализации Программы за два года средняя заработная плата врачей выросла и в 2012 году составила 34,5 тысячи рублей, среднего медперсонала — 21,1 тысячи рублей. Указанные показатели являются средненачисляемой зарплатой, поэтому могут варьироваться в зависимости от специфики медицинского учреждения и специализации врача. Таким образом, речь идёт о реальной заработной плате физических лиц, а не об окладах или штатных должностях. На сегодняшний день зарплату, равную и выше средней, получают более 50 процентов медицинских работников. И наша задача состоит в том, чтобы все медицинские работники отрасли, которые трудятся в государственных учреждениях здравоохранения, получали зарплату не ниже средней.

— Лариса Ивановна, какие ещё программные регламенты реализуются на территории Архангельской области?

— Если говорить в целом, то в регионе полным ходом идёт работа по развитию первичной медико-санитарной помощи, в том числе по принципу семейной медицины. Количество офисов врачей общей практики в сельской местности выросло, в настоящее время функционирует более 50 общих врачебных практик в сельской местности и 47 домовых хозяйств. В целях совершенствования медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями открыты и работают первичные сосудистые отделения в Вельской центральной районной больнице, Котласской и Новодвинской центральных городских больницах, в Северодвинской городской больнице № 1. Кроме того, на базе районных больниц создано пять межрайонных медицинских центров, восемь центров родовспоможения, десять травмоцентров, два отделения неотложной медицинской помощи. Открылся Северный детский офтальмологический центр.

В рамках программы в регионе проходила диспансеризация четырёх-

надцатилетних подростков, которая помогла выявить многие заболевания на ранней стадии. В 2012 году диспансеризацию прошли более 17 тысяч подростков.

Также сформирована многоуровневая система выездной работы в районы области с консультативно-диагностической целью с привлечением специалистов Северного государственного медицинского университета.

— Но ведь 2013 год — не конечная точка на пути модернизации архангельского здравоохранения? Какие дальнейшие планы рассматриваются в этом направлении?

— Конечно. Направления Программы модернизации будут продолжены в госпрограмме «Развитие здравоохранения Архангельской области на 2013–2015 годы». В настоящее время определены основные приоритеты в сфере здравоохранения на 2013 год. В первую очередь речь идёт о профилактике заболеваний и повышении доступности медицинской помощи: снижении времени ожидания плановых консультаций, развитии выездных и дистанционных форм работы медиков и так далее. Также в числе приоритетов находятся поддержка материнства и детства, повышение качества и доступности медицинской помощи в сфере родовспоможения и педиатрии. При этом особое внимание будет уделено детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей. Третье направление — открытость, то есть вовлечённость граждан в решение медицинских вопросов. При Министерстве здравоохранения уже создан Общественный совет по оценке качества медицинской помощи, который объединил представителей более пятнадцати общественных организаций, в том числе и пациентов. В перспективе создание Общественных советов и в медицинских учреждениях области.

— Лариса Ивановна, мы желаем, чтобы все ваши планы стали реальностью, а Архангельская область также оставалась примером удачной реализации государственных задач в самой важной сфере здравоохранения. ■



Архангельская областная клиническая больница: европейские стандарты качества

■ Игорь Петчин, главный врач ГБУЗ «Архангельская областная клиническая больница»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельская областная клиническая больница» – крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь взрослому населению всего региона и являющееся организационно-методическим центром для лечебно-профилактических учреждений области.

Досье

Игорь Петчин родился в 1974 году. В 1997 году окончил лечебный факультет Архангельской государственной медицинской академии, затем прошёл обучение в интернатуре на базе МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи» по специальности «хирургия». Трудовую деятельность начал в 1998 году с должности врача-хирурга в Сысольской ЦРБ Республики Коми. В послужном списке Игоря Васильевича – работа врачом отделения оперативной эндоскопии и УЗД МУЗ «Первая городская клиническая больница» г. Архангельска, главным специалистом по организационной работе в Департаменте здравоохранения (отдел технадзора ГУЗ «Архангельская областная клиническая больница», главным врачом ГБУЗ АО «Архангельский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины». В должности главного врача ГБУЗ АО «АОКБ» работает с декабря 2012 года.



В ноябре 1945 года решением облисполкома Вторая городская больница города Архангельска была преобразована в Областную клиническую. В то время в больнице насчитывалось 400 стационарных коек, коллектив медицинского учреждения состоял из 34 врачей и 112 средних медицинских работников. В год в больнице пролечивалось до 3800 больных.

В 1948 году состоялось объединение стационара больницы с поликлиникой Ломоносовского района. В 1998 году в состав Областной клинической больницы вошло областное общежитие медицинских работников, в 2005-м – автохозяйство медицинского и санитарного транспорта, в 2006-м – центр профессиональной патологии, в 2007-м – взрослое и детское инфекционные отделения и в 2009-м – Соловецкая участковая больница.

Сегодня в структуру ГБУЗ «Архангельская областная клиническая больница» входят:

- консультативная поликлиника на 300 посещений в смену с 35 узкоспециализированными приёмами;
- 10 специализированных центров: эндокринологический, кардиологический, гастроэнтерологический, эпилептологический, гематологический, ревматоартрологический, перинатальный, центр «Чернобыль», Астма-центр. И только в областной больнице имеется служба по проведению патологоанатомического исследования детей;

- круглосуточный специализированный стационар на 675 коек, в том числе 215 коек терапевтического профиля, 280 коек хирургического профиля, 70 коек экстрагенитальной патологии беременных и 110 коек – центр инфекционных болезней;

- отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи, выполняющее более 400 авиавылетов в год по санитарным заданиям;

- областной центр телемедицины с 24 телемедицинскими студиями в муниципальных образованиях.

Архангельская областная клиническая больница – это единственная клиника в области, где имеются профильные стационарные койки торакальной хирургии, ортопедии, челюстно-лицевой хирургии, ревматологии, гематологии, инфекционных болезней, экстрагенитальной патологии беременности.

Ежегодно в стационаре получают специализированную помощь более 19 тысяч пациентов. Выполняется свыше 4500 операций высокой степени сложности. Более чем в 900 случаях применяются высокотехнологичные виды медицинской помощи (торакальная, сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, ортопедия, оториноларингология, гематология).

Консультативную помощь в поликлинике получают более 100 000 пациентов в год. В отделении патологии беременных проводится до 1600 родов. Осуществляется около



40 выездов мобильных врачебных бригад в районы области для проведения лечебно-консультативной и организационно-методической работы. Проводится свыше тысячи телемедицинских консультаций с муниципальными учреждениями здравоохранения области. Доля сельского населения среди пациентов Архангельской областной клинической больницы — 75 процентов.

Штатная численность персонала больницы на начало 2013 года составляла 2007,75 должности, физических лиц — 1599, в том числе 279 человек врачебного персонала, 591 — среднего медицинского персонала. Более 50 процентов врачей и 57 процентов медицинских сестёр имеют высшую и первую аттестационные категории по специальности.

Больница является клинической базой двенадцати кафедр Северного государственного медицинского университета.

Многолетнее сотрудничество с коллегами из стран Баренц-региона помогло выйти на уровень европейских стандартов при оказании специализированных видов медицинской помощи пациентам с различными группами заболеваний.

В конце 2008 года в Архангельской ОКБ завершена реконструкция помещений и введён в эксплуатацию новый операционный блок на четыре операционных зала с современной системой вентиляции и климат-контроля.

В 1992 году было начато строительство новых корпусов больницы: палатного на 360 коек и операционно-диагностического.

Объект законсервирован с 2005 года из-за недостаточного финансирования. С 2009 года строительство возобновлено — и сдача новых корпусов запланирована на август-сентябрь 2013 года.

Одновременно администрацией больницы разрабатывается проектно-сметная документация на проведение капитальных ремонтов действующих корпусов.

Ввод в эксплуатацию новых корпусов и поэтапный капитальный ремонт действующих позволят увеличить объёмы оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи жителям региона.

Сегодня Архангельская областная клиническая больница уже участвует в реализации национального проекта в сфере здравоохранения по программам «Иммунизация населения в рамках национального календаря прививок» и «Профилактика, выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С», а также в федеральной программе «Совершенствование организации оказания медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий». На базе клиники создан региональный Травмоцентр первого уровня, куда госпитализируются и где получают лечение самые сложные пациенты с сочетанной и множественной травмой. С 2011 года больница участвует в программе «Модернизация здравоохранения Архангельской области». Только по этой программе закуплено медицинского

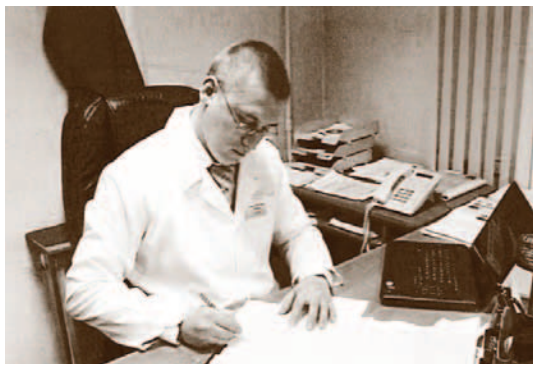
оборудования на общую сумму более 500,5 миллиона рублей. Выполнен капитальный ремонт инфекционного и родильного корпусов на 104 миллиона рублей.

На сегодняшний день достигнуто соглашение с Министерством здравоохранения Российской Федерации о строительстве на территории больничного комплекса корпуса регионального перинатального центра.

Приоритетной целью коллектива медицинского учреждения является создание на базе ГБУЗ «Архангельская областная клиническая больница» многопрофильного специализированного лечебно-диагностического комплекса, оснащённого современным высокотехнологичным медицинским оборудованием и укомплектованного квалифицированным медицинским персоналом. ■



АЛЕКСАНДР ЛАПИЦКИЙ



ИГОРЬ ПЕТЧИН



СЕРГЕЙ ШАЛАБАНОВ

Здоровье и спорт в Архангельской области: Вчера, сегодня, завтра

Как часто мы задумываемся, что приходится преодолеть в жизни, чтобы стать настоящим спортсменом? Сколько сил и здоровья тратится на достижение максимального результата? Вряд ли кто-то будет спорить с тем, что спорт — это постоянная борьба за различные достижения: с самим собой, с другими, главной целью которых будет достижение личного, идеального результата.

Спорт даёт возможность совершенствовать свои физические качества и двигательные возможности. К сожалению, далеко не всегда у спортсменов бывает «абсолютное здоровье». К тому же во время занятий практически неизбежны хотя бы незначительные травмы. Часто ли при этом начинающие спортсмены или даже профессионалы задумываются о своём здоровье? Многие продолжают тренироваться и не думают о последствиях. Тяга к победе любым способом без учёта индивидуальных особенностей человека может привести к истощению общих резервов организма. Здоровье спортсмена в первую очередь зависит от рекомендаций тренера и спортивного врача. Именно спортивный врач сможет дать наиболее точные рекомендации по поводу занятий тем или иным видом спорта, помочь восстановиться после тяжёлых физических нагрузок.

Становление спортивной медицины в России началось ориентировочно в 20-е годы прошлого века.

■ НАТАЛЬЯ РОМАНЕНКО, ВРАЧ-МЕТОДИСТ

В Архангельской области служба начала свой виток с открытия в 1949 году врачебно-физкультурного диспансера под руководством Александра Лапицкого. Врач высшей категории, спортсмен-легкоатлет, из небольшого кабинета по врачебному контролю и лечебной физкультуре он создал крупное медицинское учреждение — физкультурный диспансер. В тот период основными направлениями работы стали травма и патология опорно-двигательного аппарата, заболевания сердечно-сосудистой системы и другие поражения систем организма. При поддержке Александра Григорьевича была открыта санаторная школа-интернат для детей со сколиозами.

В 70-х годах диспансер стал центром подготовки методистов и массажистов для работы в больницах города и области. Достижением стало и открытие отделения врачебного контроля, осуществляющее диспансерное наблюдение за ведущими спортсменами города и области, а также осуществляющее медицинское обеспечение спортивных мероприятий. За почти полувековой период своей работы Александр Григорьевич провёл множество научно-практических конференций по лечебной физкультуре

и врачебному контролю. Учреждение принимало участие во всемирных конгрессах по спортивной медицине, всесоюзных и республиканских научных конференциях. Многие врачи, работающие в данный период, защитили научные диссертации, стали преподавателями медицинского университета.

Второй этап характеризуется тяжёлым периодом недостаточного финансирования врачебно-физкультурной службы. С 1999 года, в период безденежья и стагнации, сумел сохранить службу и коллектив Алексей Крюков. Работая в стеснённых условиях (пришлось переместить службу спортивной медицины в здание на ул. Чумбарова-Лучинского, потеснив службы реабилитации), Алексей Викторович сумел стабилизировать ситуацию и начать восстановление коллектива учреждения.

Следующий этап развития службы спортивной медицины в Архангельской области характеризуется новым качественным уровнем и связан с назначением руководителем в 2009 году Игоря Петчина. Под руководством Игоря Васильевича стала развиваться новая система организации службы спортивной медицины. Он указывал на обязательность медицинских

обследований при занятиях спортом независимо от уровня спортивного мастерства и выдвинул на первый план комплексный характер обследования детей с целью определения допуска к занятиям выбранным видом спорта.

Говоря о создании новой системы организации службы, следует отметить переход учреждения в систему обязательного медицинского страхования, переход на новую систему оплаты труда, создание сети кабинетов спортивной медицины в муниципальных образованиях области. Более широко стало разрабатываться взаимодействие тренер — спортсмен — спортивный врач. Началась подготовка врачей по спортивной медицине. В этот период учреждение вступает в Программу модернизации здравоохранения Архангельской области на 2011–2012 годы, программу развития массового жилищного строительства Архангельской области на 2010–2013 годы. Значительно улучшается материально-техническая база, внедряются новейшие информационные системы, растёт заработная плата работников, возрождаются научно-практические конференции, совещания с представителями спортивных школ и федераций по видам спорта. За четыре года число лиц, занимающихся спортом, увеличилось на 28 %, контингент, подлежащий осмотру, на 86 %, количество обслуженных соревнований возросло на 40 %. Именно в этот период служба спортивной медицины сформировалась такой, какой она сегодня предстаёт перед нами.

В настоящее время службу спортивной медицины в Архангельской области возглавляет опытный спортивный врач с 30-летним стажем Сергей Владимирович Шалабанов, придерживающийся основных направлений государственной политики в области физической культуры и спорта.

Успешное решение поставленных задач стало возможно благодаря плотному взаимодействию и скоординированной работе службы с Министерством здравоохранения,

Министерством по делам молодёжи и спорту, Министерством образования и науки и физкультурно-спортивных организаций Архангельской области. Сегодня врачебно-физкультурная служба области только преумножает свои достижения.

Для решения вопросов, касающихся выработки и реализации государственной политики в области физической культуры и спорта, спорта высших достижений, действует совещательный орган — Президиум коллегии Министерства по делам молодёжи и спорту Архангельской области по вопросам физической культуры и спорта.

Благодаря поддержке государственных структур стремительно развиваются такие направления, как бадминтон, гребля, слалом, флорбол, футбол, баскетбол, хоккей с шайбой, хоккей с мячом. В каждом муниципальном образовании Архангельской области реализуются программы, направленные на развитие спортивной инфраструктуры, укрепление материально-технической базы, проведение спортивных соревнований и мероприятий, направленных на оздоровление, профилактику негативных проявлений в молодёжной среде, в том числе две целевые: «Олимпиец на 2011–2014 годы» и «Спорт Беломорья на 2011–2014 годы».

По первой программе финансируется специализированная подготовка 44 ведущих спортсменов Архангельской области по 15 видам спорта, членов сборных команд России, имеющих перспективы для попадания в олимпийские сборные команды России на участие в зимних Олимпийских и Паралимпийских играх 2014 года в Сочи, во Всемирных шахматных Олимпиадах.

В связи с реализацией второй программы ежегодно проводятся традиционные областные физкультурно-спортивные мероприятия, такие как «Беломорские игры» и «Летние спортивные игры», «Фестиваль единоборств», «Беломорские ритмы», марафон «Гандвик», «Соловецкая регата».

В 2012 году четыре представителя Архангельской области приняли участие в летних Олимпийских играх в Лондоне. Пловец Евгений Лагунов стал бронзовым призёром игр в эстафетном плавании 4x100 метров вольным стилем. Ирина Беспалова (плавание) заняла четвёртое место в эстафете 4x100 комплексным плаванием. Наталья Подольская (гребля на байдарках и каноэ) финишировала седьмой в составе российской женской четвёрки. Стрелок Леонид Екимов занял седьмое место в стрельбе из пистолета (50 м).

Наибольшего успеха добилась участница Паралимпийских игр в Лондоне легкоатлетка Светлана Сергеева. Выступая в составе эстафетной команды 4x100 метров, она завоевала золотую медаль. Президент Российской Федерации В.В. Путин наградил спортсменку орденом Дружбы. По итогам игр Светлане было присвоено звание «Заслуженный мастер спорта».

Все мы знаем, что 2013 год — это год Универсиады в Казани, 2014-й — зимние Олимпийские и Паралимпийские игры в Сочи, 2016 год — летние Олимпийские игры в Рио-де-Жанейро, и поэтому нами не только продолжена реализация Программы в 2013–2014 годах, но и идёт планирование целенаправленной подготовки наших ведущих и перспективных спортсменов на долгосрочную перспективу.

Сегодня каждый спортсмен должен понимать, что его здоровье зависит от многих факторов, таких как систематический подход к тренировкам, правильный образ жизни, периодичность медицинских осмотров. Профессиональный спорт предъявляет сегодня повышенные требования к здоровью и физическому состоянию спортсмена. Достижение высокого уровня спортивной формы при сохранении здоровья — вот главная задача совместной работы тренера и спортивного врача. Именно они несут ответственность за будущее в спорте.

В любом случае, нужно помнить, что спорт должен способствовать только сохранению и укреплению здоровья. ■

Архангельская клиническая офтальмологическая больница: ведущие к зрению

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая офтальмологическая больница» – ведущий центр, определяющий становление и развитие офтальмологии на Севере, – хорошо известно пациентам области и за её пределами. О достижениях сегодняшнего дня мы беседуем с главным врачом Владимиром Кабановым.

— Владимир Алексеевич, говоря о современной офтальмологии, нужно отметить, что это активно развивающаяся офтальмомикрохирургия, высокотехнологичное медицинское оборудование, работающее на микронном уровне, и высочайший уровень диагностики с применением компьютерных технологий.

— Всё из перечисленного — это наши сегодняшние реальные возможности. На базе больницы проводятся операции по поводу катаракты современным способом факэмульсификации с имплантацией новейших моделей интраокулярной линзы; оперативное лечение глаукомы с микродренированием новейшими коллагеновыми дренажами, имплантацией клапана Ахмеда. Широко применяются лазерные методы лечения при патологии глазного дна и глаукоме на «зелёном» офтальмокоагуляторе последнего поколения. В первом полугодии 2011 года, с приобретением нового YAG-лазера, внедрены лазерные методы лечения вторичной катаракты, глаукомы.

В 1996 году открыто отделение платных медицинских услуг. Только в этом структурном подразделении ежегодно получают консультацию и обследование более 6 тыс. пациентов, проводятся около 300 амбулаторных операций и 600 операций в стационаре.

В круглосуточном режиме работает кабинет экстренной и неотложной помощи. В консультативно-диагностической поликлинике имеется и широко используется современное диагностическое оборудование: оптический когерентный томограф, цифровая фундус-камера, компьютерный периметр, электроретинограф, новейшие модели авторефрактометров и бесконтактных тонометров японского производства. Приобретено новейшее оборудование для лечения патологии аккомодационного аппарата: «Визотроник», «Форбис», а также компьютерные программы для лечения патологии аккомодации, плеоптики и ортоптики, новейшая модель синоптофора для ортоптики.

Более 35 тыс. человек в год обращаются за помощью в консультативно-диагностическую поликлинику. Широким спросом пользуется дневной стационар при поликлинике на 60 мест, работающий в две смены.

— Сложнейшие операции, современные методы лечения требуют внимательных глаз, чутких рук и высокой квалификации. Расскажите о коллективе больницы.

— Развитие и становление глазной клинической больницы начиная с 1976 года происходило благодаря её руководителям З. Фёдоровой, Н. Селивановой, В. Тарабукину. Сегодня здесь трудятся заслуженные врачи РФ Н. Зыков и А. Бедило, врачи высшей категории: лауреаты номинации «Лучший врач года» Архангельской области И. Тарабукина, И. Ларионова, лауреат номинации «Лучший врач года» Архангельской области и Всероссийского конкурса «Лучший врач года» С. Худякова, кандидат медицинских наук А. Ревта, врачи высшей квалифи-

кационной категории Е. Рябоконт и А. Пихтулов, врач второй квалификационной категории Р. Пихтулов, врач первой категории О. Алхимович и др. Опыт старших коллег передан новой генерации молодых и перспективных докторов: А. Луговой, И. Семёновой, Д. Латкину, О. Куделиной, И. Абросимовой, Ю. Лазарь и др.

— Клинический статус учреждения подразумевает сочетание науки в его деятельности?

— Верно. Наши сотрудники читают лекции и ведут практические занятия на курсах усовершенствования и повышения квалификации врачей и средних медицинских работников. Больница сотрудничает с Северным государственным медицинским университетом и медицинским колледжем. На своей базе имеет кафедру офтальмологии, совместно с которой проводит научно-практические конференции. В разные годы на кафедре трудились и трудятся до настоящего времени именитые профессора Г. Логинов, И. Балясникова, С. Фёдоров, О. Митюгова, М. Калинина, В. Бедило и многие другие. Возглавляет кафедру доктор медицинских наук А. Коновалов.

— Какой ещё статус закреплён за больницей?

— Администрация учреждения с большим оптимизмом и уверенностью смотрит в будущее развития клиники. В рамках программы модернизации укреплена материально-техническая база учреждения. В 2012 году открыт Северный детский офтальмологический центр. У больницы имеются все основания для сохранения статуса ведущего офтальмологического учреждения на Северо-Западе России. ■



Досье

Алексей Солдатенков родился в 1982 году. С отличием окончил медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета, интернатуру по хирургии и аспирантуру по урологии, получил диплом Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. Работал в коммерческих компаниях, занимающихся производством и реализацией расходных материалов, медицинского оборудования и лекарственных средств. В октябре 2012 года возглавил «Фармацию».

ГУПАО «Фармация» имеет в составе 75 аптек, 63 аптечных пункта, специализированный магазин «Оптика», отдел медицинских изделий, аптечный склад (г. Архангельск), три отдела «Контлинз». В сельской местности расположены 65 точек продаж — 45% от общего количества.

Учредитель предприятия — Министерство имущественных отношений Архангельской области. Координацию и регулирование деятельности предприятия осуществляет Минздрав Архангельской области.

Сегодня предприятие поменяло курс, сменив регресс на прогресс. Значимую роль в этом сыграл новый генеральный директор предприятия Алексей Солдатенков. Сложные дни позади, поэтому в интервью с руководителем мы уделили внимание текущим делам и перспективам вверенного предприятия.

— **Алексей Валерьевич, это наше первое знакомство с «Фармацией». Насколько обширна ваша аптечная сеть? Есть ли выход за пределы области?**

Новый курс «Фармации»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

— «Фармация» — государственное унитарное предприятие Архангельской области и единственное госпредприятие на фармрынке области, которое исторически является правопреемником первых аптек, и одна из немногих оставшихся крупных государственных аптечных сетей в России. Статус межрегиональной сети «Фармация» приобрела в 2011 году, когда в Ненецком автономном округе в г. Нарьян-Маре была открыта наша аптека. Но основным местом распространения нашей сети является Архангельская область. Здесь деятельность «Фармации» тесно переплетается с социальной ролью. Ведь наше предприятие занимается обеспечением лекарственными препаратами мало-населённых и отдалённых районов, и политика предприятия в первую очередь ориентирована на поддержку малоимущих слоёв населения: мы взяли на себя ответственность за доставку лекарственных средств в ФАПы, которых в области более 350.

— **У фармацевтического дела есть свои маркетинговые изюминки, какие проекты реализуются у вас? Как формируется ценовая политика предприятия? И какие планы по расширению ассортимента?**

— В этом году «Фармация» планирует реализовать новый проект под названием «Диабетическая аптека», цель которого — помочь населению централизованно получать лекарственную помощь. Для этого предприятие планирует открытие специализированных аптек, где будет поддерживаться весь необходимый ассортимент лекарственных препаратов, предназначенных для лечения, ранней диагностики сахарного диабета, контроля и самоконтроля уровня сахара в крови, а также диабетического питания. Немаловажным фактором является и то, что на базе диабетических аптек будет возможность заказать инсулиновую помпу, а также в

любое время приобрести расходные материалы к ней.

Кроме этого у нас в действии проект, задача которого — установить на востребованные лекарственные препараты цены ниже средних, сложившихся на рынке. Проект стартовал в октябре 2012 года и получил название «Топ-45». А затем увеличили количество позиций до 60. Нужно отметить, что мы тщательно и скрупулёзно подошли к данному вопросу, провели мониторинг лекарственных препаратов среди основных игроков рынка не только в Архангельске, но и в других городах. По итогам проведённой работы в январе 2013 года запустился проект «Топ-60». На сегодняшний день число «топовых» препаратов только увеличивается, ведь уже с 28 мая 2013 года запускается проект «Топ-65». Наши покупатели знают, что мы достигаем результатов не на словах, а на деле.

— **А какими выгодными качествами отличаются сотрудники предприятия «Фармация»?**

— Профессиональный опыт и становление каждого провизора и фармацевта Архангельской области связаны именно с «Фармацией», где накоплен большой опыт подготовки кадров. На сегодняшний день на предприятии работает около 700 квалифицированных специалистов. У нас есть три трудовые династии. В частности, династия Востряковых — Морозовых — Шенбиных — Ореховых представлена в рядах «Фармации» уже тремя поколениями. Достижения сотрудников отмечены медалями СССР и РФ, знаками «Отличник здравоохранения», почётными грамотами министерства здравоохранения, губернатора области, мэрии Архангельска, органов местного самоуправления. Знания, творческий потенциал персонала — это главная ценность нашей компании. Ежегодно на областном конкурсе «Лучший провизор года» победителями становятся наши специалисты. ■

Опыт работы ГАУЗ АО «Архангельская областная клиническая стоматологическая поликлиника» Врач и пациент. Путь к взаимопониманию

■ О. Любова, главный врач, С. Коврик, заместитель главного врача

Одним из важных факторов доверительных отношений между врачом и потребителем (пациентом) является их взаимопонимание, уважение и уверенность в результатах лечения. Качество, безопасность, удовлетворённость медицинской помощью, в конечном счёте, оценивается именно потребителем, объективно являющимся самым заинтересованным лицом в процессе оказания стоматологической услуги и её конечном результате.



Оксана Юрьевна Любова, главный врач ГАУЗ АО «Архангельская областная клиническая стоматологическая поликлиника», главный внештатный стоматолог Министерства здравоохранения Архангельской области, врач стоматолог-хирург высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук

В нашей клинике организована система мероприятий, направленных на повышение доверия между врачом как исполнителем медицинской услуги и пациентом как её потребителем. Такими мероприятиями, по нашему убеждению, являются качественное оказание медицинской услуги и грамотное оформление медицинской документации. Как приложение первичной медицинской документации в нашей клинике для информирования пациентов используются дополнительные виды документов, которые априори снимают целый ряд вопросов, предупреждают претензии и снижают вероятность конфликтов: обязательства врача и персонала по хранению врачебной тайны, согласие пациента на использование его персональных данных, информирование па-

циента о клинике в соответствии с требованиями действующего законодательства, анкета анамнеза пациента, информированное добровольное согласие пациента на лечение, гарантийные сроки на оказываемые услуги, а также некоторые другие.

Рассмотрим основные из перечисленных документов.

Врачебная документация основывается на установленных принципах и служит следующим целям:

- документирование проведённых исследований и их результатов — подтверждение полноценной диагностики;

- документирование всех манипуляций, назначений, этапов лечения, промежуточных осмотров и так далее — подтверждение выполнения всех этапов лечения и необходимых процедур;

- документирование информирования пациента — подтверждение проведения необходимых разъяснений и обсуждения лечения от этапа планирования до рекомендаций по профилактике осложнений.

Договор на оказание платных медицинских услуг, который в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации является письменным оформлением отношений, возникающих между пациентом и клиникой при оказании медицинской услуги.

Подписывать бланк договора потребитель должен ещё до на-

чала любых медицинских вмешательств. Договор на оказание платных медицинских услуг в ГАУЗ АО «Архангельская областная клиническая стоматологическая поликлиника» составлен в соответствии с требованиями раздела 6 Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Важным условием, позволяющим достичь взаимного согласия и доверия между клиникой (врачом) и потребителем, является информирование потребителей и получение их осознанного согласия с планом лечения, включая ценовой аспект, так называемое «информированное согласие» (термин, пришедший из GCP).

Необходимость оформления листа информированного согласия вытекает из ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы), в котором говорится, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.

Юридическая сила информированного добровольного согласия

в полной мере реализуется тогда, когда оно оформляется на максимальное число операций, манипуляций и процедур, проводимых в клинике. Полностью ясными для пациента должны быть следующие положения:

- разъяснения по поводу результатов обследования и диагноза. Особенно необходимо, если от осознания истинного положения дел зависит решение потребителя прибегнуть к рекомендованной медицинской услуге;

- информирование о плане лечения. К этому вопросу относится согласование примерной цены лечения. Врач должен также информировать больного о существовании альтернативных методов лечения;

- информирование о типичных рисках, связанных с лечением, возможном его воздействии на качество жизни пациента в будущем;

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, дают их родители или их законные представители. При отказе от предложенного плана лечения, в соответствии со ст. 20 Основ, необходимо зафиксировать это в амбулаторной карте и получить подтверждающую подпись самого потребителя медицинской услуги или его законного представителя.

Современная клиника обязана предоставлять потребителю гарантийные сроки на медицинские услуги.

Законодатель различает два вида гарантийных сроков: гарантийный срок и срок службы. Гарантийный срок — это период времени, в течение которого клиника обязана исправить за свой счёт любые возникшие недостатки. Срок службы — период времени, в течение которого клиника обязана исправить за свой счёт лишь существенные недостатки, возникшие по её вине (вине медицинского работника) и делающие непригодным результат оказанной медицинской услуги или существенно осложняющим его использование.

В том случае когда гарантийные сроки установлены, но пациент с ними не ознакомлен в установленном законом порядке и клиника не может доказать обратного, считается, что сроки не установлены и действуют те периоды времени, которые предусмотрены Федеральным законом Российской Федерации «О защите прав потребителей». Гарантийный срок — два года, срок службы — десять лет.

Для определения эффективности использования требований законодательства в области здравоохранения в поликлинике создана и функционирует система управления качеством, анкетирование и социологические опросы пациентов с целью выяснения удовлетворённостью медицинскими услугами. Наиболее показательными, на наш взгляд, являются результаты независимого социологического исследования, проведённого региональной общественной организацией «Центр социальных измерений ФОКУС» по заданию территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области 10 марта — 11 апреля 2012 года. Цель проведённого исследования — выяснить отношение пациентов к работе медицинских организаций г. Архангельска при получении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. Кроме того, задачами исследования было выяснение отношения лечащих врачей и среднего медперсонала к пациентам (потребителям); исследование удовлетворённости потребителей медицинских услуг материально-техническим оснащением и организацией работы медицинских учреждений и др. Выборка проводилась случайная бесповторная. Всего был опрошен 501 человек. Информация всесторонне проанализирована.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что наиболее высокие оценки удовлетворённости по всем показателям дали пациенты Архангельской областной клинической стоматологической поликлиники.

Таким образом, внедрение в установленном законом поряд-



СЕРГЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ КОВРИК, заместитель главного врача ГАУЗ АО «Архангельская областная клиническая стоматологическая поликлиника» по медицинской части, врач стоматолог-ортопед высшей квалификационной категории

ке дополнительной медицинской документации (добровольное информированное согласие на оказание медицинской стоматологической услуги или отказ от неё, гарантийные сроки и др.), высокое качество оказываемых медицинских услуг и юридически грамотно оформленный двухсторонний договор позволяют клинике (врачу) и пациенту (потребителю) чувствовать себя защищёнными в медицинском, юридическом и финансовом аспектах. Что, несомненно, вызывает взаимное доверие, приводит к повышению удовлетворённости пациентов (потребителей) качеством оказываемых медицинских стоматологических услуг и, как следствие, снижению количества конфликтных ситуаций. ■



Достояние Севера: вековые традиции и новейшие достижения



Эпоха Волосевич

Навсегда в истории медицинского учреждения сохранились имена таких руководителей, как доктор медицины С.Ф. Гренков, заслуженный врач РСФСР Н.И. Лилев. А имя главного врача Е.Е. Волосевич, возглавлявшей больницу с 1960 года, увековечено в самом названии больницы. Вступив в должность главного врача, Еликанида Егоровна поставила грандиозную задачу обновления и расширения материально-технической базы вверенного ей медучреждения. За 48 лет было построено 7 новых корпусов, созданы новые отделения, лаборатории, центры и здания для хозяйственных служб. Новые больничные корпуса дали возможность расширения специализации, в отделениях увеличился штат врачей узких специальностей, что привело к улучшению качества и увеличению объёма медицинской помощи.

Е. Волосевич награждена орденами Трудового Красного знамени, «Знак Почёта», «За заслуги перед Отечеством» IV степени, удостоена званий «Заслуженный врач РСФСР», «Народный врач СССР», «Почётный гражданин города Архангельска». Благодаря её многолетней целенаправленной работе Первая городская вступила в XXI век

■ По материалам Первой городской клинической больницы им. Е.Е. Волосевич

Первая городская клиническая больница, учреждённая указом Архангельского Приказа общественного призрения, открыла свои двери 13 (24) февраля 1786 года и в течение более чем двухвекового периода была единственным лечебным центром для жителей Архангельска и окрестных уездов. В 1939 году Первая городская получила статус клинической больницы, на её базе было развёрнуто 11 клинических кафедр АГМИ, которые возглавили ведущие учёные, внёсшие весомый вклад в развитие медицинской науки на Севере.

как одно из самых крупных лечебных учреждений Северо-Западного региона.

Больница европейского уровня

С января 2009 года коллектив возглавляет Сергей Валентинович Красильников. Элитным кадровым корпусом являются сотрудники, удостоенные правительственных наград, званий «Заслуженный врач», «Заслуженный работник здравоохранения», «Отличник здравоохранения».

Больница работает в скоромощном режиме, принимая до 130–140 пациентов ежедневно. Круглосуточно выполняется полный спектр диагностических исследований. Ежегодно пролечивается более 27 тыс. пациентов, до 70 % госпитализируются по срочным показаниям.

Уровень оказания лечебно-диагностической помощи соответствует международным стандартам и требованиям доказательной медицины. В арсенале диагностических средств — многофункциональные биохимические, гематологические, иммуноферментные анализаторы, оборудование для ультразвуковой и доплерографической диагностики заболеваний сердца и сосудов, заболеваний внутренних органов, рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, эндоскопия, два ангиографических комплекса.

Больница является учебной базой пяти клинических кафедр Северо-западного государственного медицинского университета и медицинской школы, базой постдипломной подготовки и усовершенствования

врачей и среднего медицинского персонала по целому ряду медицинских специальностей.

Внедрение современных методов лечения невозможно без высокого профессионализма — больница уделяет большое внимание повышению квалификации медперсонала, чему способствуют и стремление врачей к самосовершенствованию, и обмен опытом с зарубежными коллегами из Норвегии, Швеции, Германии, Англии.

Достижения хирургии

Особое развитие получила хирургическая служба больницы. В её составе 8 отделений, в том числе единственное в области отделение хирургической инфекции. Функционируют 8 операционных блоков на 27 столов. Операционные оснащены современным оборудованием и обеспечены всеми необходимыми расходными материалами. Работает пять эндоскопических стоек по различным направлениям малоинвазивной хирургии.

В течение 2012 года хирургами выполнено 13938 операций. Каждая пятая операция выполняется с применением современных технологий и материалов.

С применением технологий малоинвазивной хирургии получили лечение 696 пациентов с панкреатитами, желтухой различной этиологии, обструктивными заболеваниями почек. Благодаря созданию лаборатории малоинвазивной хирургии летальность при осложнённом панкреатите снизилась с 50 до 6%. За научно-внедренческую работу по

организации лаборатории хирурги Денис Мизгирев и Алексей Эпштейн стали лауреатами премии Ломоносовского фонда.

В абдоминальной хирургии выполнено около 200 операций самой высокой категории сложности.

Традиционно врачи Первой городской являются первопроходцами в освоении новейших оперативных методик. Так, впервые на Северо-Западе заместителем главного врача по хирургии, к.м.н. Виктором Поздеевым проведена операция Бегера в Бернской модификации. Нейрохирургами больницы впервые в Архангельске выполнена операция трансназального удаления опухоли гипофиза с использованием эндоскопической техники.

С успехом применяются методы ангиографии и ангиопластики периферических сосудов нижних конечностей при сахарном диабете, что позволяет избежать ампутаций конечностей у четверти больных.

Внедрены в практику «гибридные» операции у больных с патологией магистральных артерий, эндоскопические методики хирургического лечения заболеваний периферических нервов, операции при деформации переднего отдела стоп. Освоены методика операций при повреждении передней крестообразной связки, эмболизация артерий простаты, симпатическая денервация почек, введение ингибиторов ПВ-ША, применение ангиопластики и катетерной тромбэктомии из АВ-фистул для диализа. В связи с постоянным ростом количества и сложности выполняемых операций администрация больницы уделяет большое внимание вопросам увеличения штата оперблока и повышения квалификации сотрудников.

Кардиология и кардиохирургия

Создание и динамичное развитие отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения в кардиохирургии позволило сделать доступной для жителей Севера высокотехнологичную медицинскую помощь.

Благодаря усилиям врачей в Архангельске удалось организовать



Корпус Первой ГКБ

помощь больным с острым инфарктом миокарда на современном уровне, начиная с догоспитального периода и заканчивая выпиской пациента из стационара.

В повседневной практике используются такие высокотехнологичные методы лечения, как тромболитическая терапия и чрескожная транслюминарная коронарная ангиопластика.

За проект «Оптимизация помощи больным с острым коронарным синдромом в г. Архангельске» в 2010 году группа врачей Первой городской клинической больницы и врачей кардиологических бригад станции скорой медицинской помощи стали лауреатами в номинации «Социальный проект 2010 года» и награждены премией «Пурпурное сердце».

Инсульт — глобальная эпидемия

В Архангельской области заболеваемость инсультом вдвое выше, чем в среднем по стране. Осуществляя скоропомощные функции, врачи Первой городской больницы не могли остаться в стороне от данной проблемы, и начиная с 80-х годов здесь начала формироваться ангионеврологическая служба.

1 февраля 2010 года на базе больницы открылся Региональный сосудистый центр на 60 коек с отделением реанимации и интенсивной терапии, неврологическим отделением ранней реабилитации больных с ОНМК. Сотрудники РСЦ круглосуточно оказывают консультативную помощь для неврологов области по вопросам лечения больных с инсультами, в том числе с помощью телемедицины.

По словам руководителя центра, к.м.н. Андрея Игоревича Волосевича,



СЕРГЕЙ КРАСИЛЬНИКОВ, главный врач

полноценная работа РСЦ возможна лишь в условиях многопрофильной больницы, где в круглосуточном режиме работают диагностические службы, а также оказывается нейрохирургическая, ангиохирургическая и ангиорентгенохирургическая помощь.

Городской эндокринологический центр

С 1995 года в больнице работает городской лечебно-консультативный эндокринологический центр. Помимо приёма врачей-эндокринологов, эндокринологов-гинекологов организована работа кабинетов «Диабетическая стопа», лечебной физкультуры и массажа, «Репродуктивное здоровье», кабинета диетотерапии, школы остеопороза. Ежегодно свыше 3 тыс. жителей города получают консультативную медицинскую помощь на современном уровне.

Коллектив больницы неоднократно становился победителем Всесоюзного общественного смотра учреждений здравоохранения. Больница награждена почётной грамотой МЗ СССР, орденом «Знак Почёта», является лауреатом региональной премии «Достояние Севера».

В этом году старейшему медицинскому учреждению области исполнилось 227 лет. В июне 2011 года больница приобрела статус государственного учреждения здравоохранения. В мае 2013-го Правительством Архангельской области принято решение о присоединении к Первой городской клинической больнице им. Е.Е. Волосевич Архангельского медицинского центра, в состав которого входят поликлиника на 500 посещений, дневной стационар на 20 коек и круглосуточный стационар на 100 коек. ■



Досье

Анастасия Фомина — главный врач Городской поликлиники № 1 города Архангельска. Анастасия Сергеевна по праву относится к когорте молодых, перспективных и целеустремлённых руководителей. Её трудовые правила связаны с постоянной высокой работоспособностью, порядочностью в отношениях и делах.

Родилась в 1981 году. Окончила Северный государственный медицинский университет в городе Архангельске. С тех пор вся её профессиональная деятельность связана с Поликлиникой № 1. Начала работать в 2007 году с должности участкового врача-терапевта. Впоследствии была назначена заведую-

щей терапевтическим отделением, затем — заместителем главного врача по медицинской части. В 2012 году возглавила поликлинику. Имеет диплом по организации здравоохранения.

Анастасия Фомина уделяет внимание и научной работе в сфере медицины. Является ассистентом кафедры СГМУ поликлинической терапии, которая действует на базе поликлиники. Возглавляет кафедру профессор Елена Валерьевна Сердечная.

Замужем. Муж — военный врач, начальник медицинского пункта, капитан медицинской службы. Воспитывают дочь восьми лет.

Хобби: летом — дачный отдых, зимой — горные лыжи, сноуборд.

Анастасия Фомина: «Поликлиника — это дело всей моей жизни»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Когда слышишь из уст руководителя такие слова, то веришь, что дело в руках такого управленца никогда не угаснет. Тем более что это дело врачебное, оно же спасающее и созидающее. К такому выводу мы пришли после беседы с главным врачом ГБУЗ АО «Городская поликлиника № 1» города Архангельска. Подробности — в нашем интервью.

— Анастасия Сергеевна, два года назад учреждение, возглавляемое вами, праздновало славный 90-летний юбилей. С какими результатами в работе подошёл к этой дате коллектив поликлиники?

— Поликлиника № 1 города Архангельска была образована 2 мая 1921 года. На тот момент это было самое крупное лечебное поликлиническое учреждение города, статус крупнейшего и выдающегося оно поддерживает и в наши дни. Отдельной строкой хочу отметить, что огромный вклад в развитие поликлиники внесла главная врач Валентина Александровна Якимович, которая работала здесь с 1975 по 2012 год. Сейчас Валентина Александровна находится на заслуженном отдыхе, но её труд

на благо поликлиники ценится нами и её вклад вшит золотыми нитями в историю поликлиники.

— Соглашусь с вами, что фигура и позиция руководителя — это, безусловно, лицо учреждения. Каков ваш портрет руководителя?

— Начну с того, что я молодой управленец, при этом полна желания, сил и стремлений наращивать потенциал поликлиники. Постоянное движение вперёд — вот мой принцип. Я люблю продвигать что-то новое. В свою очередь современная медицина, её бурный прогресс способствуют реализации моих желаний и устремлений.

— От личности руководителя — к объекту управления: что представляет собой ваше учреждение, расскажите о Поликлинике № 1 сегодняшнего времени.

— С 1948 года поликлиника была в объединении с Городской больницей № 1, а с 1988 года она функционирует как самостоятельное учреждение. Мощность поликлиники рассчитана на 1800 посещений в смену. У нас оказывается первичная медико-санитарная помощь жителям города Архангельска, Октябрьского, части Ломоносовского района, а также прикреплённому контингенту. В структуре поликлиники находятся терапевтическое отделение, хирургическое отделение, дневной стационар, кроме того, организован стационар на дому, то есть проводятся выездные формы работы с населением, женская консультация, травматологический пункт, который оказывает медицинскую помощь всем жителям города Архангельска; на базе поликлиники также расположены диагностический лабораторный центр, отделение лучевой, функциональной диагностики, физиотерапевтическое отделение, отделение платных медицинских услуг. В поликлинике ведут приёмы врачи 25 специальностей, такие как врач-гематолог, ревматолог, пульмонолог, эндокринолог, невролог, кардиолог и другие. У нас работает филиал поликлиники на острове

Кего. Там открыто отделение врача общей практики с организацией дневного стационара, а также организовано проведение на базе отделения функциональных и лабораторных исследований. Действует кабинет врачебного приёма в посёлке Талаги, представляющий собой выездную форму работы. Отдельно скажу, что на базе учреждения функционируют школа сахарного диабета, астма-школа, школа артериальной гипертензии, школа молодой матери. И буквально в декабре 2011 года открыта ещё одна школа — для пациентов, перенёвших острое нарушение мозгового кровообращения, и их родственников. На базе учреждения работают 43 терапевтических участка с населением на каждом приблизительно 1800–1900 человек.

— Каково кадровое звено в цепи поликлиники?

— В поликлинике работает около ста врачей и двухсот медицинских сестёр. 40 % врачебного состава имеют высшую квалификационную категорию, 20 % присвоена первая квалификационная категория, и ещё 20 % специалистов имеют вторую квалификационную категорию. Средний медицинский персонал также отличается по этим показателям: 30 % из состава имеют высшую квалификационную категорию, 45 % — первую и 10 % — вторую. Если говорить о людях, то в наших стенах работают такие выдающиеся медицинские работники, как Татьяна Георгиевна Абрамова, врач дневного стационара, заслуженный врач РФ; Нина Павловна Васендина; Светлана Серафимовна Кириллова, главная медицинская сестра; Руфина Николаевна Руссова, медицинская сестра астма-школы, — все они награждены значком «Отличник здравоохранения». Примечательно то, что в стенах учреждения работают врачебные династии: Березины, Богдановы. Высококласные доктора Наталья Владимировна Лобанова, Ирина Генриховна Захарова, Татьяна Николаевна Архипова становились победителями в конкурсе «Лучший врач года».



Список замечательных работников нашего учреждения можно продолжать и продолжать.

— А оснащение поликлиники тоже предмет для гордости?

— Для диагностики различных заболеваний органов и систем в поликлинике имеются диагностические отделения: отделение лучевой терапии, отделение функциональной диагностики, где применяются самые современные методы обследования.

Для диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы применяются электрокардиография, фонокардиография, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, стресс-эхокардиография и др.

Для диагностики заболеваний бронхолёгочной системы применяются флюорография, прицельная рентгенография, томография, спирография и др.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта используются рентгеноскопия, ирригоскопия, эзофагофиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, ультразвуковая диагностика органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

В поликлинике имеется возможность обследования сосудов нижних конечностей — реовазография, пневмоциллография, ультразвуковая визуализация вен.

При диагностике заболеваний головного мозга проводятся реоэнцефалография, эхоэнцефалоскопия, электроэнцефалография.

В нашем учреждении компьютеризированы все рабочие места. Ведётся электронная амбулаторная карта пациента. Осуществляется запись через Интернет, а также

с помощью информационных сенсорных киосков.

Также мы недавно свершили новые дела: в апреле 2013 года у нас было открыто отделение неотложной медицинской помощи. Планируется открыть кабинет пренатальной диагностики для обслуживания женщин города Архангельска. Ещё одно новое, что нам предстоит ввести, — это открытие к концу 2013 года кабинета антикоагулянтной терапии.

К началу 2014 года готовится к запуску совместный проект с супругой губернатора Архангельской области Татьяной Павловной Орловой. Что он собой представляет? У нас будет действовать филиал благотворительного фонда «Белая роза». Его курирует супруга председателя Правительства России Светлана Владимировна Медведева. Этот фонд позволит пройти нашим женщинам комплексное обследование по раннему выявлению рака молочной железы и репродуктивной сферы. По данной программе уже закупается оборудование и проводится ремонт помещений. Мы будем одни из первых в России, кто вступает в этот проект.

— Анастасия Сергеевна, ещё в начале беседы вы заметили, что преисполнены профессиональных целей и устремлений. Какая же на сегодня ваша главная цель?

— На сегодня все мои желания сконцентрированы на нашем учреждении. Моя главная цель — работать так, чтобы его название не просто обозначалось под номером один, а чтобы и по сути учреждение являлось номером один. И чтобы это было его непререкаемым статусом. Думаю, нам это удастся. ■

Александр Фуртиков: «Мы — за доступность и гуманность»

■ Екатерина Шипицина

Именно такими категориями оперирует главный врач Архангельской детской стоматологической поликлиники, которую возглавляет на протяжении 24 лет. Александр Яковлевич, болеющий за дело человек, сделал всё, чтобы маленькие пациенты могли без боли лечиться в стенах этого учреждения.



Досье

Александр Фуртиков родился в 1948 году. После службы в армии поступил в 1970 году в Архангельский медицинский институт на стоматологический факультет. По распределению работал стоматологом в участковой больнице в Приморском районе Архангельской области. Затем — стоматологом-хирургом. В 1986 году, с переездом в г. Архангельск, начал работать в детской стоматологической поликлинике в должности врача. А в 1989 году коллектив поддержал кандидатуру Александра Яковлевича в конкурсе по замещению должности главного врача. С тех пор он и возглавляет это учреждение.

ГБУЗ Архангельской области «Архангельская детская стоматологическая поликлиника» — самое крупное учреждение по оказанию стоматологической и консультативной помощи детям в регионе.

— Сегодня мы подведомственны Минздраву Архангельской области. Наш правовой статус поменялся в 2012 году, вместе с ним изменилась и нагрузка учреждения. Наша поликлиника построена в 1984 году к 400-летию Архангельска. Её проектная мощность была рассчитана на обслуживание детского населения двух городских районов, в которых проживало 45–47 тыс. детей. Сегодня мы обслуживаем четыре округа г. Архан-

гельска и детское население области. С 2009 года мы провели лицензирование медицинской деятельности в 15 школьных кабинетах и стоматологических кабинетах двух детских поликлиник. К августу этого года должны получить лицензию по детской стоматологии на Соловецком архипелаге, — рассказывает главный врач Александр Фуртиков.

Буквально каждый год клиники наполнен событиями. И все они направлены на то, чтобы маленьким пациентам было легче переживать поход к стоматологу.

— Мы за доступность и гуманность нашей медицины. Мы считаем, что стоматологическая помощь должна быть максимально приближена к месту проживания ребёнка. У нас используются самые современные материалы, западное оборудование. В 2011 году мы приобрели цифровой панорамный рентген-аппарат. В 2008-м создали первое среди стоматологических учреждений Архангельской области централизованное стерилизационное отделение (ЦСО). Это наша особая гордость, — подчёркивает руководитель. — Этот проект разработан в 2006 году и воплощён в ходе масштабного капитального ремонта. Городскими властями выделено на эти цели 1 млн 300 тыс. рублей, ещё 800 тыс. рублей добавили из доходов от предпринимательской деятельности. В 2008 году отделение заработало. И если раньше медсёстры мыли и стерилизовали зубоорудия вручную, то сегодня у нас современная технология термодезинфекции: всё делают автоматы, исключая человеческий фактор, а значит, и все погрешности в стерилизации.

А ещё мы заново воссоздаём анестезиологическую службу. Это ещё

один шаг с заботой о наших юных пациентах. В 2013 году по программе развития здравоохранения Архангельской области нам выделено около 3 млн рублей, из них 2 млн 200 тыс. уже ушло на покупку оборудования. В этом году мы должны получить лицензию по анестезиологии и реаниматологии. Планируется и получение лицензии для работы с наркотическими веществами и психотропными препаратами.

Замечу также, что мы одними из первых в 1997 году открыли отделение платных услуг, что оказалось в итоге отличным денежным подспорьем в решении глобальных дел, направленных на развитие поликлиники.

Подчёркивая гуманную позицию учреждения, главный врач Фуртиков добавил:

— Детская стоматология, её человеколюбие невозможны без высокого профессионализма персонала, чем мы и стараемся обладать. Ведь у нас работают настоящие энтузиасты, которые накрепко прикипели к своему нелёгкому делу.

P.S. «Когда я начинал работать врачом, у нас были совсем другие условия труда и возможности, — вспоминает Александр Яковлевич. — Помню, как приходилось ездить в санях с бормашиной, напомиравшей прялку, по сёлам на островах в дельте Северной Двины». Более тридцати лет работы за плечами этого опытного врача и управленца, и медицина, как говорит сам А.Я. Фуртиков, изменилась в корне. Это положительный факт. Но как хорошо, что время не меняет таких людей, как он, который, несмотря ни на какие сложности, остаётся энтузиастом и зажигает этим же чувством людей вокруг. ■

Северодвинская больница № 1: исток городского здравоохранения



■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

В 2012 году Северодвинская городская больница № 1 праздновала 75-летний юбилей. Это старейшее медицинское учреждение Северодвинска можно сравнить с истоком городского здравоохранения. Где взял своё начало этот исток здоровья и каково его течение сегодня? Об этом – интервью главного врача, заслуженного врача РФ Риммы Карташовой.

Досье

Римма Карташова – главный врач с 1999 года. Врач высшей квалификационной категории по дерматовенерологии и высшей квалификационной категории по организации здравоохранения и общественному здоровью. Заслуженный врач РФ. Председатель комиссии по здравоохранению и социальным вопросам Совета депутатов Муниципального образования Северодвинск. Победитель областного и всероссийского конкурса «Женщина – директор года – 2004». Победитель областного конкурса – «Лучший врач года» (2011), в номинации «Лучший врач-инфекционист».

— **Н**аша история очень интересна. Особенно её начало. Трудно представить, но первым медицинским кабинетом была каюта парохода «Иван Каляев». Тогда, в 1936 году, в открывшемся на судне медицинском пункте работали фельдшеры Н. Мосеева и Р. Шумилова. Потом был создан Стройздравотдел с больницей, которые возглавил хирург С. Мосеев. В 1938 году в п. Судострой уже функционировала больница на 110 коек, где работали 12 врачей и 39 средних медицинских работников. В июне 1938 года учреждение было реорганизовано в городскую больницу г. Молотовска. В годы Великой Отечественной

войны здесь находился эвакуационный госпиталь. После войны из состава городской больницы были выведены роддом, детская больница и кожно-венерологический диспансер. Впоследствии, к 1965 году таким же образом покинули крыло больницы противотуберкулёзный диспансер, психоневрологический диспансер, городская стоматологическая поликлиника, врачебно физкультурный диспансер.

— **Римма Николаевна, хочется думать, что больница, как живое дерево, теряя крупные ветви, всё-таки наращивала новые?**

— Так и было. В 1968 году такой новой «веточкой» стал травматологический пункт. Через год для улучшения обслуживания жителей города открылась новая поликлиника на 750 посещений в смену. В 80-х годах городская больница приобрела статус многопрофильной терапевтической больницы. В 1991 году открыты отделение реанимации и интенсивной терапии. И уже начиная с 2000 года процесс реорганизации принял обратный эффект: к больнице заново присоединили кожно-венерологический, противотуберкулёзный и врачебно-физкультурный диспансеры.

— **Насколько бурно развивается учреждение сегодня?**

— Сегодня больница – крупное многопрофильное лечебное учреждение города, имеющее в составе поликлинику на 1300 посещений в смену, круглосуточный стационар на 240 коек, дневной стационар на 85 мест. Больница располагает хорошей диагностической базой: эффективно работают городская централизованная лаборатория диагностики инфекционных заболе-

ваний, клинично-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, отделение лучевой диагностики, эндоскопический кабинет.

На современном этапе в больнице идёт активное переоснащение медицинским оборудованием, улучшается материально-техническая база, внедряются новые организационные и лечебно-диагностические технологии: активно проводится автоматизация рабочих мест во всех структурных подразделениях

С 2010 года на базе поликлиники функционирует центр «Здоровье», а с 2012-го начал работу Центр урологии и репродуктивного здоровья. В рамках программы модернизации здравоохранения области на базе больницы в декабре 2011 года создан межрайонный центр.

— **Чем запомнится коллегам 75-летие больницы?**

— В 2012 году состоялось торжественное мероприятие, на котором за достигнутые успехи в развитии здравоохранения области коллективу вручены благодарственные письма от Министерства здравоохранения Архангельской области министром Л.И. Меньшиковой и Совета депутатов Северодвинска заместителем председателя К.Ю. Журавлёвым. Также коллективу объявлена благодарность Архангельского областного Собрания депутатов, вручённая председателем комитета по здравоохранению и социальным вопросам С.Д. Эммануиловым. В 2011 и 2012 годах больница на основании предложения Минздравсоцразвития Архангельской области внесена в нацреестр «Ведущие учреждения здравоохранения России». ■



Оперблок Северодвинской городской больницы № 2: новый вектор развития

■ Мария Геращенко

Что можно назвать сердцем больницы, в которую 75% пациентов госпитализируются по срочным показаниям? Конечно, оперблок! Операционные Северодвинской городской больницы № 2 скорой медицинской помощи не простаивали никогда. Но сердце больницы постепенно изнашивалось от напряжённой работы. Оперблок требовал обновления и нового вектора развития.

Досье

Александр Иевлев окончил педиатрический факультет АГМИ в 1987 году. Прошёл интернатуру в Детской клинической больнице г. Северодвинска и с 1988 года работал врачом-педиатром стационара. С 1989 года заведовал отделением функциональной диагностики, которое впоследствии было преобразовано в консультативно-диагностическое отделение. В 2008 году Александр Иванович признан лучшим врачом-исследователем Архангельской области. С 2010 по 2012 год являлся генеральным директором медицинского центра «Семейный доктор». С марта 2012 года – главный врач ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 2 СМП».

Ремонта здесь не было по сути со дня основания больницы, более 30 лет. Сейчас трудно представить на месте обновлённых операционных прежние, облицованные холодным кафелем, где осенью и зимой гулял ветер, отчего у пациентов моментально замерзали руки и ноги. Не лучше было и летом, когда в помещении, напротив, властвовала жара, и у врачей во время работы потлился в три ручья. Сейчас же микроклимат в операционных не зависит от внешней среды, система кондиционирования поддерживает стабильные +22 °С.

Решение о ремонте блока операционных второй городской больницы приняли два года назад, были выделены средства, более 200 млн рублей. Освоить их нужно было срочно. Однако в тесные сроки ремонт не уложился, что вполне обоснованно, хотя объективные причины не помешали некоторым лицам назвать это мероприятие провалом года. В самой же больнице его считают главным проектом 2012-го.

И действительно, второго такого оперблока нет, пожалуй, даже в областном центре. Как признался главный врач Александр Иевлев, Городской больнице № 2 теперь по доброму завидуют все коллеги. Даже американские гости, осмотрев обновлённые операционные, сказали: «Совсем как у нас!»

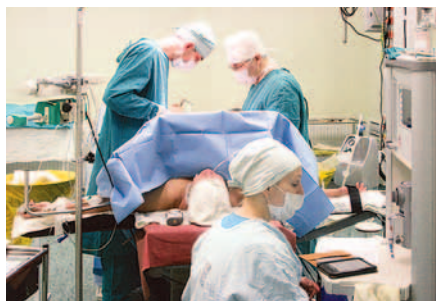
Здесь всё сделано по самому высокому стандарту: девять операционных, палата пробуждения, вспомогательные помещения, новые стены, полы, потолки, двери, сантехника, мебель, система вентиляции с абактериальными фильтрами, позволяющая достичь абсолютной стерильности воздуха в операционных, импортное современное оборудование. Перечисляя новинки оперблока, врачи неизменно называют страны – лидеры в создании медицинских приборов. Операционные столы из Финляндии, наркозно-дыхательные аппараты из Дании, консоли из Германии...

А полное перечисление названий нового оборудования займёт, наверное, не одну страницу.

Окончания ремонта ждали с нетерпением. Приходилось оперировать в стеснённых условиях, работали два стола, врачи трудились практически без выходных. И вот под занавес 2012 года в строй были пущены все девять обновлённых и оснащённых современной техникой операционных. Заработало и всё новейшее оборудование – хирурги осваивают уникальные эндовидеостойки, проводят абсолютно новые для северодвинской городской системы здравоохранения операции.

– Оборудование просто изумительное! Техника отличается большой надёжностью и эргономичностью, работать на ней – удовольствие! Наши эндовидеостойки – это «рабочие лошадки» из сферы высоких технологий, теперь у нас есть возможность охватить весь город малоинвазивной хирургией, – делится впечатлениями врач-хирург, заместитель главврача Александр Эрлих.

Специалистам в области медицины не нужно объяснять, что эндовидеоборудование позволяет проводить щадящие операции без огромных разрезов, с меньшим риском осложнений и существенно сокращённым периодом восстановления. Но у врачей Северодвинской городской больницы № 2 раньше не было



Факты

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Северодвинская городская больница № 2 скорой медицинской помощи» создано 30 декабря 1980 года. Учредителем является Архангельская область в лице МЗ и СР Архангельской области.

Всего по штатному расписанию в больнице 1140 должностей, физических лиц — 887 человек. Укомплектованность врачебным персоналом составляет 69,9%, средним медицинским персоналом — 88,3%. Аттестовано 75 врачей, 38 из них присвоена высшая квалификационная категория, 25 — первая и 12 — вторая. Средних медицинских работников аттестовано 207 человек, высшая квалификационная категория присвоена 30 из них, первая — 148 и вторая — 29.

В стационар с коечным фондом 406 коек входят хирургическое, неврологическое, терапевтическое, инфекционное, офтальмологическое, гинекологическое, травматологическое, урологическое отделения, отделение гнойной хирургии, ЛОР-отделение, хоспис, отделение сестринского ухода и отделение анестезиологии и реанимации.

Ежегодно около 70% пациентов госпитализируются по срочным показаниям, проводится около 5000 операций.

В больнице также развёрнуты койки дневных стационаров по терапевтическому, хирургическому, урологическому, гинекологическому, офтальмологическому профилям.

В структуру больницы входит Поликлиника № 3 мощностью 720 посещений в смену (при функционировании в две смены), фельдшерско-акушерский пункт «Белое Озеро». Ведутся врачебные приёмы по специальностям: терапия, хирургия, офтальмология, урология, онкология, неврология, отоларингология, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, инфекционные болезни, травматология, эндокринология, общая врачебная практика.

возможности практиковать эндоскопические операции. Теперь же их осваивают хирурги всех направлений.

В начале года хирурги-ортопеды Александр Чертов и Татьяна Климова впервые провели артроскопию коленного сустава с удалением мениска. Колено, как вы понимаете, вскрывать не пришлось, сделано было лишь несколько крохотных проколов для введения хирургических инструментов и специальной камеры. Пациентка уже на следующий после операции день смогла ходить, а через три дня её выписали. При прежних методах она минимум две недели проходила бы на костылях и потом восстанавливала работу сустава не меньше полутора месяцев.

— Семь из десяти человек в городе могут пожаловаться на боли в коленях. Вот и представьте, насколько востребованы будут эти операции. К тому же мы сможем проводить диагностическую артроскопию при болях неясного характера, выявить причину которых не может ни рентген, ни МРТ, — пояснил заведующий отделением травматологии Александр Татаринков.

Ещё одна уникальная для северодвинской городской медицины операция — уретеролитотомия, удаление камня из мочеточника. Лапароскопическую операцию провёл заведующий урологическим отделением Андрей Семаков. Раньше удаление камня не обошлось бы без большого разреза, рассечения трёх слоёв мышц и пр. Подобная операция грозила массой осложнений и требовала большого периода реабилитации. Теперь же на теле северодвинских пациентов с подобной проблемой остаются едва заметные шрамы от проколов, и время

восстановления сокращается практически вдвое.

Эндовидеоборудование активно осваивают все хирурги горбольницы № 2, выполняя в день по 15–20 операций различной категории сложности. Например, гинекологи впервые в истории больницы делают гистероскопии. Офтальмологи — факоэмульсификации катаракты и витрэктомические операции при кровоизлияниях в стекловидное тело (осложнения при сахарном диабете), а также различные виды антиглаукомных хирургических вмешательств и операции на веках при новообразованиях и воспалительных процессах. ЛОР-врачи впервые получили возможность проводить органосохраняющие эндоскопические операции при заболеваниях носа и околоносовых пазух, такие как коррекция искривлённых носовых перегородок, удаление полипов из полости носа. Все, кто работает на новом оборудовании, оценивают его очень высоко.

— Больница, безусловно, сделала огромный шаг в будущее! Обновлённый оперблок соответствует самым высоким стандартам, к тому же он станет отличным фундаментом для дальнейшего развития, — подвёл итог главный врач Северодвинской горбольницы № 2 Александр Иевлев. — Спасибо городским властям, что проект по переездному оперблоку удалось осуществить. Теперь потенциал наших докторов можно будет реализовать в полной мере. А пациенты, безусловно, оценят новые возможности: шрамы станут менее заметны, а время, проведённое в больнице, короче. Наш оперблок — это новый вектор развития медицины Северодвинска! ■

СГДКБ: главная цель — сохранить здоровье юных северодвинцев

■ По материалам ГБУЗ АО «СГДКБ»



Северодвинская городская детская клиническая больница представляет собой объединение медицинских подразделений, связанных общей целью, направленной на улучшение показателей здоровья детей, оказание квалифицированной помощи с применением новейших методов диагностики и лечения.

работают школьное и дошкольное отделения. В текущем году получена лицензия на медицинскую деятельность детских образовательных учреждений и школ.

В отделении медико-социальной помощи подросткам в 2001 году создана и успешно функционирует Клиника дружественная к молодёжи «Альтернатива». Здесь осуществляются консультации медицинского психолога, детского гинеколога, уролога-андролога, проводится большая профилактическая работа по формированию здорового образа жизни. Активно работает участковая служба поликлиник, функционируют комнаты здорового ребёнка, достигнут высокий уровень иммунопрофилактики (97,9%). Большую роль в реабилитации и оздоровлении детей играет отделение восстановительного лечения. На базе физиотерапевтического отделения функционируют два бассейна. Серьёзная работа проводится по внедрению информатизационных технологий в деятельности больницы. Введена запись по электронной почте к узким специалистам. Существенно облегчает преємственность в работе стационара и поликлинических подразделений наличие единой локальной информационной сети. Больница включена в пилотный проект Управления здравоохранения МО Северодвинск с внедрением автоматизированной технологии экспертизы качества медицинской помощи. В 2011 году, в рамках ПНП «Здоровье», открыт Центр здоровья детей. Приоритетным в данном проекте стало выявление факторов риска у юных пациентов и составление индивидуальных планов их оздоровления.

В больнице под руководством главного врача Г.К. Кузьминой работает высококвалифицированный персонал. Квалификационные категории имеют 55 % врачей и 68 % медицинских сестёр. В коллективе три заслуженных врача РФ, восемь заслуженных работников здравоохранения, четыре отличника здравоохранения, семь кандидатов медицинских наук. ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница» является клинической базой для прохождения интернатуры по педиатрии выпускников Северного государственного медицинского университета и практики студентов Северодвинского медицинского колледжа. На базе больницы располагается кафедра поликлинической и социальной педиатрии Северного государственного медицинского университета, где проводятся выездные циклы для врачей и среднего медицинского персонала. Творческий коллектив больницы активно участвует в общественной и научной жизни города и области. В 2003 году он стал дипломантом областной региональной общественной премии «Достоинство Севера» в номинации «Социальная среда», четырежды становился лауреатом премии им. М.В. Ломоносова «В области здравоохранения и социальных наук» МО Северодвинск. В 2010 году выиграл грант Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) по проекту «Сенсорная комната» и «Гинекологический кабинет» на сумму более 500 тыс. рублей.

Главная цель, на которую направлена работа педиатрической службы учреждения, — сохранить здоровье юных северодвинцев, будущего потенциала нашего региона, а возможно, и России. ■

Многопрофильное детское лечебно-профилактическое учреждение включает в себя круглосуточный стационар, дневной стационар, 4 детские поликлиники, молочную кухню. В круглосуточном стационаре функционируют приёмное отделение, три педиатрических, хирургическое, травматолого-ортопедическое, два инфекционных, отоларингологическое, отделение анестезиологии и реанимации (включающее койки для реанимации новорождённых). Больница оснащена современной медицинской техникой, здесь постоянно осваиваются новые медицинские технологии. Успешно функционируют клиничко-диагностическая и бактериологическая лаборатории, рентгенологическое отделение, кабинет гипербарической оксигенации, эндоскопическое отделение, где проводятся все виды эндоскопических вмешательств. На базе отделения, при содействии университетской клиники г. Тромсе (Норвегия), с 1999 года работает городская телемедицинская студия, что позволяет быстро и качественно проводить консультации по трудным диагностическим случаям в центральных российских клиниках.

В поликлиниках оказывается высококвалифицированная медицинская помощь по всем профилям заболеваний у детей и подростков,

Контроль температуры в холодной цепи



Анастасия Нефёлова

В XXI веке разрабатывается и появляется всё больше новых медикаментов, которым необходимы особые температурные условия при хранении и транспортировке. Кроме того, вступление России в ВТО ужесточает требования к температурному режиму при перевозке продуктов питания. Во всём мире актуальной является проблема организации транспортировки медицинских препаратов и продовольственных товаров в режиме холодной цепи. Чтобы холодная цепь успешно функционировала, должны быть учтены три главных фактора: холодильное оборудование, специально обученный персонал и механизм контроля соблюдения определённых температурных режимов. О том, какое оборудование предпочтительно использовать для контроля температуры при перевозке и хранении продукции, нашему корреспонденту рассказали Колин Хилд, генеральный директор компании LogTag Recorders, и Сергей Косов, генеральный директор ООО «БИАС».

■ Наталья Лучкина

— Какое оборудование используется для контроля температур в системе холодной цепи?

Сергей Косов (С.К.): Основными видами технических средств для контроля холодной цепи, представленных на рынке в настоящее время, являются термографы, устанавливаемые, как правило, на машинах-рефрижераторах,

термохимические индикаторы, которые недостаточно точно выявляют изменения и нарушения температурных режимов транспортировки и хранения продукции. На смену им приходят электронные термоиндикаторы и терморегистраторы. Чем же они отличаются? Термоиндикаторы констатируют сам факт нарушения тех или иных температурных режимов, а терморегис-

страторы, в свою очередь, позволяют сохранять в памяти устройства термовременные характеристики (то есть зависимость температуры от времени) и строить соответствующие графики и таблицы с помощью программного обеспечения, что даёт возможность подробнее анализировать нарушения холодной цепи, которые могли произойти. Если говорить о популярности тех или иных средств контроля температур, то в европейских странах и в США применение электронных термоиндикаторов и регистраторов составляет примерно 70 %, а в 30 % случаев используют термохимические индикаторы. В России же пока всё происходит с точностью наоборот: 70 % термохимических индикаторов и 30 % — электронных.

— Необходимость поддержания условий холодной цепи — достаточно давняя проблема для фармацевтической отрасли. А где ещё используются термоиндикаторы и почему так важно контролировать соблюдение температурных режимов?

Колин Хилд (К.Х.): Термоиндикаторы используются не только в фармацевтике, но и при перевозке продуктов питания, в частности в развивающихся странах, когда с особой ответственностью нужно подходить к температурным условиям при хранении продуктов. Но особый акцент следует сделать на сохранение необходимого температурного режима при перевозке вакцин и медикаментов. Ведь если продукт питания испортится, то это, как правило, заметно. Что же касается вакцин, то практически невозможно визуально понять, годен ли медикамент или нет. Поэтому мы фокусируемся на фармацевтическом рынке и внимательно следим за всей холодной цепочкой — от производителя до потребителя. Вопрос о контроле температур с каждым годом становится всё актуальнее. В прошлом такую потреб-

ность мы наблюдали только в Америке и Западной Европе, на сегодняшний день эта проблема охватывает весь мир. Наша компания взаимодействует с Всемирной организацией здравоохранения, реализует многие проекты, в частности, вакцинацию детей в развивающихся странах. Необходимо учитывать потребности конкретных заказчиков. Если в Северной Америке, например, мы продаём продукцию, главным образом, для компаний, которые перевозят и хранят продовольственные товары, то в Западной Европе больший акцент делается на фармацевтическую отрасль, так же как и в Индии. В Северной Америке, как правило, мы продаём одноразовые индикаторы для применения при перевозке продовольственных товаров на дальние расстояния. Прибор не нужно возвращать обратно, заказчик просто получает результат мониторинга, в этом состоит преимущество одноразовых индикаторов. А в Великобритании, к примеру, когда перевозки осуществляются внутри страны, предпочтительнее использовать многоразовые индикаторы. С каждой страной мы работаем индивидуально, занимаемся постоянным поиском местных представителей. Развитие партнёрских отношений начинается с незначительных продаж, ознакомления людей с продуктами, внедрения этих продуктов в логистику поставок. Я думаю, очень важно, чтобы будущие дистрибьюторы понимали суть оборудования, технические составляющие и, конечно же, осознавали необходимость его использования в холодной цепи.

С.К.: Ёмкость рынка термоиндикаторов в России составляет 300–400 тысяч штук в год. Цифра постоянно увеличивается. В связи с вступлением России в ВТО в 2013–2014 годах ожидается ужесточение контроля условий хранения и транспортировки продуктов питания, должны измениться требования к их качеству, соответственно, ожидается существенный рост потребления термоиндикаторов. Фармацевтика на данный момент занимает порядка 90 % от рынка потребления

термоиндикаторов. Это обусловлено тем, что фармацевтика и медицина очень строго регламентированы законодательством РФ, которое обязывает осуществлять производство, хранение и транспортировку лекарственных средств в очень жёстких условиях. В холодной цепи дистрибьюторы являются одними из основных потребителей термоиндикаторов. Конечными потребителями термоиндикаторов в медицинской сфере являются лечебно-профилактические учреждения, как правило, это больницы, поликлиники, детские сады, госпитали, аптеки и т.д. Лишь около 8 % ТИ от общего количества используется в продовольственном секторе, примерно 2 % применяется в химической промышленности. В продовольственном секторе в качестве производителей выступают мясомолочные заводы, сельскохозяйственные фермы, тепличные хозяйства. Компании-дистрибьюторы и магазины требуют более тщательного контроля за соблюдением условий хранения и транспортировки этой продукции. Важно, чтобы термоиндикаторы имели возможность гибкой перенастройки для обеспечения различных температурно-временных характеристик. Для каждого звена холодной цепи разработаны специальные термоиндикаторы.

— Справляется ли обычный термоиндикатор с режимом глубокой заморозки? Например, при перевозке и хранении фармацевтических материалов, в частности биоматериалов, как правило, используют сухой лёд.

К.Х.: При перевозке и хранении материалов, требующих таких низких температур, следует использовать соответствующее оборудование. В основном оно применяется для контроля температурного режима при хранении и транспортировке продуктов глубокой заморозки с использованием сухого льда, в частности для работы с биоматериалами. Например, электронный термоиндикатор LogTag TRIL-8 применяется для мониторинга температурного режима до -80°C . При этом устрой-



Анастасия Нефедова

Коллин Хилд, генеральный директор компании LogTag Recorders, и **Сергей Косов**, генеральный директор ООО «БИАС»

ство сохраняет в памяти до 8000 значений температуры в диапазоне от -80°C до $+40^{\circ}\text{C}$. Ресурс его работы при температуре -80°C до 1000 часов. У него особая схемотехника, поскольку такое устройство требует определённых условий для надёжного функционирования при низких температурах. В нём используются уникальная батарея и комплектующие, отличающиеся от применяемых в других индикаторах. Возможно применение термоиндикатора с выносным датчиком температуры, который помещается в термоконтейнер, а сам термоиндикатор располагается снаружи и позволяет контролировать температуру в термоконтейнере, не открывая его.

Для потребителя необходима возможность самостоятельного предварительного программирования следующих функций: время начала старта (отложенный старт), интервал считывания данных (частота измерений от 30 секунд до нескольких часов), циклическая или фиксированная запись данных, настройка активации индикатора и др. Часы реального времени обеспечивают запись температуры в соответствии с календарным временем. Говоря о преимуществах, следует упомянуть и компактность наших устройств, размеры которых сопоставимы с кредитной картой — толщина корпуса позволяет отправлять их заказным письмом.

— Что, вы считаете, на сегодняшний день является основным препятствием при внедрении термоиндикаторов на российский рынок?



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова

Сергей Косов и Колин Хилд с помощью графиков демонстрируют сферы применения индикаторов в России и за рубежом и возможности увеличения их распространения на рынке

Процесс программирования понятен персоналу средней квалификации. Достаточно умения открывать программы в компьютере. Электронные термоиндикаторы LogTag закладываются в контейнер или холодильник. Запуск термоиндикатора происходит при нажатии на кнопку Start/Пуск или в заранее запрограммированное время. Термоиндикаторы позволяют получать данные температурного контроля как с дисплея регистратора, так и по специальному USB-интерфейсу. Специальное программное обеспечение LogTag Analyzer сохраняет данные температурного мониторинга в виде таблицы, графика или отчёта по заданным параметрам. Одно из преимуществ – скорость получения данных: буквально через 5 секунд вся необходимая информация будет доступна. Ведь потребителям не нужен сам аппарат, им нужна информация внутри него, поэтому наша задача – упростить доступ к этой информации. Мы продолжаем совершенствовать эту систему, учитывая требования заказчиков. ■

С.К.: В первую очередь, это недобросовестная конкурентная среда, зачастую использующая административные ресурсы. Создание и предварительное согласование с потребителями технических заданий для котировок и аукционов с характеристиками, заведомо непроходимыми для других участников торгов. Другая проблема – отсутствие сертификата первичной калибровки «Ростест». Стоимость услуг калибровки в ряде случаев может в несколько раз превышать стоимость самих изделий. Сложность представляет и обеспечение всех промежуточных и конечных участников

логистики холодовой цепи специальными считывающими устройствами для наиболее полного использования их ресурса. Далеко не каждая компания готова снабжать конечных потребителей этими интерфейсами, в случае когда невозможен возврат ТИ в исходный пункт. Отдельный вопрос – по особенностям обучения персонала в удалённом доступе правильной работе с термоиндикаторами.

К.Х.: Хотелось бы отметить, что, с моей точки зрения, нет необходимости в специальном обучении для работы с термоиндикатором, это очень простая система.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМА ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ И ХРАНЕНИИ ТЕРМОЗАВИСИМЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА 4-Х УРОВНЯХ "ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ"

ТИКТ - ЭЛЕКТРОННЫЙ ТЕРМОИНДИКАТОР ОДНОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ



NEW!

- ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ СРОКОМ ДО 45 СУТОК.
- КОНТРОЛИРУЕТ 4 ПОРОГА ТЕМПЕРАТУРЫ!
- ИДЕАЛЬНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА ПО ЦЕНЕ ТЕРМОХИМИЧЕСКИМ ИНДИКАТОРАМ!

ТРИД30-7Ф - ЭЛЕКТРОННЫЙ ТЕРМОИНДИКАТОР МНОГОКРАТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ



- ПРИМЕНЯЕТСЯ В МЕДИЦИНСКИХ ХОЛОДИЛЬНИКАХ И ХОЛОДИЛЬНЫХ КОМНАТАХ.
- НА ДИСПЛЕЕ ОТОБРАЖАЕТСЯ ИНФОРМАЦИЯ О ТЕМПЕРАТУРНОМ РЕЖИМЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 30 СУТОК!
- ПОЗВОЛЯЕТ ВЫВОДИТЬ НА ПК И ПЕЧАТЬ ПОДРОБНЫЕ ТЕМПЕРАТУРНО-ВРЕМЕННЫЕ ГРАФИКИ И ТАБЛИЦЫ!
- СРОК СЛУЖБЫ - НЕ МЕНЕЕ 2 ЛЕТ!



БИАС
технологии холодовой цепи

107023, Россия, г. Москва,
пл. Журавлева, д. 10, корп. 1, офис 116, 117
тел.: +7 499 705-29-95, 705-29-96, моб. +7 967 297-15-55
e-mail: info@biastech.ru, http://www.biastech.ru

БОЛЕЕ 20 ВИДОВ!



Реклама



Душа здравоохранения Москвы

■ Владимир Пожарский

Новейшая история сестринского дела насчитывает около 20 лет. Сейчас эта отрасль здравоохранения является отдельной наукой со своим направлением, целями и задачами, о которых мы побеседовали с президентом Ассоциации медицинских сестёр города Москвы Валентиной Царёвой.

Досье

Президент Ассоциации медицинских сестёр г. Москвы Валентина Царёва начала трудовую деятельность медицинской сестрой детского отделения районной больницы в посёлке Дальнее Константиново Нижегородской области. Затем была назначена старшей медицинской сестрой детского отделения. Вскоре переехала в Москву и стала работать старшей медицинской сестрой Детской городской больницы № 20. Потом трудилась старшей медицинской сестрой консультативного диагностического центра больницы № 15. А в 1990 году была назначена главной медицинской сестрой Госпиталя ветеранов войн № 3. В 2005 году, после окончания Санкт-Петербургской медицинской академии имени Мечникова, стала заместителем главного врача по работе с сестринским персоналом. В 2006 году Валентину Геннадьевну избрали президентом Ассоциации медицинских сестёр города Москвы. В прошлом году она была переизбрана на второй срок.

— Валентина Геннадьевна, расскажите, сколько медицинских сестёр состоит в вашей Ассоциации?

— На сегодняшний день в Ассоциации 3767 медицинских сестёр. В сравнении с общим количеством

медицинских сестёр в Москве это менее 10 %. Однако задача Ассоциации не в том, чтобы собрать в свои ряды как можно больше членов. Главное — привлечь самых интересующихся, самых неравнодушных к своей профессии! Тех, кто хочет учиться, активно принимать позитивный опыт коллег и делиться своими достижениями, а не просто сдать членские взносы и не участвовать в жизни Ассоциации. Мы внимательно беседуем с каждой новой участницей Ассоциации, стараемся понять её устремления и обязательно вручаем ей «Этический кодекс медицинской сестры», ведь, кроме специальных знаний, медицинской сестре необходимо знать и, главное, принимать изложенные там постулаты.

— Проводите ли вы семинары для повышения квалификации и передачи опыта?

— Для главных медицинских сестёр мы проводим семинары, круглые столы, а для медицинских сестёр различных специализаций — конференции. Основная цель нашей Ассоциации — объединение медицинских сестёр в профессиональное сообщество для развития сестринского дела, повышения квалификации. Медицинские сёстры различных специальностей, участвуя в конференциях, обмениваются опытом, узнают что-то новое, а уже потом будут передавать знания остальным медицинским сёстрам по своей специализации в больнице или поликлинике, чтобы трудиться по единой системе. Кроме этого, мы де-

легируем своих представителей на семинары и конференции, которые проходят в российских регионах. Одна наша главная медицинская сестра принимала участие в Конгрессе психиатрических сестёр в Чехии.

У нас плотная совместная работа с Центром повышения квалификации, Центром профессиональной подготовки и последипломного образования, медицинским колледжем № 6 — чтобы медицинские сёстры достойно учились и получали сертификаты. Что касается аттестации, то Центр повышения квалификации разработал тесты, а мы разместили их на своём сайте. Теперь перед аттестацией медицинские сёстры могут в режиме онлайн проверить свои знания, ответив на вопросы тестов. В этом году мы организуем несколько секций по различным специализациям: сестринское дело, анестезиология и реаниматология, операционное дело, фтизиатрия, психиатрия, первичное здравоохранение. Сейчас для каждой секции подбираем лидера, разрабатываем положение и план занятий. Дело задумано большое, и мы не жалеем для этого ни времени, ни сил.

Ещё одно важное направление, которым мы сейчас занимаемся, это подготовка в рамках формирования учебно-методических кабинетов во всех ЛПУ столицы круглого стола с участием всех главных медицинских сестёр и старших медицинских сестёр, обучением коллег. В результате обсуждения на круглом столе в одном

из учебно-методических кабинетов хотим собрать наиболее интересную практическую информацию по теме обучения медицинских сестёр, которую профессиональный комитет обработает и представит в Методический совет Департамента здравоохранения Москвы. В состав правления Ассоциации вошли самые активные главные медицинские сёстры ЛПУ города, профессионалы высокого уровня, поэтому мы сможем помочь тем коллегам, которые создают учебно-методические кабинеты на базе своих лечебных учреждений. Проведём для них мастер-классы, предоставим необходимую литературу.

— Что вы считаете наиболее важным для сестринского персонала?

— Основой профессиональной деятельности медицинской сестры во всех её организационных формах должны быть культура сестринского дела, этические нормы поведения, уважение прав пациента. Умение работать на современном оборудовании, проводить мониторинг состояния пациента, чёткое владение сестринским процессом, основами психологии, умение обеспечивать всесторонний уход и реабилитацию пациента — всё это является важным для современного сестринского персонала, и в таких кадрах возникает наибольшая потребность.

— Какие наиболее животрепещущие сегодня проблемы требуют скорейшего решения? Каковы пути оздоровления ситуации?

— Прежде всего, это несовершенство нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность специалистов со средним медицинским и высшим сестринским образованием. Необходимо расширение зоны профессиональной деятельности медицинских сестёр, рациональное распределение обязанностей между врачом и медицинской сестрой. Также прослеживается недостаток кадрового обеспечения отрасли здравоохранения специалистами со средним



медицинским образованием. Наблюдается слабое внедрение инновационных технологий сестринского ухода, призванных повысить качество медико-санитарной помощи населению.

Но всё же позитивное движение в решении существующих проблем есть. Многие за последние годы в рядах медицинских сестёр изменилось к лучшему. Если прежде было только базовое образование, то теперь — повышенный уровень углублённой подготовки, высшее сестринское образование, интернатура, ординатура, да и кандидатские диссертации медицинские сёстры защищают. Внедряются новые должности медицинских сестёр по обучению пациентов и их родственников: как вести здоровый образ жизни, что делать при различных заболеваниях. Организуются школы здоровья в лечебных учреждениях, чтобы научить пациента не относиться чрезмерно потребительски к своему здоровью и не перекладывать заботы по его восстановлению целиком на работников здравоохранения. Дескать, вот я пришёл — и лечите меня! Профилактическая деятельность среди пациентов сейчас очень широко развивается. Медицинская сестра этой специализации нашла свою нишу не только в стационарах, но и в поликлиниках. Новый уровень сестринской помощи дик-

тует совершенствование профессиональной подготовки, развитие научных исследований в области сестринского дела и использование их результатов в практическом здравоохранении. Это даёт объективные ответы на вопрос, как предоставить пациентам наилучший уход, и укрепляет сестринское дело как профессию. Поэтому медицинские сёстры должны уметь постоянно оценивать уход и интенсивность за предоставление наилучшего ухода.

— Как правило, в стационарах у пациентов всегда складываются очень тёплые, дружеские отношения с медицинскими сёстрами. Ведь врача большой видит только во время обхода, а сестра находится рядом круглосуточно, и очень важно, когда она может оказать не только, скажем так, чисто медикаментозную помощь (инъекции, таблетки и пр.), а ещё и в результате общения психологически повлияет на скорейшее выздоровление. Душа любого лечебного учреждения заключается не только в квалификации докторов, а в основном от знаний, доброты и тепла, которые дарят пациентам медицинские сёстры. Хочу пожелать вам, Валентина Геннадьевна, и членам Ассоциации дальнейших успехов в развитии профессионализма в сестринском деле! ■



Медицинские сёстры Ленинградской области: «Будущее профессии создадим вместе»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Эти слова лежат в основе работы Ассоциации медицинских сестёр Ленинградской области на протяжении многих лет. В настоящее время в регионе разработана программа развития сестринского дела на 2013–2018 гг. Президент общественной организации «Ассоциация медицинских сестёр Ленинградской области» Надежда Кирвас вспомнила о первых шагах профессионального сообщества, а также рассказала о том, как девиз реализуется на практике в наши дни.

— Надежда Дмитриевна, какими были первые шаги в самоутверждении специалистов сестринского дела в Ленинградской области?

— Первым шагом стало повышение образования главных и старших медицинских сестёр на факультете Высшего сестринского образования СПб медицинской академии И.И. Мечникова. С приобретением новых знаний меняется подход к профессии. Сегодня сестринской службе ставятся новые задачи, создаются условия для того, чтобы пациент занял центральное место в процессе оказания медицинской помощи, разрабатываются и внедряются в практику новые формы сестринской документации, учимся работать в команде. Ассоциацией проводятся многочисленные конференции при поддержке Комитета по здравоохранению, которые посвящены вопросам организации сестринской помощи, управления сестринского процесса, инфекционной безопасности. Конференции помогают преодолеть стереотипы и предрассудки, дают новые знания.

Впервые в 2005 году принимается Программа развития сестринского дела в Ленинградской области. Основной движущей силой совершенствования системы организации сестринской помощи в регионе признаётся общественная организация средних медицинских работников во главе с её председателем В.А. Саркисовой.

— Девиз ассоциации звучит так: «Будущее профессии создадим вместе». Сколько желающих участвовать в претворении этого постулата в жизнь?

— В настоящее время количество членов достигло 3860. Разительные перемены на рабочих местах, постоянное движение, мероприятия, интенсивное общение не остаются незамеченными со стороны медицинского сообщества. Медицинские сёстры понимают, что успех определяется совместными действиями, поэтому коллеги активно вступают в профессиональное объединение.

— Из ваших слов становится очевидно, что жизнь Ассоциации достаточно насыщена, и всё же какое событие 2012 года стало знаковым?

— Это участие во Всероссийском форуме, который проходил в Санкт-Петербурге под девизом «Будущее профессии создадим вместе: открытость, доступность, информированность». Встреча была посвящена 20-летию Ассоциации медицинских сестёр России.

Наша делегация приняла активное участие в обсуждении вопросов политики и управления в сестринском деле, а также научных исследований. Модератором секции «Анестезиология и реаниматология» была старшая медсестра Ленинградской ОКБ А. Архипова. Модератором секции «Первичное здравоохранение» — старшая медсестра поликлиники Всеволожской клинической ЦРБ Т. Карпунина.

С докладами на актуальные темы выступили медицинские сёстры О. Тюпакова «Актуальные вопросы медицинских сестёр анестезиологии и реаниматологии», М. Грубич «Современные подходы к проблеме лечения пролежней», Т. Коренева «Малоинвазивные операции в амбулаторных условиях», Л. Семёнова «Современные технологии по очистке, дезинфекции и хранению эндоскопической аппаратуры», Е. Воробьева «Эффект подслизистой инъекции растворов». Интересную тему «Арт-терапия и другие позитивные формы реабилитационной работы» осветила в своём докладе главная медицинская сестра Дружносельской психиатрической больницы В. Козырева. С содержательным докладом «Особенности работы ЦСО в многопрофильном стационаре» выступил заведующий ЦСО Ленинградской ОКБ О. Карпов. Старшая медсестра Ленинградской ОДКБ О. Пякхель рассказала о грудном вскармливании и питании новорождённых и провела мастер-класс «Использование силиконовой линии».

Медицинские сёстры ЛО постоянно ведут активную общественную работу. Проводим ежегодные областные профессиональные конкурсы, принимаем участие во всероссийских конкурсах.

В заключение хочется сказать, что потенциал медицинских сестёр Ленинградской области исключительно высок. И я убеждена в том, что будущее профессии мы создадим только вместе. ■

Ванда Викторова: «Я больна нашей ассоциацией»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



Эта фраза равна признанию в любви к своему делу. А дело Ванды Ивановны Викторовой, президента Ассоциации медицинских сестёр Чувашии, – объединить средних медицинских сестёр республики и сделать их жизнь в профессии насыщенной.

Жизнь доказывает: когда впереди не просто лидер, а неравнодушный лидер – любая задача по плечу.

И эта тоже. На сегодня под крылом Ассоциации уже 9 тысяч сестёр республики. Для сравнения: в первый год существования в рядах профессиональной группы состояло всего 50 человек. Прогресс пятнадцати лет очевиден.

Именно столько исполняется объединению сестёр Чувашии!

— Помню, как в 1997 году на курсах повышения квалификации в Москве судьба меня свела с президентом РАМС В.А. Саркисовой и президентом Московской ассоциации медсестёр Л.И. Калининой. Тогда передо мной будто приоткрылась завеса: узнала, что в России не первый год крепнет сестринское движение и что нам, медсёстрам, можно получать высшее образование. И я загорелась идеей, что обязательно создам в Чувашии ассоциацию медицинских сестёр. Окрылённая этими мыслями, я прилетела домой к единомышленникам по Республиканскому совету медицинских сестёр, — вспоминает сегодня В.И. Викторова.

Кстати, создание Совета по сестринскому делу было первым шагом по единению сестёр Чувашии.

— Это были 90-е годы. Тогда меня всё чаще и чаще одолевали мысли о скучности нашей профессиональной жизни. Не было никакой методической литературы, а мероприятия сестёр были направлены только на соблюдение больничного режима. Не могла я мириться с серыми днями, каждый день росло желание оживить наш круг, — делится Ванда Ивановна. — И поэтому, когда меня пригласили в 1996 году на должность главной медсестры Республиканской больницы, являющейся научным

методцентром в Чувашии, не раздумывая, согласилась. В то же время получила должность главного внештатного специалиста по сестринскому делу республики. Вскоре мы провели первую конференцию по созданию Республиканского совета медсестёр. Первым делом протянули руку помощи сельским коллегам, особенно нуждающимся в поддержке образовательного плана.

Не прошло и двух лет, как в 1998 году В.И. Викторова с соратниками зарегистрировали новую организацию, имеющую юридически большие возможности, нежели Совет по сестринскому делу, — Ассоциацию медицинских сестёр Чувашии.

— Это была наша общая большая победа. Тогда с этим событием нас поздравила министр здравоохранения ЧР О.В. Шарапова, — продолжает президент ассоциации. — Сразу же стали плотно работать по организации высшего сестринского образования на базе Чувашского государственного университета. В 2000 году была открыта очно-заочная форма обучения, а позже — заочная. Последний вариант очень удобен для сельских работников. И параллельно на базе медицинского колледжа организовали обучение по повышенному уровню.

Заметный интерес к образованию вылился в международное сотрудничество. Сёстры Чувашии работали в российско-канадском проекте HELP, по которому в ЧР было подготовлено 30 медсестёр общей практики в Институте усовершенствования

врачей (ЧР). Ещё один пример российско-канадской сестринской инициативы — проект РОКСИ, осуществляемый в России также в рамках межправительственной программы. Он стал ещё одной образовательной площадкой для сестёр из Чувашской Республики. Благодаря этому проекту с 2009 года здесь ведётся работа по внедрению новых технологий медицинского обслуживания.

Р.С. «В три года на вопрос: кем, Ванда, хочешь стать, когда вырастешь, — я отвечала: стану Лизой! Именно так звали добрую медсестру в нашем сельском фельдшерско-акушерском пункте. Мои родители тоже мечтали о медицине, но у них не было возможности получить это образование. И я сделала всё, чтобы такая же моя мечта стала реальностью», — так вспомнила о своём детстве Ванда Ивановна. Когда эти слова были произнесены нашей героиней, у меня промелькнула мысль: а ведь такие люди не просто мечтатели с непонятными грёзами о далёком и прекрасном; их правильнее называть мечтающими реалистами, напористо превращающими свои желания в достигнутые цели. Искренне болеют за своё дело, пламенно заражая идеями других. Именно по их указке надоевшие серые будни превращаются в праздники. И на этом торжестве жизни становится теплее и радостнее не только им, но и окружающим. Как в этом случае — окружающим в профессии. ■



Досье

Е.Я. Кузьминых – председатель региональной общественной организации «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», главный специалист по сестринскому делу МЗ РМЭ, главная медицинская сестра ГБУ РМЭ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн». Заслуженный работник

здравоохранения РФ и РМЭ. Отличник здравоохранения СССР. Ветеран труда. Член Правления РАМС.

Свой профессиональный путь начала в 1964 году операционной сестрой. Прошла все этапы становления специалиста: старшая операционная сестра, главная медицинская сестра, главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения. Инициатор создания в 1995 году Регионального отделения ассоциации операционных сестёр России, в 2002 году – РОО «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл».

Время творческих исканий

■ ЕКАТЕРИНА НОВОТРОИЦКАЯ

Именно так можно назвать первые годы создания и развития сестринского движения в Республике Марий Эл, в частности, региональной общественной организации «Ассоциация средних медицинских работников Республики Марий Эл», отметившей десятилетний юбилей в 2012 году. Об успехах работы рассказывает председатель ассоциации-юбиляра Евгения Кузьминых.

— **С**ерьёзную поддержку организации все эти годы оказывают министр здравоохранения В.В. Шишкин, заместитель министра М.В. Панькова, заместитель председателя Комитета по здравоохранению Госсовета республики, главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн А.В. Смирнов и многие главные врачи. Ощущая такую поддержку, можно не только строить планы, но и вершить дела. Так было у нас все эти годы. Минувшее десятилетие стало для Ассоциации временем творческих исканий, накопления опыта и укрепления связей с коллегами из других регионов. Нам удалось пройти интересный путь и добиться значительных результатов, повысив роль ассоциации в развитии сестринского дела, информировании медицинских работников и общественности республики о целях и задачах организации, в обеспечении роста рядов.

Первыми членами ассоциации были 39 главных медицинских сестёр медучреждений Марий Эл, а в настоящее время наша организация представляет интересы

специалистов из всех лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты республики, что составляет 61% от общей численности среднего медперсонала.

Мы активно работаем в рамках соглашений о сотрудничестве, заключённых ассоциацией с Министерством здравоохранения и рескомом профсоюза работников здравоохранения республики, с Ассоциацией медицинских сестёр России. Это позволяет координировать деятельность по формированию политики сестринского дела и социальной защите членов ассоциации.

Плодотворной считаю работу с нашими социальными партнёрами — Йошкар-Олинским медицинским колледжем и Йошкар-Олинским сестричеством при Марийской Епархии.

— **Евгения Яковлевна, приоритет Ассоциации напрямую связан с профессиональным долгом медицинской сестры: во имя благополучия пациентов стремиться к совершенству посредством повышения профессиональных знаний, умений и воспитания про-**

фессиональной культуры. Как реализуется приоритетное направление?

— С этой целью мы ежегодно проводим конференции, семинары, круглые столы, мастер-классы на актуальные темы: от инфекционной безопасности пациентов и персонала до психологических аспектов деятельности специалистов. Только в 2012 году состоялось восемь республиканских конференций и столько же семинаров для специалистов со средним медицинским образованием. Участников каждой конференции обеспечиваем информационно-методическим материалом.

Сестринская профессия сегодня очень многогранна. С вступлением российских медицинских сестёр в Международный совет медицинских сестёр расширились границы международного сотрудничества, позволяющего знакомиться с опытом работы наших коллег не только в регионах России, но и за рубежом. Это даёт возможность стремиться к новым вершинам сестринской профессии.

Благодаря РАМС стало возможным участие наших делегатов в международных проектах «Лидерство в переговорах» и «Обучение по каскадному принципу; оказание помощи больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью». Один из семинаров международного проекта «Лидерство в переговорах» проходил в столице нашей республики Йошкар-Оле.

630 делегатов приняли участие в международной конференции «Организация и управление в сестринском деле», которая прошла также в Йошкар-Оле.

С 2013 года представители нашей организации участвуют в международном пятилетнем проекте для медсестёр фтизиатрической службы и в проекте медицинских сестёр по онкологии (химиотерапия). Сегодня работают 14 профильных секций Ассоциации средних медицинских работников РМЭ.

Особенно хочется отметить активность работы «Секции по этике», секций «Сестринское дело в анестезиологии-реаниматологии», «Сестринское дело в психиатрии», «Акушерское дело», «Операционное дело».

— Наверняка за десять лет работы копилка признаний и наград Ассоциации заметно наполнилась. Пожалуй, наступило время описать её содержимое. Расскажите нам о своих успехах.

— Да, конечно. Нам есть, что сказать. Традиционным стало участие членов ассоциации во всероссийских форумах и конкурсах. Исполнительный директор РОО АСМР РМЭ Е. Попова с электронным образовательным ресурсом «Пролежни. Профилактика. Уход» заняла I место на Всероссийском конкурсе учебно-методических изданий в рамках международного конгресса «Сестринское дело в России: образование, практика, наука» в Санкт-Петербурге.

На Всероссийском конкурсе «Лучший по профессии — 2011», организованном Ассоциацией медицинских сестёр России, наши представители показали отличные результаты: С. Дмитриева — II место в номинации «Лучшая анестезистка», К. Кузнецов — III место в номинации «Лучший фельдшер».

В числе лучших на Всероссийском конкурсе «Профессиональные достижения медицинских сестёр во фтизиатрии» стали А. Домрачева, П. Волкова, Н. Бочкарёва. На Всероссийском конкурсе «Детская медицинская сестра 2011 года» в номинации «Старшая медицинская сестра» победителем стала М.Ю. Мелешкина. Деятельность РОО АСМР РМЭ высоко оценена на российском уровне: в 2010 году она заняла III место во Всероссийском конкурсе «Оценка деятельности

и достижений региональной ассоциации».

Делегаты от нашей республики участвовали во всероссийских съездах средних медицинских работников в Санкт-Петербурге и Екатеринбурге, во Всероссийском форуме медицинских сестёр в Санкт-Петербурге в октябре 2012 года, выступали с докладами на секциях, активно участвовали в обсуждении проблем сестринского движения.

В республике реализован ряд проектов по инициативе и при финансовой поддержке ассоциации: регулярно выпускается газета «Сестринское дело Республики Марий Эл», работает Школа лидеров, организованы учебно-методические кабинеты, действует Школа правильного ухода за тяжелооболочными пациентами. Участвуем в конкурсах грантов главы Правительства Республики Марий Эл. Гордимся, что смогли выполнить много добрых дел, реализуя полученный грант Лиги здоровья нации.

Более 25 сестринских коллективов Марий Эл приняли участие в региональном этапе конкурса проектов «Здоровый образ жизни» и «Качество жизни» по семи номинациям. Лучшие из них участвуют в российском этапе конкурса в РАМС.

— Евгения Яковлевна, каким будет заключительное слово в вашем рассказе о сестринском движении?

— В сестринском движении России по-прежнему остаётся много вопросов, требующих решения. Мы убеждены, что специалисты со средним медицинским образованием в лечебном процессе любого медучреждения являются равноправными партнёрами врачебного персонала. Их роль переоценить невозможно. Перемены в сестринском движении страны во многом будут зависеть от деятельности сестринских общественных организаций, формирующих политику сестринского дела.

Впереди много планов и задач, успешная реализация которых зависит от нашей общей работы, понимания и поддержки руководителей учреждений и отрасли, в це-



лом от государственной политики в здравоохранении. ■



Астраханская сестринская ассоциация: намечены цели на будущее

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

«2012 год был значимым как для всей страны в целом – выборы президента, изменения в руководстве МЗ РФ, так и для сестринского сообщества в частности, отметившего 20-летие Ассоциации медицинских сестёр России», – сделала первый акцент в своём интервью президент Астраханской региональной сестринской ассоциации Валентина Анопко. Вторым акцентом стал Всероссийский форум РАМС.

Досье

Валентина Анопко в 1969 году окончила Астраханское медицинское училище по специальности «Фельдшер», а в 2009 году – ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» по специальности «Сестринское дело», квалификация – менеджер. Кандидат медицинских наук. Заслуженный работник здравоохранения.

Президент Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» с 1999 года. Член Правления РАМС с 2005 года, вице-президент РАМС с 2010 года. Ассистент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия».

— Мы гордимся проведённым Форумом, который прошёл в октябре в Санкт-Петербурге, где были подведены итоги проделанной работы и намечены цели на будущее. Впервые работа Форума была выстроена РАМС не только докладами, но и работой секций по 12 направлениям. Самые важные и интересные наработки, внедрение новых технологий, инновационные методы работы были представлены на секционных занятиях. Делегаты Астраханской региональной общественной организации «Профессиональная сестринская ассоциация» (численностью 21 человек) выступили

на секции эндоскопии, анестезиологии и реаниматологии, акушерства и образования.

— **Главной задачей в работе Ассоциации является образование сестринского персонала.**

— С 2004 года на базе ГОУ ВПО АГМА открыт факультет высшего сестринского образования и уже почти 150 человек, окончив его, занимаются научно-исследовательской работой и защищают кандидатские диссертации. Это очень важно в организации работы сестринского персонала ЛПУ, так как инновационный подход к уходу за пациентами улучшает качество состояния больных и снижает сроки пребывания их на койке. Для повышения профессиональных знаний ассоциация распространяет среди своих членов профессиональную сестринскую литературу, методические пособия, журналы, проводит научно-практические конференции, обучающие семинары, мастер-классы и профессиональные конкурсы совместно с Министерством здравоохранения Астраханской области по типу «Врач года».

— **Валентина Петровна, поделитесь опытом проведения одного из обучающих семинаров.**

— Есть такой пример. В рамках Всемирного дня борьбы против рака 7 февраля 2013 года на базе Астраханского ГБУ «Областной онкологический диспансер» совместно с ГБУЗ АО «Центр медицинской профилактики» был проведён семинар «Профилактика – путь на-

дежды», на котором присутствовали около 200 человек сестринского персонала. В конференц-зале Центром медицинской профилактики была установлена необходимая аппаратура для экспресс-диагностики по определению скрининг-оценки уровня патофизиологического и соматического здоровья медицинских работников – участников семинара. По анализу ВОЗ, медицинские работники на 30 % больше представителей всех других профессий подвержены профессиональным заболеваниям. Учитывая, что именно они входят в группу риска развития онкозаболеваний, и было проведено это обследование.

Медицинские сёстры Астраханской области по проекту РАМС постоянно участвуют в общероссийских и международных конференциях и проектах, внедряют полученные знания в сестринских коллективах. С этого года совместно с Астраханским базовым медицинским колледжем мы внедряем накопительную систему баллов на курсах повышения квалификации, что поможет постоянно стремиться получать необходимые знания и минимально отрывать персонал от своей работы. Это очень важно, особенно учитывая сложную ситуацию с сестринскими кадрами. Очень сложно описать многогранную работу ассоциации в небольшой статье. Надеемся, что сможем продолжить наш разговор на страницах вашего журнала.

— **И мы ждём продолжения диалога.** ■

Красноярская ассоциация медицинских сестёр: возрождение и расцвет

■ СВЕТЛАНА СВИСТУНОВА



Ассоциация средних медицинских работников Красноярского края организована в 2000 г. по инициативе Краевого управления здравоохранения. Однако спустя несколько лет успешной работы жизнь ассоциации, к сожалению, замерла. Но наш рассказ – с хорошим продолжением, ведь Ассоциации в Красноярске было суждено жить. О том, как возродилось профессиональное сообщество, нам рассказала президент ассоциации Наталья Фалеева.

Досье

Н.Д. Фалеева окончила Дивногорское медучилище, затем – факультет высшего сестринского образования КГМА, клиническую интернатуру по специальности «Управление» Санкт-Петербургского северо-западного медицинского университета. Руководитель секции «Операционное дело» в РАМС. Член Европейского правления операционных медсестёр. Главная медицинская сестра Краевого госпиталя ветеранов войн.

Мать двух сыновей, один из них – мастер спорта международного класса по подводному плаванию, член сборной России.

Любит природу и книги, особенно А. Солженицына, Х. Мураками, Э.-М. Ремарка.

— **П**ервым идейным вдохновителем сестринского движения медсестёр в Красноярском крае была внештатный специалист по сестринскому делу Л.Г. Толстихина. Тогда же, в 2004 г., краевая ассоциация стала коллективным членом Всероссийской ассоциации медицинских сестёр. Однако истории о профессиональном движении красноярских медсестёр было суждено прерваться в 2007 г. Про такие случаи уместно сказать, что личность играет в деле главен-

ствующую роль. Именно в то время, к сожалению, Любовь Григорьевна не смогла вести дела ассоциации, существующее тогда правление не сработало, и, увы, ассоциация ушла в небытие. Благо, спустя время нашёлся человек, способный всколыхнуть вторую волну сестринского движения в крае. Им стал Юрий Степанович Пац, декан факультета высшего сестринского образования Красноярского медуниверситета. В 2009 г. меня избрали президентом ассоциации. Вместе мы стали поднимать дело из пепла.

— **История жизни ассоциации напоминает миф о гордой птице фениксе. И как высоко ей удалось взлететь в наши дни?**

— Начинать с нуля всегда трудно, сложнее вернуть потерянное доверие. На первых порах наши приглашения вступить снова в ассоциацию отражались из-за недоверия коллег. Поэтому мы решили убеждать не словами, а делами. Была проведена большая юридическая работа по восстановлению документов организации. К тому же мы организовали профконкурс «Лучшая медицинская сестра», провели конференцию в Кардиоцентре к Дню операционной медсестры. После каждого мероприятия число желающих вступить в профессиональное сообщество только наращивается. В итоге мы взаимодействуем с Минздравом и Гражданской ассамблеей Красноярского края. Будучи руководителем, я стараюсь максимально расширить наши контакты. Как члену Европейского правления Ассоциации медицинских сестёр мне удалось побывать на встречах в Португалии, Хорватии, в скором времени ждёт Международный конгресс

операционных сестёр в Канаде и затем – визит в Прагу.

— **Каков эффект от международных встреч?**

— Эффект значительный. О нас узнали в Европе. Это престижно, к тому же обмен опытом играет важную роль. На заседаниях решаются важные проблемы, актуальными на сегодня являются профбезопасность и безопасность пациентов. По рекомендации ВОЗ мы должны попытаться внедрить в России чек-лист как эффективный инструмент контроля безопасности пациента перед операцией и после неё.

— **Наталья Дмитриевна, ваш профессиональный взгляд наверняка подметил плюсы и минусы, если сравнивать медсестёр из России с зарубежными коллегами?**

— Скажу об операционных сёстрах. Первая отличительная черта – это уровень образования. У нас для того, чтобы среднему медработнику участвовать в операции, достаточно получить среднее базовое образование плюс 1,5 месяца курса специализации, а допустим, во Франции, чтобы стать операционной медсестрой, к базовому образованию нужно прибавить ещё год учёбы. Есть и положительные сдвиги в российской образовательной среде. Если коснуться высшей школы, то, согласно новому федеральному стандарту, сегодня поднимается вопрос о введении магистратуры и бакалавриата для медсестёр. Второе, что мне показалось привлекательным у зарубежных коллег, это повышенное внимание к адаптации молодых специалистов – в нашей стране интерес к этому вопросу только начал зарождаться. ■



Новосибирская ассоциация медицинских сестёр создана в апреле 1998 года, в рамках реформирования сестринского дела в Российской Федерации, по инициативе лидеров сестринского дела — главных и старших медицинских сестёр Новосибирской области. Сегодня Ассоциации исполнилось 15 лет, и в её рядах состоят почти 9 тыс. человек (на момент образования, в 1998 году, ее членами было не более 100 человек). Новосибирская ассоциация является коллективным членом Российской ассоциации медицинских сестёр (РАМС).

Годы роста и созидания: Новосибирской ассоциации медицинских сестёр — 15 лет

■ Л.Д. Гололобова, президент РОО НПАССД; М.И. Поскотина, методист

Задачами нашей Ассоциации являются возрождение отечественных традиций милосердия; юридическая защита интересов сестринского персонала; содействие развитию медицинской науки и практики в области сестринского дела, широкое внедрение в сестринскую практику новейших достижений отечественной и зарубежной медицины; содействие повышению профессионального уровня сестринского персонала; консолидация усилий в вопросах повышения престижа и социального статуса сестринской профессии; участие в разработке норм медицинской этики, участие в решении вопросов, связанных с нарушением этических норм; участие в разработке стандартов качества медицинской помощи и др.



Досье

Людмила Дмитриевна Гололобова, президент РОО НПАССД, главный специалист Новосибирской области по управлению сестринской деятельностью. Образование — высшее медицинское по специальности «Управление сестринской деятельностью». Автор и соавтор множества публикаций по проблематике эффективного управления сестринскими подразделениями, эргономике рабочих мест, аутсорсинга смежных процессов в составе мультидисциплинарных бригад, экспертного консалтинга и др.

Заслуженный работник здравоохранения РФ (1998). За многолетний добросовестный труд удостоена медали «За заслуги перед Отечеством» II степени (2009) и других наград.

Одним из приоритетов деятельности Новосибирской ассоциации медицинских сестёр выбрано непрерывное повышение квалификации сестринского персонала. Более ста руководителей сестринских подразделений имеют высшее медицинское образование по специальности «Управление сестринской деятельностью» и одна медицинская сестра — учёную степень кандидата медицинских наук.

Учитывая тенденции развития современного образования — гло-

бализацию, информатизацию, технологизацию и повышение значимости образования для личности, мы сотрудничаем с образовательными учреждениями высшего (НГМУ) и среднего профессионального образования. Новосибирский медицинский колледж во главе с директором С.В. Домахиной, Бердский медицинский колледж во главе с директором Н.С. Власовой, Купинский медицинский техникум во главе с директором М.А. Недбаевой являются коллективными членами Ассоциации.

Совместно с образовательными учреждениями ежегодно проводятся десятки обучающих семинаров, школ и конференций. Не случайно Новосибирск был выбран для проведения Всероссийской конференции «Организация и управление в сестринском деле» (2008). Наши коллеги разработали и внедрили в практическое здравоохранение региона медико-технологические протоколы и стандарты сестринской помощи, открыли учебно-

методические кабинеты, школы здоровья и отделения сестринского ухода, создали собственный web-сайт www.medsestra-nsk.ru. Участие во Всероссийском смотре-конкурсе «Лучший по профессии — 2009» в номинации «Лечебное дело» принесло III призовое место фельдшеру Краснозёрской ЦРБ. Две наши коллеги — акушерка из Краснозёрской ЦРБ и медицинская сестра из Кольцово прошли отборочные этапы и вышли в финал Всероссийского конкурса профессионального мастерства «Лучший по профессии — 2011». Победным оказалось наше участие во Всероссийском конкурсе учебно-методической литературы, проходившем в рамках Международного конгресса «Сестринское дело в России: образование, практика, наука» в Санкт-Петербурге (2011). Представленная нами монография «Руководство по инъекционной технике» заняла первое место с присвоением грифа Центрального методического совета СПбГМА им. И.И. Меч-



Губернатор Новосибирской области **В.А. Юрченко**, министр здравоохранения Новосибирской области **О.В. Кравченко**



На встрече с губернатором

никова: «Рекомендовать использовать в учебном процессе в средних медицинских учебных заведениях» и получила Малую золотую медаль на Сибирской Ярмарке «МедСиб – 2012». Большое внимание Ассоциация уделяет разработке учебно-методической литературы, популяризации журналов «Вестник Ассоциации», других периодических печатных изданий.

Мы много лет плодотворно сотрудничаем с зарубежными коллегами, и наша дружба с коллегами из Германии служит хорошим примером для других общественных объединений города. Мастер-классы и семинары, проводимые совместно с немецкими медицинскими сестрами, привлекают большое внимание всех, кто интересуется вопросами профессионального сестринского ухода. В 2007–2010 годах наши коллеги принимали участие в совместном проекте Международного совета медсестёр и РАМС «Лидерство в переговорах». Сегодня мы являемся участниками международных проектов по фтизиатрии и онкологии.

Представители Ассоциации приглашаются к участию во всех крупных форумах, проводимых под эгидой Минздрава России, Минздрава Новосибирской области и РАМС, что позволяет своевременно доносить до сестринских подразделе-



МедСиб – 2012

ний полную и объективную информацию по вопросам профессионального развития, юридической и социальной проблематики.

29 февраля 2012 года в здании Правительства Новосибирской области состоялась встреча губернатора Новосибирской области В.А. Юрченко с представителями сестринского сообщества. На встрече прошло обсуждение таких актуальных вопросов, как кадровый дефицит, низкий престиж профессии, пути совершенствования системы оплаты труда сестринского персонала, изыскание возможностей льготного предоставления жилья медицинским сестрам Новосибирской области и др.

Делегация Новосибирской ассоциации медсестёр принимала активное участие в работе III Съезда средних медицинских работников (Екатеринбург, 2009), в рамках которого эксперты из Новосибирска внесли свой вклад в разработку проекта Программы развития сестринского дела в Российской Федерации на 2010–2020 годы. Отдельно хотим отметить участие нашей Ассоциации в грандиозном мероприятии – Всероссийском форуме медицинских сестёр, посвящённом 20-летию РАМС, с участием представитель Минздрава РФ и многочисленных зарубежных делегаций. Силами Новосибирской ассоциации была организована работа секции «Профессиональное образование», где всесторонне освещались вопросы

подготовки сестринского персонала и профессиональные навыки, необходимые современному специалисту (грамотное общение, брендинг, гибкость и повышенная производительность).

Заслуги наших коллег, членов Ассоциации, отмечены наградами президента России. В 2009–2010 годах трём медицинским сестрам вручены правительственные награды – медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени. Среди наших коллег много заслуженных работников здравоохранения Российской Федерации и награждённых высшим знаком РАМС – «За верность профессии».

В условиях модернизации российского здравоохранения считаем стратегически важным открытие Координационного совета по сестринскому делу при Министерстве здравоохранения Новосибирской области и создание глобального отраслевого документа – «Стратегия развития сестринского дела в Новосибирской области на 2013–2015 годы», участие в разработке документов по организации Областного совета по сестринскому делу и Областного совета фельдшеров.

Ассоциация находится в постоянном поиске новых идей, и высокая профессиональная и социальная зрелость наших коллег вселяет надежду в то, что мы и далее будем успешно консолидироваться вокруг общей идеи «Будущее профессии создадим вместе!».

Досье

Аграфена Яковлева — президент АСМР РС(Я). В 1975 году окончила Якутское медицинское училище по специальности «Фельдшер». В 2010 году обучалась в Санкт-Петербургском центре последипломного образования для средних медицинских работников по специаль-

ности «Организатор сестринского дела». Сначала работала медицинской сестрой хирургического отделения, а затем старшей медсестрой этого же отделения Республиканской больницы с последующим назначением на должность главного специалиста по сестринскому делу в Национальном центре медицины. В дан-

ной должности работает на протяжении 14 лет.

Аграфена Васильевна отмечена высокими правительственными наградами: «Заслуженный работник здравоохранения РС (Я)», «Заслуженный работник здравоохранения РФ», «Отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия)».

Медицинские сестры Якутии — за престиж профессии

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



Выездная коллегия Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) в г. Нерюнгри. Министр здравоохранения РС (Я) А.В. Горохов (слева), главный врач ГБУ РС (Я) «Нерюнгринская ЦРБ» Н.П. Степанов (справа)

Создание Ассоциации средних медработников в Республике Саха (Якутия) стало важным событием в истории сестринского дела. Инициатором создания Ассоциации явились Министерство здравоохранения РС (Я) и Республиканский совет по сестринскому делу. Постоянный рост ассоциации выражается в следующих количественных показателях: в 2012 году здесь зарегистрировано 5673 члена, что составляет 52 % от числа всех средних медицинских работников республики. Подробнее о жизни ассоциации мы узнаем во время диалога с руководством объединения.



Пленарные заседания. А.В. Яковлева, президент АСМР РС (Я), главный специалист по СД Национального центра медицины, Т.С. Тыдыкова, вице-президент АСМР РС (Я), главная медицинская сестра ГБУ РС(Я) «Нерюнгринская ЦРБ», В.И. Копылова, член Правления АСМР РС (Я), главная медицинская сестра ЯРНД, О.В. Багьева, член Правления АСМР РС (Я), главная медицинская сестра ЯНЦ СО РАН

Татьяна Тыдыкова. — На первом этапе пути члены ассоциации изучали и знакомились с опытом работы других регионов. Лидеры сестринского дела республики отчетливо понимали, что необходимо наращивать потенциал сестринского дела. Время требовало разработки новых реальных планов. Так, на очередной конференции в 2008 году состоялись выборы нового состава Правления АСМР. Руководителем была избрана главный специалист по СД Национального центра медицины Аграфена Васильевна Яковлева. Коллеги учли ее опыт и авторитет среди специалистов сестринского дела, который на протяжении многих лет отмечен при организации различных мероприятий республиканского уровня.

Объединяющим фактором стала цель — привлечь внимание к профессии медицинской сестры, поднять ее престиж. С первого дня существования объединения мы выполняем ряд главных задач: расширяем диапазон профессиональной роли медицинских сестер, повышаем качество медпомощи, распространяем передовой опыт в области

сестринского дела, возрождаем традиции милосердия, защищаем интересы медицинских сестер в законодательных, административных органах, организуем сбор информации по сестринскому делу, ее анализ и распространение, сотрудничаем с РАМС.

Преодолевая расстояния, приобретаая партнерство

Обмен опытом имеет немаловажное значение для специалистов СД. Примечательно, что для прямого контакта профессиональному сообществу препятствуют огромные географические расстояния между регионами, порой многие сотни километров, что вызывает особые трудности в проведении различных мероприятий. Правлением Ассоциации СМР РС (Я) было принято решение объединить работу специалистов СД промышленных регионов (города Ленск, Алдан, Мирный, Нерюнгри).

— В целях подготовки средних медицинских работников для здравоохранения республики, приобретения ими профессиональных навыков и ознакомления с лечебными

— Ассоциация средних медицинских работников республики основана в 2000 году. В состав Ассоциации медицинских сестер России (РАМС) в качестве регионального отделения мы вступили в 2002 году, — говорит вице-президент АСМР РС (Я)

Досье

Татьяна Тыдыкова — вице-президент АСМР РС(Я), главная медицинская сестра ГБУ РС(Я) «Нерюнгринская ЦРБ».

В 1977 году окончила Беловское медицинское училище Кемеровской области по специальности «Фельдшер». В 2004 году повысила

образовательный уровень, получив специальность «Организатор СД». А в 2008 году получила высшее юридическое образование. Работала медицинской сестрой — анестезисткой, затем старшей медицинской сестрой в отделении реанимации.

С 2002 года стала главной медсестрой в Нерюнгринской ЦРБ. Явля-

ется основателем Ассоциации в Нерюнгринском районе с 2000 года. В 2008 году назначена на должность вице-президента АСМР РС (Я). Имеет следующие высокие звания: «Отличник здравоохранения Республики Саха (Якутия)», «Отличник здравоохранения Российской Федерации».

учреждениями, продолжается социальное партнерство с Алданским, Нерюнгринским и Якутским медицинскими колледжами, — рассказывает о деятельности организации Татьяна Тыдыкова.

— Мы планомерно развиваемся, — подтверждает президент АСМР РС (Я) Аграфена Яковлева. — Одним из важнейших направлений деятельности Ассоциации являются развитие инновационной сестринской практики и внедрение современных технологий ухода. Под эгидой Ассоциации разработаны и внедрены методические пособия: «Годовой отчет главной медицинской сестры», «Организация труда главных медицинских сестер», «Стандарт медицинских манипуляций и сестринского ухода за новорожденными» и т. д.

В 2011 году проведена Всероссийская конференция с участием Правления РАМС, на которой было принято трехстороннее соглашение между Министерством здравоохранения РС (Я), РАМС и АСМР РС (Я). Для успешного внедрения инноваций и повышения качества и эффективности работы средних медицинских работников очень важны понимание и поддержка администрации всех уровней. На протяжении последних трех лет отчетливо видна работа Правления по проведению конференций Всероссийского и республиканского масштаба.

Свидетельством плодотворного сотрудничества с Министерством здравоохранения стала работа Аггестационной комиссии для средних медицинских работников, где председателем экспертной комиссии является президент Ассоциации СМР РС (Я) А.В. Яковлева.

— Вся работа строится на конструктивном диалоге с руководителями отрасли и непосредственно

в тесном контакте с главным внештатным специалистом по СД Минздрава республики Н.Н. Грязнухиной, — продолжает рассказ президент ассоциации. — Во всем мы находим поддержку со стороны министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) в лице министра Александра Васильевича Горехова.

Участие Ассоциации в форумах различного уровня способствует укреплению авторитета организации как в регионе, так и за его пределами. Лидеры сестринского дела активно участвуют в работе РАМС.

Подтверждением тому стало участие сестер из Якутии во Всероссийском форуме средних медицинских работников, где были представлены четыре доклада: главного внештатного специалиста по СД РС (Я) Н.Н. Грязнухиной «Управление сестринской деятельностью в Республике Саха» (Якутия); вице-президента АСМР РС (Я) Т.С. Тыдыковой «Опыт работы филиала Нерюнгринской ассоциации в расширении партнерских взаимоотношений между медицинским колледжем и ЛПУ»; заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом НПЦ «Фтизиатрия» А.И. Обутовой «Профилактика туберкулеза у работников медорганизаций»; старшей операционной сестры Национального центра медицины Л.С. Соболевской «Роль школы операционных медсестер».

— Таким образом, нам представилась возможность познакомиться с передовым опытом развития сестринского дела в разных регионах России и странах мира. Представители нашей Ассоциации — А.И. Обутова, О.В. Багрева, Т.Э. Нуржанова были отмечены высокими наградами, — подытожила участие в этом форуме президент ассоциации Яков-



Республиканская конференция для организаторов сестринского дела. **Е.Н. Софронова**, главная медицинская сестра Национального центра медицины, **А.В. Яковлева**, президент АСМР РС (Я), главный специалист по СД Национального центра медицины, **Т.С. Тыдыкова**, главная медицинская сестра ГБУ РС (Я) «Нерюнгринская ЦРБ», вице-президент АСМР РС (Я)



На Форуме: **Н.Н. Грязнухина**, главный внештатный специалист по управлению СД Министерства здравоохранения РС (Я), **И.И. Адамова**, директор Нерюнгринского медицинского колледжа, **А.И. Обутова**, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом НПЦ «Фтизиатрия», **Т.С. Тыдыкова**, вице-президент АСМР РС (Я)

лева. — На этой встрече отчетливо обозначены проблемы средних медицинских работников, предложены пути их решения, поставлены задачи на перспективу. Как сказала президент Ассоциации медицинских сестер России В.А. Саркисова: «Надемся, что все поставленные вопросы были услышаны всеми, от кого зависит принятие решений на самом высшем уровне».

Тамара Бидагаева: «С оптимизмом — в будущее»

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

ГБУЗ «Городская больница № 4» г. Улан-Удэ за свою более чем 70-летнюю историю накопила много фактов, доказывающих, что коллектив учреждения нацелен на высокий результат.

Пять лет назад на базе детской поликлиники ГБ № 4 при поддержке Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) была открыта и активно функционирует первая в республике Клиника, дружественная к молодёжи — отделение медико-социальной помощи подросткам, основанное на четырёх принципах: добровольности, доступности, доброжелательности и доверии. Четыре слова, начинающиеся с буквы, символизирующей Добро, что и является главным в медицинском деле, принесли очередное высокое признание. По результатам конкурса и лучших достижений в работе клиника КДМ из Улан-Удэ завоевала Гран-при, став лучшей в России. О других достижениях нам рассказала главный врач, заслуженный врач РБ Тамара Бидагаева.

— Наша больница ведёт свою историю с 1937 г., с открытия медицинской части для строящегося авиационного завода. В разные годы её возглавляли А. Мамонтов, В. Бубеев, К. Шопхоев, Т. Орлова, Т. Зимина и в течение 20 лет М. Алексинцева. В 1988 г. сдано в эксплуатацию семиэтажное здание поликлиники, оснащённое необходимым диагностическим оборудованием с уникальными лечебными подразделениями: дневным стационаром, центром амбулаторной хирургии, водо- и грязелечебным комплексом с бассейном, залами лечебной физкультуры и физиолечебницей.

— Тамара Григорьевна, какими событиями наполнена современная история больницы?

— В 2002 г. были объединены поликлиника и стационар в единое учреждение — ГБ № 4. Сегодня это поликлиника на 880 посещений

в смену, обслуживающая 44 тыс. человек, и многопрофильный стационар на 220 коек, где трудятся более 600 человек. Ежегодно совершенствуется материально-техническая база, идёт переоснащение современным оборудованием, развиваются информационные технологии, внедряются современные методы организации и оказания медицинской помощи: стационарзамещающие технологии, общеврачебная и семейная практика и т.д.

— Каковы результаты проделанной работы?

— ГБ № 4 стала школой передового опыта в республике по организации реабилитационной помощи детям раннего возраста, по организации работы с подростками в Клинике, дружественной к молодёжи, по работе с беременными по антенатальной и постнатальной профилактике аллергических заболеваний, по внедрению сестринского процесса в работу амбулаторного и стационарного звена.

Успешная работа позволила добиться значительного снижения показателей младенческой и перинатальной смертности, которые являются одними из самых низких в РБ, улучшить выявляемость в ранних стадиях хронических неинфекционных заболеваний, включая онкологические, снизить больничную летальность, в том числе значительно от осложнений (ТЭЛА) у реанимационной категории больных.

— Появились ли новые службы в составе больницы?

— В ноябре 2010 г. у нас была организована Служба ранней помощи, работающая с самой сложной категорией детей (ДЦП, недоношенные дети, дети с органическими поражениями мозга и др.). Таким де-



тям очень сложно помочь традиционными методами, поэтому важен комплексный подход. Что характерно, эффект от работы мы получаем очень быстро. Например, у нас есть случаи, когда дети в 6-летнем возрасте самостоятельно не могли передвигаться, а после терапии начинали ходить. При этом главная цель службы — адаптировать ребёнка и его семью к жизни, ведь часто такие семьи находятся в депрессивном состоянии. И мы делаем всё от нас зависящее, чтобы показать для них мир с другой стороны — светлой.

К уже имеющимся технологиям добавлено водолечение. По программе модернизации проведены ремонт и оснащение европейским оборудованием трёх бассейнов, оборудованы новейшими тренажёрами залы для занятий лечебной физкультурой. Всё это позволяет оказывать достаточно эффективную программную реабилитационную помощь детям.

Ведёт реабилитацию заведующая отделением ранней помощи, уникальный специалист С. Даздорова, врач-невролог высшей квалификационной категории, заслуженный врач РБ. В 2012 г. по итогам Всероссийского конкурса ей присвоено звание «Лучший педиатр России — 2012». О работе службы получены положительные отзывы экспертов из Института раннего вмешательства (Санкт-Петербург), Центра лечебной педагогики (Москва). Трудом таких врачей и медсестёр нашей больницы и достигнуты успехи, что позволяет нам с оптимизмом смотреть в будущее. ■

COMPLEXAIR

OXYPLUS
TECHNOLOGIES
NOVAIR
Group

официальный дистрибьютор компании Oxyplus Technologies (Novair Group) в РФ

Сегодня компания предлагает 4 линейки кислородных концентраторов медицинского назначения для удовлетворения потребностей всех видов больниц:

PREMIUM HF

Чистота $95\% \pm 1\%$
Производительность
2,5-16 м³/ч

Специально предназначен для больниц с операционными и палатами реанимации. Отличается высокой стабильностью концентрации кислорода и расширенными возможностями контроля и управления.



ORLANE

Чистота $93\% \pm 3\%$
Производительность
3-86 м³/ч

Доступные по цене генераторы кислорода, предназначены для всех видов лечебных учреждений.



По желанию заказчика, система генерирования кислорода может быть исполнена в контейнере, что позволяет достигать большей мобильности, а также избежать необходимости строительства специального помещения.

OXYSTAR99

Чистота $99,5\%$
Производительность
2,1-25 м³/ч

Высокотехнологичные концентраторы кислорода высокой чистоты для производства кислорода наилучшего качества.



Мобильные и компактные концентраторы

ModulO2

Концентрация $93\% \pm 3\%$
Производительность
10-20 л/мин

Специально разработаны для лечебных учреждений с небольшим потреблением кислорода. Могут быть подключены как непосредственно к наркозно-дыхательной аппаратуре через клапан на лицевой панели (стандарты DIN, AFNOR, GВи др.), так и к сети централизованного кислородоснабжения.





Центр коррекции сколиозов Федерального медико-биологического агентства на базе ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России

Уникальные отечественные технологии на защите здоровья детей

■ М.Т. Сампиев, А.А. Лака

Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центральная детская клиническая больница Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России) – многопрофильное медицинское учреждение, оказывающее высококвалифицированную лечебно-профилактическую помощь детям и плодотворно сотрудничающее с ведущими научно-исследовательскими институтами и другими медицинскими учреждениями, а также страховыми компаниями. ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России является клинической базой кафедр педиатрии, детской хирургии, ультразвуковой диагностики, факультетской педиатрии № 1, сурдологии. Многие сотрудники, работающие в клинике, преподают в медицинских вузах г. Москвы, занимаются научной работой, публикуют результаты своих исследований в авторитетных отечественных и зарубежных изданиях. Ежегодно специалисты, работающие в клинике, готовят к опубликованию монографии, методические рекомендации и учебные пособия по наиболее актуальным проблемам современной педиатрии; организуют, проводят и выступают с докладами на российских и международных научно-практических конференциях и симпозиумах.

Больница проводит комплексное обследование и многопрофильное лечение по следующим направлениям: аллергология, гастроэнтерология, гематология, гинекология, диетология, иммунология, клиническая лечебная физкультура, логопедия, неврология, нефрология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, проктология, психиатрия, пульмонология, стоматология, урология, физиотерапия, хирургия, эндокринология, ортопедия, ревматология и кардиология.

На базе ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России проводят высокотехнологичные операции по восстановлению слуха специалисты Российского научно-практического центра аудиологии и слухопротезирования ФМБА России. В состав ЦДКБ входят также Центр синкопальных состояний и сердечных аритмий у детей и подростков, Центр психоневрологии и реабилитации детей с двигательными нарушениями, Центр коррекции сколиозов, сотрудники которых проводят научные исследования, значительную методическую и учебную работу в своих областях.

Деформации позвоночника представляют серьёзную медицинскую, а также социальную проблему для детей и родителей, поскольку оказывают существенное влияние не только на состояние здоровья, но и на качество жизни. По статистике, в Российской

Федерации около 250 000 человек нуждаются в хирургическом лечении по поводу данной патологии. В США число хирургов, оказывающих медицинскую помощь в этом направлении, составляет около 4000, в России таких специалистов менее 30.

Центр коррекции сколиозов ФМБА России на базе травматолого-ортопедического отделения является одним из ведущих клинических и научных структурных подразделений ФГБУЗ ЦДКБ ФМБА России. Был организован в 2007 году для оказания ортопедической помощи детям с деформациями позвоночника. Руководителем Центра коррекции сколиозов в настоящее время является доктор медицинских наук профессор Кафедры травматологии и ортопедии РУДН Мухаммад Таблиханович Сампиев.

Ведущими направлениями в научной и практической деятельности Центра являются разработка и внедрение динамических систем, позволяющих оперировать детей при активном росте позвоночника. Сотрудниками Центра коррекции сколиоза — профессорами А.А. Лака, М.Т. Сампиевым и Н.В. Загородним была предложена оригинальная концепция коррекции сколиоза дорсальной системой, сочетающей в себе высокие корригирующие свойства и свойство самоудлинения по мере роста позвоночника ребёнка. Конструкция получила название LSZ, была запатентована и одобрена для применения в России, впоследствии в Европе.

Уникальность данного метода состоит в том, что в мире нет подобной методики, а имеющиеся зарубежные спинальные системы необходимо вручную растягивать каждые полгода после первой операции по мере роста ребёнка. Естественно, такое лечение сопровождается высоким числом осложнений и неудобно для пациента.

С использованием разработанного специалистами Центра коррекции сколиозов ФМБА России на базе ЦДКБ ФМБА России метода было прооперировано свыше 500 детей с деформациями позвоночника.

На рис. 1 представлены рентгенограммы пациентки до и после проведенного лечения, а также через три года после него и финальный результат коррекции крайне тяжелого сколиоза.

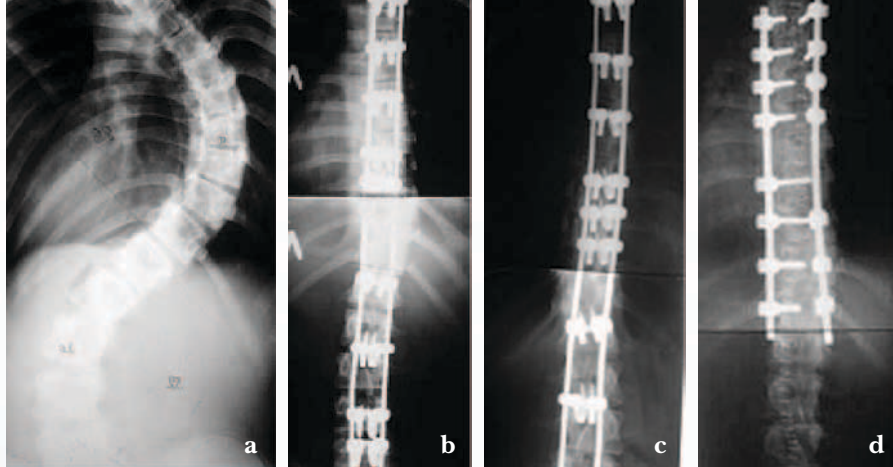


Рис. 1. Рентгенограммы пациентки 12 лет с тяжелой сколиотической деформацией: а) до операции; б) после операции по коррекции сколиоза системой LSZ; в) через три года после операции; д) после завершения роста позвоночника и финальной коррекции стабильной системой

По результатам проведенных в Германии в 2011 году исследований, система LSZ полностью соответствует стандартам ASTM F 1798-97 (2008) по упругости, прочности и пластичности и не уступает зарубежным аналогам.

Большим шагом в развитии методики коррекции сколиоза и развитии Центра коррекции сколиоза стала презентация конструкции LSZ на ежегодной международной конференции спинальных хирургов Eurospine 2011 (Милан).



Профессор **М.Т. Сампиев** (слева) и профессор **А.А. Лака** на презентации своей конструкции на выставке Евроспайн – 2011



Мастер-класс в клинике города Франкфурт-на-Майне (Германия)

В качестве примера представлены рентгенограммы и фото наших пациентов до и после операции (рис. 2)

Большая часть работы направлена на применение современных хирургических техник в лечении деформаций позвоночника, которые применяются в мире. Для этого сотрудники Центра ежегодно проходят обучение в ведущих вертебрологических клиниках и институтах Франции, Германии, Швейцарии, США, а также участвуют в международных конференциях. Результатом такого подхода является использование в практике самых современных и передовых методов в лечении сколиоза и других деформаций позвоночника. Использование новейшего инструментария в повседневной практике позволяет значительно сократить время операций, существенно уменьшить кровопотерю и достичь максимального эффекта в коррекции сколиоза. Сотрудники Центра коррекции сколиозов ФМБА

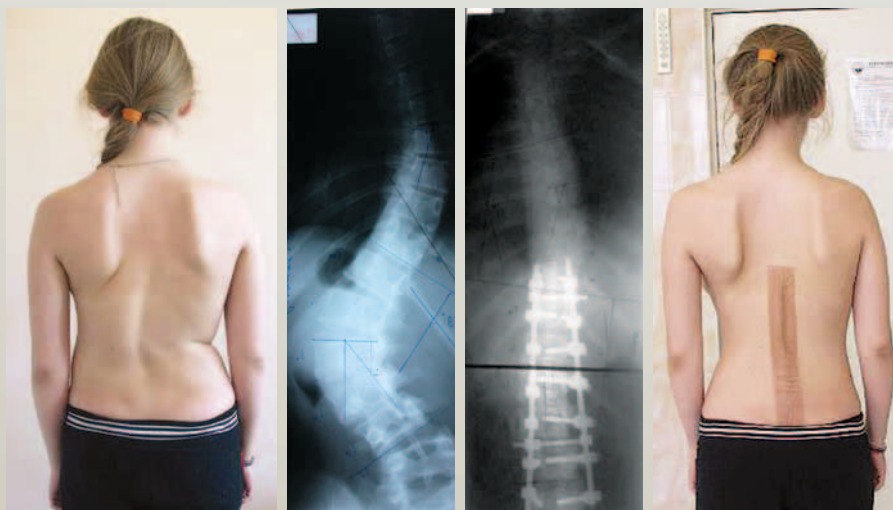


Рис. 2. Пациентка, О., 14 лет. Диагноз: идиопатический сколиоз 4-й степени. До операции 69 град., после операции 8 град.

России на базе Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная детская клиническая больница Федерального медико-биологического агентства» всегда готовы оказать необходимую консультативную и практическую помощь детям с нарушениями осанки и их родителям.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Тел. 8 (499) 324-74-20, сайт www.cdskbmba.ru, эл. адрес cdkb-fmba@mail.ru

Клиника ФГБУ НИИДИ ФМБА России: 86 лет движения вперёд

■ Мария Вашукова, заместитель главного врача по развитию медицинской помощи

О работе Клиники ФГБУ НИИДИ ФМБА России, основных достижениях и тенденциях развития рассказывает главный врач, к.м.н. Ирина Самойлова.

— История нашей Клиники насчитывает почти 90 лет. Сегодня это крупнейшее в России научно-лечебное учреждение по проблемам детской инфектологии, в котором имеются все возможности для оказания качественной медицинской помощи на современном научном и практическом уровне. У нас созданы хорошие условия для работы персонала и размещения пациентов и их родителей в комфортных условиях, клинические и лабораторные подразделения оснащены самым передовым оборудованием для лабораторной, функциональной диагностики и лечебного процесса. Всё это стало возможным благодаря организационным усилиям руководителя ФМБА России, д.м.н., профессора В.В. Уйба, направленным на помощь детям с инфекционной патологией не только из прикрепленного контингента Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, но и Российской Федерации, под руководством директора Института, академик РАМН, д.м.н., профессора Ю.В. Лобзина, являющегося главным внештатным специалистом по инфекционным болезням у детей в РФ.

За последние 5 лет кардинально изменился не только внешний облик Клиники, но и содержательная часть подразделений. К 2011 году произведена полная поэтапная реконструкция клинического и лабораторного корпусов. В 2012-м по Федеральной программе модернизации здравоохранения приобретено и введено в эксплуатацию почти 200 ед. высокотехнологичного медицин-

ского оборудования, поступившего в различные подразделения Клиники. Следует сделать акцент на кардинальном переоснащении отделения реанимации и интенсивной терапии дыхательной и следящей аппаратурой, комплексом для проведения различных видов эфферентной терапии, что не только расширило возможности по оказанию экстренной и неотложной помощи, но и улучшило объективный контроль состояния пациентов.

Внедрены современные высокотехнологичные методы этиологической и функциональной диагностики: MALDI-TOF масс-спектрометрия, Real-time ПЦР, транскраниальная магнитная стимуляция головного и спинного мозга; вызванные потенциалы различных модальностей, видеоэнцефалографическое исследование и др. Разработаны и успешно используются современные схемы лечения многих актуальных инфекционных заболеваний и состояний.

В течение последнего года в Клинике внедряется медицинская информационная система, что позволяет пользоваться электронной историей болезни и организовать работу всех подразделений на современном технологическом уровне. Амбулаторно-поликлинический центр стал доступнее для большего числа пациентов, предоставляя возможность записи на амбулаторный приём через Интернет в режиме онлайн.

— **Ирина Геннадьевна, что нового для диагностики и лечения может предложить ваша Клиника, являющаяся, кстати, головным учреждением по инфекционным заболеваниям у детей?**

— Хочу остановиться на чрезвычайно востребованных высокотехнологичных методах лечения тяжёлых двигательных нарушений



Ю. Лобзин, директор Института, и И. Самойлова, главный врач

у детей с тяжёлыми поражениями центральной нервной системы различного происхождения: травматических, неврологических. С конца 2012 года введён в эксплуатацию и используется новый, пока единственный в нашей стране, уникальный высокотехнологичный роботизированный комплекс механотерапии MotionMaker™ (официально зарегистрирован МЗ РФ), обеспечивающий технологию интенсивной нейрореабилитации с биологической обратной связью. Этот инновационный метод позволяет вовлекать парализованные мышцы в процесс движения даже в случаях отсутствия контроля произвольных движений. Пассивные упражнения трансформируются в активные. При этом за счёт дозированных, ритмически повторяющихся физических упражнений восстанавливаются подвижность и амплитуда движений в суставах, уменьшается патологический мышечный тонус, увеличивается индуцированная сила мышц, уменьшается болевой синдром, улучшается координация движений. Терапия с использованием системы MotionMaker™ позволяет таким детям улучшить ходьбу и уменьшить потребность в постоянной помощи.

Из большого разнообразия диагностических методов хотелось бы обратить внимание на капсульную эндоскопию — даже дошкольники могут легко проглотить миниатюрную капсулу, размером с таблетку, содержащую видеорегилятор и источник света. Выводится она безболезненно естественным путём в течение суток, передавая за это время информацию о состоянии желудочно-кишечного тракта на регистрирующее устройство.



Г. Полтавченко, В. Уйба, руководитель ФМБА России, и Ю. Лобзин



Е. Байбарина, директор Департамента МЗ РФ

В клиническую практику внедрено более 80 новых медицинских технологий, разработанных научными отделами Института только за период 2011–2012 годов.

— Как решается у вас кадровая проблема?

— Клиника полностью укомплектована врачом персоналом. На данный момент у нас работают 109 средних медицинских работников, имеющих сертификат специалиста. Большинство старших медицинских сестёр имеют высшее сестринское образование и высшую квалификационную категорию.

В современном симуляционном центре организовано обучение среднего медперсонала для совершенствования навыков готовности к оказанию неотложной помощи, улучшения манипуляционной техники. Проводятся занятия с медицинским персоналом, посвящённые вопросам деонтологии. Постоянно внедряются новые методики для повышения эффективности сестринской помощи, что позволяет избежать осложнений, связанных с дефицитом ухода, повысить эффективность лечебно-диагностического процесса, уменьшить текучесть сестринских кадров и повысить значимость престижа профессии медицинской сестры в глазах пациентов и самих сотрудников.

Постоянно изучается удовлетворённость пациентов и их родителей оказываемой медицинской помощью.

— Что отличает вашу Клинику от других инфекционных стационаров?

— Уникальная особенность Клиники в том, что это не просто ин-

фекционный стационар, но и база для научного анализа, позволяющая внедрять новые методики лечения и диагностики. Заслуживает внимания тот факт, что научные отделы постоянно осуществляют высококвалифицированную научно-методическую и практическую помощь Клинике Института.

С 2011 года при поддержке МЗ РФ на базе Института планировалась организация обучающего симуляционного центра для подготовки и повышения квалификации специалистов в области анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии из России и других стран. Сегодня центр оснащён самыми современными средствами и технологиями обучения: тренажёрами и роботами-симуляторами, манекенами-имитаторами, электронными фантомами, моделями муляжами и другим интерактивным компьютеризированным оборудованием, а также реальным оборудованием отделения реанимации и интенсивной терапии (аппараты ИВЛ, кюветы, открытыми реанимационными системами, дефибрилляторами, видеоларингоскопами и т.п.).

В декабре 2012 года на базе Института состоялся II Международный форум «Пути снижения детской смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний: российский опыт» в рамках G8, заслуживший высокую оценку директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения МЗ РФ, д.м.н, профессора Е.Н. Байбариной.

Привлекателен тот факт, что в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях могут

одновременно лечиться все члены семьи: взрослые и дети, что обеспечено высокой квалификацией врачей не только педиатрического профиля, но и терапевтами, инфекционистами и другими специалистами. В Клинике открыто дифференциально-диагностическое отделение для взрослых, где родители, ухаживающие за детьми, могут получить медицинскую помощь.

В начале 2013 года, после ремонта и оснащения, открыто отделение вакцинопрофилактики инфекционных болезней и иммунодефицитных состояний в режиме круглосуточного стационара, что позволяет прививать детей с сочетанными заболеваниями под наблюдением медицинского персонала.

Но самое важное, на наш взгляд, это наличие реалистичной актуальной программы перспективного развития Клиники, где предусмотрено не только создание условий индивидуального размещения пациентов, но и развитие новых направлений медицинской помощи и диагностики, среди которых нужно упомянуть лечение спастических состояний при детском церебральном параличе и других поражениях нервной и опорно-двигательной систем с применением ботулинотерапии; медико-генетические исследования, включая секвенирование гена при наследственных заболеваниях у детей; восстановительное лечение с использованием роботизированной техники; диагностику заболеваний желудочно-кишечного тракта с применением видеокапсульной эндоскопии; расширение спектра ПЦР-диагностики в реальном времени; проточную цитофлуориметрию и сортировку клеток; использование мультиплексного анализа для диагностики иммунологических нарушений; оснащение и использование ядерного магнитного резонанса панорамного типа и т.д.

Всё это позволит на высоком современном уровне проводить диагностику заболеваний и оказывать эффективную практическую медицинскую помощь при актуальных заболеваниях и состояниях у наших пациентов. ■

Философия хирургии от доктора Кащенко

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА



Междисциплинарный, или командный подход, высочайший уровень качества медицинской помощи, чёткость и ответственность, экономическая обоснованность и точный учёт – всё это характеристики работы хирургической службы Клинической больницы № 122 имени Соколова ФМБА России г. Санкт-Петербурга. Здесь не знают, что значит догонять. Наоборот, здесь каждый день ведётся работа по наращиванию потенциала, который и так уже огромен. Именно такой хотел видеть хирургическую службу главный врач больницы Яков Александрович Накатис, когда пригласил на должность главного хирурга больницы Виктора Анатольевича Кащенко и поставил задачу организовать хирургическую службу высокого уровня. Сегодня профессор кафедры хирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, доктор медицинских наук, главный хирург, заместитель главного врача по хирургической помощи КБ № 122, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, член правления Пироговского общества и просто доктор, оперирующий абдоминальный хирург-онколог, Виктор Кащенко – гость нашего журнала.

— Виктор Анатольевич, КБ № 122 ведёт обширную научно-методическую работу. Сайт организации пестрит событиями на эту тему. Чем привлечены и отличны встречи профессионалов в стенах КБ № 122?

— Хочу подчеркнуть, что хирургические отделения КБ № 122 уже давно работают как серьёзный научно-методический центр. Мы проводим не только теоретические конференции, где освещаем общие вопросы о достижениях современной хирургии, но и мастер-классы с показательными операциями наших сотрудников. Вообще в хирургической специальности очень серьёзное значение имеет мануальный компонент, здесь важно соблюсти баланс теоретических знаний и практических навыков. Поэтому прямые эфиры из операционной — мы называем этот формат «живой хирургией» — являются наиболее востребованными и информативными.

— Последний пример показательной живой хирургии — встречи с японскими коллегами. Персоны этого медицинского научного практикума — кто они?

— В апреле на базе КБ № 122 состоялся мастер-класс «Школа хирургии желудка». С японской стороны в конференции приняли участие пять хирургов и большая делегация поддерживающего персонала. Три хирурга-онколога во главе с профессором I. Уяма, доктор К. Kazama — хирург-бариатр, и доктор Т. Оуама, эндоскопист-гастроэнтеролог. Конференцию посетили более 300 участников из России, Украины, Белоруссии и Израиля. В первый день конференции совместно японскими и российскими хирургами были проведены четыре большие операции — две при раке желудка и две — при морбидном ожирении. Во второй день конференции японскими хирургами были прочитаны четыре лекции по наиболее актуальным вопросам желудочной хирургии. Параллельно проводился эндоскопический мастер-класс доктора Т. Оуама. В совместной работе с российскими эндоскопистами было выполнено более 20 операций, в том числе ряд куративных эндоскопических резекций слизистой при раннем раке желудка.

Работа сразу с тремя экспертными группами в формате живой

хирургии стала для нас первым таким опытом. Хотя мастер-классы мы организовывали и прежде, например, по проведению высокотехнологичных операций при грыжах, а кроме того, в режиме онлайн демонстрировали использование радиочастотной абляции при метастатическом колоректальном раке — конференция прошла в ноябре и собрала около ста человек. Тогда консультантом выступил израильский хирург, профессор Айриш.

— Ожидалось, что конференция соберёт столь большую аудиторию — более 300 человек?

— На самом деле такого количества мы не ожидали. Да и география участников обширнейшая — от Калининграда до Дальнего Востока и от Кольского полуострова до Северного Кавказа. Причём многим быстрее было бы долететь до Японии, чтобы познакомиться с мастерством японских хирургов, но они прибыли в Петербург. Замечательно, что мы как организаторы смогли сделать для наших гостей и участие в конференции, и все материалы абсолютно бесплатными. В том числе ведущими сотрудниками

Сегодня в клинической больнице № 122 работают 35 докторов и 126 кандидатов медицинских наук, 24 профессора, 102 члена научных обществ, 52 преподавателя 15 кафедр вузов Санкт-Петербурга. Из редакции клиники вышло 64 монографии.

клиники были написаны Практические рекомендации по лечению рака желудка (под редакцией профессоров В. Кащенко и Р. Орловой. — *Прим. автора*). Поскольку многие положения рекомендаций основывались на японских разработках, мы обратились в совет директоров японского общества по изучению рака желудка (JGCA) и получили разрешение на публикацию ограниченного тиража рекомендаций без права продажи. Эти 500 экземпляров закончились в первый же день.

— Почему мастер-класс вызвал такой резонанс?

— Пожалуй, главная причина — это формат живой хирургии. Хорошая лекция способна собрать десятки слушателей, а живая хирургия, как показывает практика, способна привлечь сотни специалистов. Наблюдать в реальной жизни, как работает мастер мирового уровня, дорогого стоит. Кроме того, на абсолютном новом качественном уровне такой формат мероприятия вышел с внедрением в клиническую практику именно эндовидеохирургии. Современная эндовидеохирургия и эндоскопическая хирургия — это операция на экранах мониторов в HD-формате телевидения высокой чёткости. Только эндовидеохирургия может передать все детали и краски выполнения сложнейших операций. Кстати, о красках: один из коллег спросил доктора Оуата: почему он, имея почти самый большой в мире опыт по эндоскопическим резекциям при раке желудка, не занимается модной ультразвуковой эндоскопической диагностикой или рентгеновскими исследованиями? Великий учёный ответил, что в тех сферах работа связана с чёрно-белым изображением, а для него важна работа с цветным. Поразительно, но именно выдающийся Оуата, пренебрегая завтраком в отеле, спешил рано утром к храму Спас-на-крови, чтобы созерцать уникальное сочетание цветов собора. Японские доктора высоко

ценят созерцательную составляющую в своей профессии. Именно полное духовное единение с профессией позволяет им достигать небывалых высот в хирургии, и мастерство в их руках становится искусством.

— Эндовидеохирургия завладела не только взглядами японских врачей — она вообще изменила весь хирургический мир.

— Да, не зря выполнение первой лапароскопической холецистэктомии французским врачом Ph. Mouret называют второй Великой французской революцией. Концепция мини-инвазивности — стремление решить ту же хирургическую задачу, но с меньшей травмой — стала одним из основных векторов эволюции всей хирургической методологии. Хирурги всех специальностей стали использовать маленькие проколы и видеотехнику для своих операций. Историческая роль КБ № 122 в том, что для реализации задач мы не стали организовывать специализированные отделения эндовидеохирургии — путь, по которому пошли практически все крупные стационары Санкт-Петербурга. Мы реализовали другую стратегию: внедряли эндовидеотехнологии отдельно в каждой клинической специальности. Сегодня у нас в каждой операционной располагается оборудование для мини-инвазивной хирургии. Благодаря такой политике мы оказали впереди всех в городе и развиваемся с каждым годом.

— После таких международных встреч статус клиники становится ещё выше?

— Безусловно. Но не в этом цель. Главное — приблизить мировые стандарты к российской медицине. Мы стараемся найти самое лучшее, увидеть это своими глазами, научиться делать своими руками и привести эту технологию к нам. В принципе, так же, путешествуя по всему свету, поступали японцы во времена мирового экономического кризиса, изучая пути выхода из него. Миссия докторов из КБ № 122 заключа-

ется не только в повышении статуса самой клиники — мы чувствуем себя ответственными и за информацию по всей стране. К слову сказать, не все российские хирурги владеют языками и имеют возможность выехать за границу, поэтому такие конференции становятся доступным информационным ресурсом для коллег. Можете считать наше дело в том числе и общероссийской миссией.

— В продолжение темы Страны Восходящего Солнца. Любопытно узнать, что вас более всего удивило в общении с её представителями? Ведь там по истине восходящими являются медицина и другие отрасли знаний.

— Когда мы заинтересовались японскими достижениями, то ожидали увидеть в этой стране чудеса робототехники, позволяющие, на наш взгляд, добиваться колоссальных результатов. Каково было наше разочарование, когда узнали, что они используют в работе всё то же, что и мы. Более того, японцы сами удивились, когда мы приехали к ним с докладом о первых результатах капсульной эндоскопии. Метод был зарегистрирован в России намного раньше, чем в Японии, хотя эти видеокapsулы производит японская корпорация.

Что особенно поразило и запомнится надолго — это отношение к делу, которое базируется на высокой порядочности, и это оказывает значимое влияние на всю организацию медицинской службы.

— Откуда такой вывод?

— Я однажды наблюдал, как японский хирург при операции сложного рака желудка столкнулся с тем, что один из двадцати лимфатических узлов, обязательных для удаления по японским стандартам, никак ему не поддавался. «А вы можете его не удалить? — задал я провокационный вопрос. — Ведь этого никто не узнает, не проверит, а вы тем самым, возможно, избежите серьёзных рисков». Этого понятия японский коллега не сумел: «Как можно не сделать то, что по стандарту положено

сделать?» — ответил он. Глубочайшая порядочность людей, верных слову, высокая нравственность и честь — вот киты их нерушимой системы знаний и практик. Благодаря этим критериям Япония вышла на высокий уровень медицины и в первую очередь по хирургии рака желудка. Чёткая, методологически выверенная проработка деталей и командное следование всем разработкам и стандартам. Это, пожалуй, то, чему и нужно учиться.

— Получается такая формула: спасает сложная простота.

— Совершенно верно. Ведь как мы в России выявляем рак желудка? Только когда человек с уже острыми болями, кровотечением приходит в больницу. А ведь хорошо известно, что рак желудка проявляется уже на поздней стадии. Как решить эту проблему? Нужно наладить систему профилактических эндоскопических осмотров. Это просто звучит — но сложно организовать. В России эндоскопия не включена ни в один профосмотр. А человека сложно убедить пройти эту процедуру, если у него ничего не болит. Ещё и страховые компании спросят: а зачем вы послали пациента на эндоскопию без жалоб на боли?

У японцев другая идеология: нужно лечить до клинических проявлений. Просто и дёшево извлечь слизистую с ранней опухолью, и не надо тратиться на дорогую операцию и химиотерапию. Там узаконили эндоскопический скрининг — выявление заболеваний на ранних стадиях до развития клинических проявлений. У них просто не возьмут на работу человека, если он после определённого возраста не сделал этот вид исследования. Да, у них все районные поликлиники укомплектованы эндоскопическими комплексами экспертного класса. И нам нужно задуматься о том, что неплохо было бы вложиться в скрининг. Уверяю, что ситуация по лечению рака желудка, да и вообще всех онкологических заболеваний, изменилась бы в лучшую сторону. Наша же онкология сконцентрирована на лечении запущенных форм, и это наш минус. Хотя последние годы мы видим серьёзную активность отечественных специа-

листов, чтобы изменить ситуацию. И в этом есть определённая заслуга нашего главного врача и руководимо-го им коллектива.

— Как строилась онкослужба больницы, каковы её сегодняшние шаги?

— Первым этапом стали стажировки в ведущих европейских центрах и в Японии. Параллельно налаживали взаимодействие с ведущими онкологическими ЛПУ города; организовывались отделение химиотерапии и патоморфологическая лаборатория. Если в обычной медицине, например, острый аппендицит лечит хирург, а гастрит — терапевт, то в онкологии должен быть только комбинированный подход, как говорят профессионалы, междисциплинарный подход. В настоящее время наша онкологическая служба — хорошо развитое и отлично работающее подразделение, руководит которым профессор Рашида Орлова.

— Как развиваются другие направления?

— Ещё одна ступень развития хирургической службы клиники — организация отделения сосудистой хирургии. Ключевая фигура — заведующий отделением, доцент Алексей Светликов, у которого было множество стажировок за рубежом, в том числе им был выигран годовой грант работы в Гарвардском университете. Здесь также отработан отличный пример междисциплинарного подхода, выражающийся в объединённой командной работе сосудистых и эндоваскулярных хирургов. Работая сообща, они живут успехом пациента, не разделяя заслуги. Ведь лечебную программу планирует сосудистый хирург, и если он оторван от эндоваскулярного специалиста, то могут возникнуть разногласия. А в нашей клинике такой полемики быть не может, потому что мы работаем в команде.

Посмотрите, как развилась оториноларингология. Усилиями Якова Александровича Накатиса внедрены передовые малоинвазивные эндовидеотехнологии, налажена работа реабилитационных и диагностических центров. Сотрудники отделения под руководством доцента Натальи Конеченковой активно

оперируют и взрослых, и детей. Сколько глухих малышей получили шанс слышать мир благодаря программе кохлеарной имплантации!

Молодой и талантливый профессор Вадим Пищик с нуля поднял в нашей клинике торакальную хирургию. За несколько лет работы торакальной службы мы стали лидерами в стране по количеству торакоскопических эндовидеоопераций!

Мощно прогрессирует кардиохирургия. Здесь мы пошли по пути аутсорсинга, приглашая высококлассных специалистов со стороны. Но мы создали и поддерживаем благоприятные условия для реализации возможностей высококлассных специалистов из Военно-медицинской академии.

Качественно изменили и работу офтальмологии, пригласив хирурга-офтальмолога, кандидата медицинских наук Дмитрия Черепова, лидера по городским и федеральным офтальмологическим квотам ВМП.

В области метаболической хирургии у нас работает профессор Михаил Фишман. Приятно видеть, как пациент, обратившийся в клинику с весом 130 кг, с тяжёлым диабетом, высоким холестерином, спустя менее года после бариатрической операции достигает вес 85 кг, нормального уровня артериального давления и гликемии. Причём все эти вмешательства проводятся лапароскопически.

Гинекологическое и урологическое отделения, работая в напряжённом режиме линейных отделений оказания плановой и экстренной помощи, имеют ещё и так называемую высокотехнологичную нагрузку. Для гинекологического отделения это центр экстракорпорального оплодотворения, для урологического — центр брахитерапии рака предстательной железы. Кстати, монополист на Северо-Западе и лидер в России.

Не могу не сказать об эндоскопическом отделении, руководимом кандидатом медицинских наук Еленой Ситковой. Оснастившись за последние годы самым современным оборудованием, эндоскопическая служба из диагностической превратилась в активно оперирующее отделение

клиники. Интересно наблюдать, как год за годом эндоскописты отвоевывают территорию у хирургов. 15–20 лет назад никто не сомневался, что, например, желудочно-кишечные кровотечения — это проблема большой абдоминальной хирургии, а сегодня я не припомню случая, когда бы эндоскописты не остановили кровотечение своими методами. Другой пример: сколько диссертаций посвящено хирургическим методам удаления конкрементов из жёлчных протоков, а в настоящее время эти операции крайне редки — все манипуляции успешно осуществляют эндоскописты. Как хирург я наблюдаю за этим процессом с сожалением: сокращается сфера применения навыков классической хирургии. Однако интересы больного всегда должны быть на первом месте.

В клинике успешно практикуют маммологи под руководством кандидата медицинских наук Александра Орлова. Сильную группу эндокринных хирургов возглавляет профессор Анатолий Романчишен — они в числе лидеров по выполнению операций на щитовидной железе в Северо-Западном регионе. В отделении травматологии под руководством доцента А.Г. Кравцова за год имплантируют более 500 искусственных суставов. Особое место в структуре хирургической службы занимает центр амбулаторной хирургии, который возглавляет доцент Валерий Ельсиновский. Созданный год назад центр хирургии мягких тканей под руководством кандидата медицинских наук Олега Чичкова использует самые современные технологии лечения ран.

Конечно, хирургическая служба не может развиваться без анестезиологической и реанимационной поддержки. Это направление возглавляет доцент Дмитрий Захаров.

Но главное наше ядро — великолепная общая хирургия. Это основа развития всей хирургической службы. И в этом основании — мои друзья, соратники и, если хотите, учителя: кандидат медицинских наук Важа Васильевич Тоидзе и доктор медицинских наук Виктор Николаевич Горбачёв. В 90-е годы они учили меня

хирургии, а сегодня сами пригласили руководить хирургической службой. Вот такие повороты судьбы...

Все эти отделения работают в тесном взаимодействии и в едином клиническом организме под названием Клиническая больница № 122.

Замечу, что все наши планы или разработки, пожалуй, самые открытые как для пациентов, так и коллег. Я и наши врачи делимся всей информацией и наработками и получаем удовлетворение от того, что делаем добро в этой жизни. Другой вопрос: все наши планы зависят от финансовых ресурсов. В этом отношении настоящим двигателем всего у нас является главный врач, профессор Яков Александрович Накатис. Это великий менеджер и экономист, который смог подобрать источники финансирования и под программу развития собственной онкослужбы и всех других хирургических направлений.

— Соглашусь с вами на сто процентов: персона доктора Накатиса довольно весома в медицинском сообществе. Известно и его умение формировать высококлассную команду специалистов. Поэтому позволю дифирамб и в ваш адрес: как станвятся такими выдающимися хирургами? Или ими рождаются?

— В 1991 году я окончил 1-й Ленинградский медицинский институт, сразу же поступил в клиническую ординатуру на кафедру общей хирургии этого же института — в то время её возглавлял выдающийся хирург Лев Васильевич Поташов, это мой первый учитель, человек, обладающий широчайшим кругозором и безукоризненной хирургической техникой. Вскоре после ординатуры защитил кандидатскую диссертацию по вопросам трансплантологии — первоначально я увлекался именно ею, но в дальнейшем, познакомившись с эндовидеохирургией, полностью оказался под влиянием её достижений и перешёл в Медицинскую академию последипломного образования на кафедру профессора Александра Евгеньевича Борисова. Он был главным хирургом города, руководителем, идеологом внедрения лапароскопических техно-

логий в Санкт-Петербурге. В итоге я попал под плодотворное влияние этого мощного лидера и стал работать на его кафедре в должности ассистента. А Александр Евгеньевич работал в Клинической больнице № 122. Таким образом, жизнь меня свела и с Яковом Александровичем Накатисом.

Следующий период жизни связан с гепатологией и гепатохирургией. В качестве основной разработки профессор Борисов поручил мне вопрос лечения больных с портальной гипертензией с варикозным расширением вен пищевода. Итогом этой работы явилась докторская диссертация «Кровотечения портального генеза: прогноз, профилактика, лечение». Защита состоялась в 2003 году. Но на этом дело не закончилось. В процессе исследования мы объединились с группой учёных из Москвы во главе с профессорами Александром Андреевичем Щёголевым и Александром Георгиевичем Шерцингером, впоследствии было принято решение подать заявку на соискание премии Правительства РФ. Мы выиграли конкурс и были удостоены звания лауреатов премии Правительства РФ в области науки и техники.

Параллельно я занимался вопросами онкологии, потому что Яков Александрович дал мне задание как главному хирургу больницы создавать собственную онкологическую службу. Дело в том, что КБ № 122 является учреждением, которое оказывает услуги прикрепленному контингенту — это работники атомной и химической промышленности. Естественно, здесь имеется повышенный онкориск. В итоге Клиническая больница № 122 стала идеальной площадкой по воплощению наработанных знаний и практик, которые были достигнуты в совместной работе с профессором Борисовым (к сожалению, в 2012 году Александра Евгеньевича не стало, он не дожидился несколько дней до своего 64-летия).

Таким образом, всему, чего достиг, я полностью обязан своим коллегам и учителям, с которыми свела меня судьба, а также моей семье, члены которой меня всегда поддерживали. ■



Анастасия Нефедова

Российскому научно-практическому центру аудиологии и слухопротезирования ФМБА России 25 лет

■ Наталья Лучкина

В России насчитывается более 13 миллионов человек с нарушениями слуха. У большинства пациентов коррекция слуховых нарушений достигается при помощи слуховых аппаратов, однако при глухоте и выраженной степени тугоухости методом выбора является кохлеарная имплантация. Российский научно-практический центр аудиологии и слухопротезирования ФМБА России проводит кохлеарные имплантации уже более 20 лет. О том, какие изменения произошли в этой области, нашему корреспонденту рассказал его директор, доктор медицинских наук, профессор Георгий Таварткиладзе.

— **Г**еоргий Абелович, кохлеарная имплантация является эффективным методом комплексной реабилитации больных с глухотой и выраженной степенью тугоухости. Вы стояли у истоков многоканальной кохлеарной имплантации, расскажите об истории проведения таких операций в России.

— В Центре первые операции были сделаны нами — сотрудниками тогда ещё Всесоюзного научного центра аудиологии и слухопротезирования Минздрава СССР — в 1991 году. Таким образом, история многоканальной кохлеарной имплантации в нашей стране насчитывает уже 22 года. В 1997 году к реализации программы кохлеарной имплантации подключился Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи, в 2005 году — Научно-клинический центр оториноларингологии, а в 2009-м — Клиническая больница № 122 имени Л.Г. Соколова ФМБА России (Санкт-Петербург).

— **В** связи с этим актуальна проблема, связанная с территориальной отдалённостью пациентов от центров, в которых проводятся операции.

— Казалось бы, операцию могли бы проводить специалисты регионов. Но основная проблема заключается в том, что качественно хирургический этап кохлеарной им-

плантации может выполняться хирургом только при условии, что им проводятся не менее 20–25 кохлеарных имплантаций в год (это международный критерий качества). К сожалению, сегодня на уровне региона это невозможно. Помимо хирургического этапа необходимо учитывать и период реабилитации, от которого зависит очень многое. Послеоперационная реабилитация имплантированных пациентов и настройка речевого процессора — это самый трудоёмкий и ответственный этап. Больные, и особенно дети, должны находиться под постоянным наблюдением специалистов. Отсутствие одного из этих условий может свести на нет возможности метода. В этом случае мы нашли решение проблемы: операция проводится в центрах (в Москве и Санкт-Петербурге), но аудиологов и сурдопедагогов мы приглашаем из регионов, откуда направлен пациент, проводим их обучение для последующего проведения реабилитации на местах, оказываем консультационную поддержку (выездные консультации, дистанционное консультирование через Интернет). Основная реабилитационная работа (наиболее сложная и длительная) должна проводиться по месту жительства пациента.

— **Как** обстоят дела с аудиологическим скринингом, какова

его роль при отборе кандидатов на кохлеарную имплантацию?

— Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что на 1000 нормальных родов один ребёнок рождается с полной глухотой, у двух-трёх глухота развивается в первые два года жизни. Исходя из этого ежегодная потребность в кохлеарных имплантах превышает 2500. Особого внимания заслуживает тот факт, что у 50% пациентов, пользующихся кохлеарными имплантами, и 50% кандидатов на кохлеарную имплантацию причины глухоты не были выявлены, то есть у них отсутствовали факторы риска в анамнезе. Это указывает на то, что система скрининга должна основываться на объективных методах исследования слуха, а не на регистрации факторов риска по тугоухости и глухоте. Мы ставим вопрос о том, чтобы универсальный аудиологический скрининг рассматривался лишь как первый этап комплексной системы скрининга. Универсальная программа скрининга не имеет смысла без возможности гарантировать, что новорождённые с периферической слуховой дисфункцией и их семьи получают наблюдение, диагностику, лечение. Возникновение универсальных программ исследования слуха новорождённых требует изменений во всей системе педиатрического здравоохранения.



Анастасия Нефёдова

Е.Р. Цыганкова, заместитель директора Центра по научной работе, кандидат медицинских наук

Ребёнок должен тестироваться педиатрами и сурдологами в три месяца, в год, перед детским садом, перед школой. Первые годы жизни ребёнка во многих аспектах являются критическими, в том числе и для развития речи, познавательных и социально-эмоциональных навыков, что во многом зависит от возможности общения ребёнка с окружающим миром.

Понижение слуха, развившееся в детском возрасте, ограничивает возможности общения ребёнка и нарушает формирование речи и общее развитие личности. Скрининг должен быть завершён в течение первого месяца жизни, к трём месяцам жизни у ребёнка должен быть установлен диагноз, а в полгода нужно определиться с индивиду-

альной программой реабилитации, будь то слухопротезирование или кохлеарная имплантация — это золотой международный стандарт. Операцию лучше проводить в первый год жизни. Порядка 60% детей после этого смогут пойти в общеобразовательную школу.

Если говорить о достижениях в области универсального аудиологического скрининга, то стоит отметить, что с 2008 года в рамках национального проекта «Здоровье» были выделены средства на реализацию программы универсального аудиологического скрининга, в течение трёх лет для всех родовспомогательных учреждений России с количеством родов более 1000 в год были закуплены приборы для объективного выявления нарушений слуха. Параллельно проводилась и проводится подготовка специалистов из регионов: на обучение приезжает бригада медиков — медсестра роддома, неонатолог, педиатр, сурдолог. Конечно, у этой системы есть свои минусы — нам приходится проводить обучение специалистов разного уровня, тогда как удобнее готовить одного сурдолога, который бы на местах обучал специалистов. Мы продолжаем совершенствовать эту систему.

— **Георгий Абелович, с момента основания Центра сотрудниками проведено 13 школ-семинаров для врачей-сурдологов, оториноларингологов и сурдопедагогов в различных регионах России, ежегодно проводятся конгрессы и международные симпозиумы. В этом году Центру исполняется 25 лет, каким образом вы отмечаете эту дату?**

— В прошлом году мы провели масштабное мероприятие — XXXI Всемирный конгресс аудиологов.

На XXIX Международном конгрессе аудиологов в 2008 году в Гонконге Генеральной ассамблеей международного общества аудиологов большинством голосов было принято изменение названия этого мероприятия с «международного» на «всемирный». Это связано с развитием аудиологии как науки и как отдельной клинической специальности. В Конгрессе приняли участие 467 человек из 59 стран мира. Официальным языком конгресса был английский, заседания на основных сессиях шли с синхронным переводом.

В этом году состоялись V Национальный конгресс аудиологов и IX Международный симпозиум «Современные проблемы физиологии патологии слуха», по сложившейся традиции они проходили в городе Суздаль, с 14 по 16 мая. Участие в этих мероприятиях ведущих отечественных и зарубежных учёных, аудиологов и клиницистов является гарантией высокого уровня научной программы и плодотворного обмена информацией. Детально обсуждены все вопросы, касающиеся слуха, — это электрофизиология слуха, психоакустика, детская аудиология, дифференциальная и топическая диагностика нарушений слуха. Хирургии был посвящён целый день. Также рассматривалась проблема реабилитации больных с различными формами тугоухости и глухотой (слухоулучшающие и реконструктивные операции на ухе, слухопротезирование, кохлеарная имплантация). ■



Анастасия Нефёдова



Филиал Дальневосточного окружного медицинского центра – Восточная больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России представляет собой современное медицинское учреждение, обеспечивающее оказание первичной медико-санитарной, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи работникам прикрепленных предприятий и членам их семей, а также территориальному населению общей численностью 13 000 человек. Руководит ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России д.м.н. Светлана Сотниченко, главным врачом Восточной больницы является к.м.н. Владимир Супрунов.

Восточная больница ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России: коллектив профессионалов, способный решать самые прогрессивные задачи

■ Светлана Сотниченко, Владимир Супрунов

В структуру Восточной больницы входит стационар мощностью 115 коек круглосуточного и дневного пребывания; поликлиника, рассчитанная на 302 посещения в смену, и 5 фельдшерских здравпунктов. В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность учреждение оказывает стационарную помощь по следующим профилям: терапия, хирургия, травматология и ортопедия, урология, гинекология, педиатрия; поликлиника ведёт приём по 24 врачевым специальностям. В составе филиала функционируют отделения анестезиологии и реанимации, реабилитации и восстановительного лечения, лаборатория, диагностические кабинеты, обеспечивающие деятельность клинических отделений поликлиники и стационара.

Центральным элементом в организации медико-санитарного обеспечения работников прикрепленных предприятий является цеховая служба, созданная в Восточной больнице более двадцати лет назад, которая включает в себя фельдшерские здравпункты и цеховые терапевтические участки и позволяет максимально приблизить медицинскую помощь к работникам, занятым на работах с вредными (опасными) производственными факторами, а также реализовать комплекс профилактических мер, направленных на сохранение трудового долголетия.

Восточная больница обслуживает 3000 работников предприятий водного транспорта, прикрепленных распоряжением Правительства Российской Федерации № 1156-р от 21 августа 2006 года. С момента возникновения медицинской службы в п. Врангель у больницы сложились прочные партнёрские отношения с крупнейшим градообразующим предприятием – ОАО «Восточный порт». В период реализации проекта «Восточная Сибирь – Тихий океан» по строительству нефтепровода протяжённостью 4740 километров, который должен соединить нефтяные месторождения Западной и Восточной Сибири с нефтеналивным портом Козьмино в заливе Находка, коллективом Восточной больницы ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России было организовано оказание доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной медицинской помощи сотрудникам, занятым на объектах проекта.

В период с 2003-го по 2005 год и с 2011-го по 2012 год, при строительстве оснований гравитационного типа нефтедобывающих платформ в рамках проекта «Сахалин I», коллектив больницы обеспечил оказание амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, проведение предварительных, периодических и предрейсовых осмотров, неотложной медицинской помощи на двух здравпунктах, работающих в круглосуточном



режиме. В сухом доке порта Восточный в 2013 году была успешно завершена сборка основания для новой платформы «Беркут», которая станет самой крупной морской платформой России. При завершении строительства объекта руководящий состав проекта «Сахалин I» выразил благодарность коллективу больницы за выполненную совместную работу по организации медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи в филиале проходит в тесном взаимодействии с ведущими специалистами клинической больницы ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России (г. Владивосток), которые обеспечивают как дистанционные консультации, так и выезды на место в наиболее тяжёлых и диагностически неясных случаях.

Восточная больница смогла сохранить традиции и занимает достойное место как среди филиалов Дальневосточного окружного медицинского центра, так и среди учреждений Находкинского городского округа. За 30 лет сделано многое. Но ещё много нерешённых проблем, которые предстоит преодолеть коллективу больницы в ближайшем будущем. Главное, есть коллектив профессионалов, способный решать самые прогрессивные задачи во благо здоровья людей! ■

Звёздная медицина пифагорейцев в наши дни

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Идеолог и создатель Международной академии тонкополевой экологии и здоровья Владимир Некрасов посвятил более 20 лет исследованиям в области устройства биосферы и человека, разработке универсальной теории поля формы и созданию новой тонкополевой концепции в естествознании. О новом направлении в медицине, корни которого растут из древних времён, рассказал Владимир Некрасов – учёный и продолжатель этой теории в наши дни.

— Тонкополевая медицина — в древние времена она называлась звёздной — применялась ещё пифагорейцами. Человечеством эти знания были утрачены, но к нему впоследствии возвращались некоторые учёные, ярким представителем которых в Средние века был Парацельс. Сегодня этим направлением занимается наша академия, оно тесно связано с физикой, химией и биологией. Главный вопрос: «Как геометрически устроено окружающее пространство биосферы и биологическое пространство организма?». Проблему особой геометрии пространства изучали, например, Кант, Гаусс, Вернадский. В начале 90-х годов мною были получены первые экспериментальные подтверждения разрабатываемой теории и начат проект обширного мониторинга биосферы для выявления её геометрической структуры, названной впоследствии «Поле Формы Земли». В первых экспериментах использовались ещё простые поляриметры и приборы, не дающие достаточной точности. С разработкой новых специальных приборов и проведением исследований в различных уголках планеты к началу XXI века удалось подтвердить открытие ячеистой структуры в пространстве, которая заполнена левой и правой формами энергии.

— Владимир Алексеевич, как полученные знания применяются на медицинской почве?

— Для медицины важен биологический аспект данной теории. Так, применение любых способов тера-

пии должно осуществляться с учётом типа человека — с его левизной или правизной, а также с учётом существования восьми групп крови человека: четыре для левого типа и четыре для правого.

— В частности, разработаны специальные устройства «модуляторы поля формы», которые сегодня составляют базу тонкополевых технологий для медицины и экологии. Расскажите об этом.

— Впервые результаты исследований были опубликованы в отчёте № 114 от 15.12.1999 (ТвГУ) по влиянию модуляторов тонких полей на показатели клинического анализа крови. Исследования работы этих устройств проводились и в других лабораториях. На «Матричный модулятор Некрасова» было получено свидетельство на полезную модель № 24747 от 20.08.2002. 5 апреля 2011 года вся линейка модуляторов, получившая название «Аппликатор формы», зарегистрирована как изделие медицинского назначения (РУ № ФСР 2011/10417 от 05.04.2011).

— Когда впервые широкой общественности были представлены тонкополевая концепция и открытие Поля Формы Земли?

— Это произошло в 2001 году на IX Международном симпозиуме «Мониторинг здоровья и окружающей среды. Технологии и информационные базы данных». Тема моего доклада: «Энергоинформационные излучения Земли и их влияние на здоровье человека». В докладе обсуждался вопрос об энергетической структуре пространства био-



Досье

Владимир Некрасов, президент академии НП МАТЭЗ, доктор биологических наук, академик РАЕН, РАМТН, ЕВАЕН, автор более 20 открытых закономерностей, более десятка изобретений и нескольких монографий. Награждён орденом Золотого орла ЕВАЕН, медалями Юрия Гагарина, Королёва и медалью «За спасение утопающих» в 1988 году во время большого наводнения на реке Ингури в Грузии.

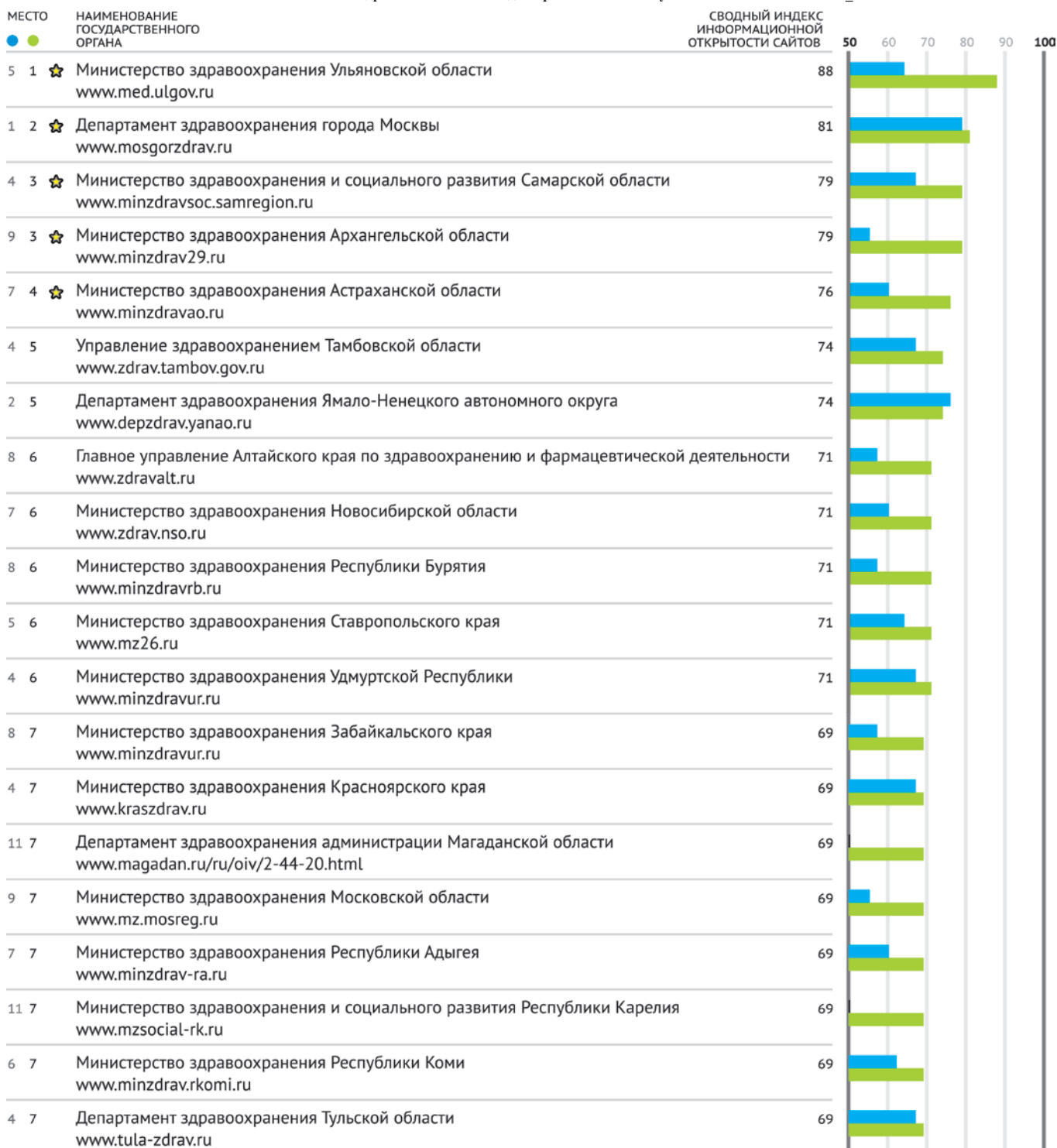
сферы с позиции существования энергии левизны-правизны и её диссимметрии, а также была представлена концепция биопатогенных излучений в биосфере (биосферных патогенных зон) и разработанные средства и методы защиты.

Первый форум, объединивший специалистов, получивших уже на тот момент убедительные результаты в области применения LR-технологий, состоялся в 2007 году. Это была I Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы теории и практики поля формы в биологии, медицине и в строительстве» (Россия, Пугачёв — 2007). Конференция проводилась при поддержке Российской академии естественных наук и Российской Академии медико-технических наук и Высшего экологического совета России. ■

Двадцатка самых информационно открытых сайтов региональных органов управления здравоохранения для населения

Подробный отчет и методика рейтингования опубликована на www.ria.ru/sn_health/20130219/923508136.html

● 2011 ● 2012 ★ Лидеры рейтинга



Выводы:

На 2% увеличилось число сайтов, имеющих отдельные страницы, по сравнению с 2011 годом.

На 7% увеличилось информационное наполнение сайтов по сравнению с 2011 годом.

16% страниц входит в состав официального сайта исполнительных органов власти субъекта.

84% сайтов региональных органов управления здравоохранением имеют отдельные страницы.

Результаты исследования показали, что наименее доступной для населения является информация о лекарственном обеспечении граждан.

В 2012 году произошло изменение группы лидеров. Лидеры 2011 года: Ямало-Ненецкий автономный округ, Челябинская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Томская область – ухудшили свои позиции в рейтинге.

Единственным исключением стал сайт Департамента здравоохранения города Москвы, который улучшил свой результат.

Реклама



ГЛАВВРАЧ XXI ВЕКА

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ВЫСТАВКА
НАУЧНО-ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА



Совместно с семинаром «Репродуктивный потенциал России» в период с 7 по 9 сентября 2013 г. в Зале главных врачей состоится Научно-практический семинар для организаторов здравоохранения «Главврач XXI века», в ходе которого пройдёт ряд заседаний, круглых столов и мозговых штурмов, направленных на обсуждение наиболее актуальных проблем организации медицинской помощи в России.

- Приказ Минздрава России №572н. Трудности внедрения.
- Маршрутизация. Делимся опытом отладки.
- Унификация диспансеризации и её финансирование. Кто оплатит профилактику?
- Возрождение санитарного просвещения...
- И многое многое другое!

Сочи-2013: уникальный слёт главных врачей всей страны для обсуждения самых горячих вопросов и смотра медицинского оборудования и средств медицинского назначения

7–9 сентября 2013 года
Зимний театр Сочи

Ждём самых ответственных
и прогрессивных руководителей ЛПУ
и организаторов здравоохранения

+7 (499) 346 3902
+7 (499) 558 0253
+7 (926) 533 0814

www.praesens.ru
E-mail: info@praesens.ru
Мы «ВКонтакте»: vk.com/praesens

ОРГКОМИТЕТ

StatusPraesens

НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ

С.П. Геллик

Достоверность результата

Разработчик и производитель
рентгенодиагностического оборудования в России

Мы команда профессионалов, которая создаёт современное, качественное и простое в использовании диагностическое оборудование для Человека и Отечества



ПАЛАТНЫЕ
АППАРАТЫ

РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЕ
АППАРАТЫ

ТМРПМ-РЕНЕКС

С-дуги-РЕНЕКС

Средства защиты,
фотолабораторное
оборудование
и расходные материалы



Секретариат, телефон/факс: +7 495 334 8269, 334 9509
Отдел продаж, телефон/факс: +7 495 989 1759, 334 8455
Сайт: www.helpic.ru; E-mail: s@helpic.ru, mail@helpic.ru

Реклама



5-8
сентября

2013

НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ «ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ. СОЧИ-2013»



«EXROMED»

XIV международная специализированная
ВЫСТАВКА медицинской техники, технологий
и фармпрепаратов ДЛ**Я** ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



«РЕАБИЛИТАЦИЯ, КУРОРТОЛОГИЯ, РЕКРЕАЦИЯ»

XIII международная специализированная **ВЫСТАВКА**
средств реабилитации и профилактики, оздоровительных
технологий и товаров здорового образа жизни



XIV Всероссийская научно-практическая **КОНФЕРЕНЦИЯ**
«Проблемы и перспективы реабилитации и санаторно-
курортного лечения в здравницах России. Сочи-2013»



Оформить заявку



Самое необходимое о кислородо-проводах, ГХК, компрессорных станциях – в быстром отклике

Энергия-Крисиб

для медицины

для промышленности

Региональные подразделения

О компании

Для Вас в кратчайшие сроки компания «Энергия-Крисиб» выполнит проектирование, монтаж и техническое обслуживание (ТО):

- кислородопроводов
- ГХК
- концентраторов кислорода
- компрессорных станций
- медицинских консолей

Приоритетная задача нашей организации – внедрение достижений современной науки и техники в практику работы предприятий. Технические задачи тесно связаны с решением медицинских вопросов.

Современный рынок требует от поставщика услуг не только передовых инженерных знаний, но также безупречной репутации, обязательности, точности и порядочности. Всеми этими качествами обладает коллектив ООО «Энергия-Крисиб».

Гарантии для предприятий:

Экономически обоснованная система предоставления услуг

Максимальная безопасность персонала

Экономия лечебных и технических газов за счёт герметичности соединения

Обучение и консультации сотрудников предприятия

Полный комплект согласованной технической документации

ПОЛЕЗНЫЕ СТАТЬИ

[Концентратор кислорода — ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ](#)

[Архитектура и строительство](#)

[Кто есть кто в медицине](#)

[О безопасной эксплуатации систем медицинского газоснабжения](#)

ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

[Каковы достоинства концентратора кислорода?](#)

[Какие услуги предоставляет компания «Энергия-Крисиб»?](#)

[В каких регионах работает «Энергия-Крисиб»?](#)

ОФИЦИАЛЬНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

[Приказ ГОСТ Р ИСО 7396-1-2011](#)

[ГОСТ Р ИСО 10083 \(ок ред 12-2011\)](#)

[ГОСТ Р ИСО 7396-1 \(ок ред 12-2011\)](#)

[ФЗ-184 Федеральный закон «О техническом регулировании»](#)

Реклама