



Мировая практика Омских медицинских сестёр



В 2007 году представители Омской профессиональной сестринской ассоциации приняли участие сразу в нескольких серьёзных проектах, проводимых Международным советом медицинских сестёр.

стр. 34



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



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

З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Е

5-9 декабря 2007



Центральный выставочный
комплекс "ЭКСПОЦЕНТР",
Россия, Москва

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., д. 14
Тел.: (495) 255-37-60,
255-28-72, 255-28-71
E-mail: malahova@expocentr.ru,
makushkina@expocentr.ru

www.zdravo-expo.ru

www.expocentr.ru

Организатор:

 ЭКСПОЦЕНТР

При поддержке:

- Министерства здравоохранения и социального развития РФ
- Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
- Российской академии медицинских наук

РОССИЙСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ

КТО ЕСТЬ КТО

Who is Who

В М Е Д И Ц И Н Е

Редакционный совет:

Вячеслав ЛАЗАРЕВ

президент Ассоциации заслуженных врачей РФ, главный редактор журнала «Вестник Ассоциации заслуженных врачей Российской Федерации», заслуженный врач РФ

Валентина САРКИСОВА

президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестёр России», заслуженный работник здравоохранения РФ

Сергей МОЙСЕЕНКО

министр здравоохранения Омской области

Александр НОВИКОВ

ректор Омской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ

Галина АНДРОСОВА

заместитель директора ГУЗ ОО «Медицинский аналитический центр»

Татьяна ЗОРИНА

преподаватель сестринского дела Омского медицинского колледжа Росздрава, президент Омской профессиональной сестринской ассоциации

Лариса ЧАЩИНА

врач психиатр-нарколог

Учредитель,

главный редактор

Дмитрий Нефёдов

Заместитель

главного редактора

Анастасия Нефёдова

Помощник

главного редактора

Ирина Ложкина

Литературный

редактор

Наталья Задорожная

Дизайнер-

верстальщик

Надежда Воронкова

Специальный

корреспондент

Алиса Гопко

Корректор

Мария Гладкова

Начальник

коммерческого отдела

Сергей Кононович

Отдел

распространения

Сергей Штефан

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-26672 от 21.12.2006 выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Отпечатано с электронных носителей заказчика в типографии ОАО «Советская Сибирь», г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104.

Тираж: 15000 экз.

Редакция не имеет возможности вступать в переписку, рецензировать и возвращать не заказанные ею рукописи и иллюстрации. Редакция не несёт ответственности за номера телефонов и содержание рекламных объявлений.

Все права на созданные материалы принадлежат авторам. Перепечатка материалов и использование их в любой форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны только с разрешения редакции.

Цена свободная.

Подписка на 5 номеров журнала — 300 рублей, на 10 номеров — 600 рублей. Непосредственно через издателя.

Подписано в печать 25.08.2007 г.

Выход в свет 31.08.2007 г.

Адрес редакции: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 14/1, к. 309.

Телефоны редакции: (3812) 23-42-80, 23-26-20, 59-55-36 моб.

E-mail редакции: who-is-who@nm.ru

Здравоохранение

- Валерий Елыкомов: «Приоритетный национальный проект «Здоровье» дал значительный импульс развитию здравоохранения Алтайского края».....6
- Наша главная задача — повысить доступность медицинской помощи.....26
- «Золотые доски» омских роддомов.....32
- Автономия для поликлиники.....56

Адреса здоровья

- Каждое направление работы представляет интерес12
- Позитивность перемен14
- Валерий Бедарев, главный врач Республиканской детской больницы города Горно-Алтайска: «Мы приближаем медицинскую помощь к населению»18
- Мы отвечаем за здоровье чемпионов.....20
- Число наших сторонников растёт.....21
- Преимущества единой системы.....48
- Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая больница на станции Златоуст» ОАО «РЖД»64

Здравоохранение за кадром

- Икра на завтрак, ванна – ближе к вечеру.....15

Сестринское дело

- Мировая практика омских медицинских сестёр.....34
- Человек светлый.....46

Человек дела

- Альберт Адамян, начальник Департамента здравоохранения Томской области.....54

Первичное звено

- На пути реконструкции и развития.....22
- Энергия роста61

Выставки

- Медицина – сегодня и завтра.....4



ИТАР-ТАСС

Памятник выдающемуся офтальмологу Святославу Фёдорову открыт в Москве

22 августа в Москве состоялось торжественное открытие памятника выдающемуся офтальмологу Святославу Фёдорову.

«В эти дни мы отмечаем 80-летие со дня рождения Святослава Николаевича, память о котором свежа и останется навсегда в наших сердцах как о легендарном и уникальном человеке», — сказал на церемонии открытия мэр столицы Юрий Лужков. «Он был выдающимся специалистом, его самая главная цель жизни — служить людям. То, что он создал за свою так рано и неожиданно оборвавшуюся жизнь, является подвигом», — подчеркнул мэр Москвы, добавив к сказанному, что за годы работы Фёдорова он и его клиника вернули зрение трём миллионам человек.

Бронзовая трёхметровая скульптура установлена в небольшом парке на Дмитровском шоссе, напротив клиники, которая носит имя Святослава Фёдорова. Академик изображён в медицинском халате, в левой руке он держит свиток — символ знаний, в правой — свои рабочие инструменты.

На церемонии присутствовали родные и друзья Святослава Фёдорова, представители московского правительства, певец Иосиф Кобзон и бывший премьер РФ Евгений Примаков.

АМИ-ТАСС

Путин считает целесообразным рассмотреть планы создания Шанхайской организации здравоохранения

Вопрос о возможном создании своего рода Шанхайской организации здравоохранения заслуживает внимания. Такое мнение высказал, выступая 16 августа на саммите ШОС в Бишкеке, президент РФ Владимир Путин.

«Задача особой специальной значимости — продолжение совместной работы в сфере охраны здоровья», — сказал Путин. Он напомнил, что по инициативе российской части Делового совета ШОС в июле-августе этого года врачи провели профилактику инфекционных заболеваний и туберкулёза в Таджикистане и Киргизии. «Осенью в странах ШОС начнёт работу мобильный железнодорожный медицинский центр», — добавил президент РФ.

«Заслуживают внимания и планы создания своего рода Шанхайской организации здравоохранения. Объединение усилий стран ШОС на этом направлении могло бы повысить качество медицинской помощи нашим гражданам», — полагает Путин.

«Мы будем приветствовать подключение к этим и другим подобным проектам государств-наблюдателей», — добавил к сказанному российский лидер.

Президент РФ также призвал развивать гуманитарные контакты в рамках ШОС. В частности, Путин предлагает создать Университет ШОС.

«Необходимо двигаться вперёд и в развитии гуманитарных контактов в рамках ШОС, — заявил он на саммите ШОС. — Полагаю, что такому движению способствовало бы использование опыта и возможностей, имеющихся в СНГ». «Речь идёт о многосторонних проектах в области культуры, науки, образования, работы с молодёжью с уже существующими в Содружестве структурами, такими, например, как Межгосударственный фонд гуманитарного сотрудничества», — пояснил президент РФ.

«В этом контексте важная тема — создание Университета ШОС, он мог бы представлять собой сеть учебных заведений с согласованной программой обучения», — считает Путин. «Вопрос может быть проработан министерствами образования, а затем представлен на рассмотрение Совета глав правительств», — предложил он.

Президент России также считает важным развивать взаимодействие стран ШОС при проведении масштабных международных мероприятий, таких как олимпиады.

«Ещё одним значимым направлением становится взаимодействие наших стран при проведении



ИТАР-ТАСС

Президент Казахстана Нурсултан Назарбаев, председатель КНР Ху Цзиньтао, президент Киргизии Курманбек Бакиев, глава МИД РФ Сергей Лавров, президент России Владимир Путин, президент Таджикистана Эмомали Рахмонов и президент Узбекистана Ислам Каримов во время встречи в рамках саммита ШОС

масштабных международных мероприятий, в частности при обеспечении безопасности летней Олимпиады в Пекине в будущем году», — отметил Путин, напомнив, что «об этом договорились представители советов безопасности наших стран на своей недавней встрече».

«Уверен, что наработанный опыт поможет нам и в период проведения зимней Олимпиады в Сочи», — сказал президент РФ.

«Пользуясь случаем, хотел бы ещё раз поблагодарить коллег за поддержку, поздравления в связи с избранием Сочи столицей Олимпийских игр 2014 года», — добавил он.

Путин также пожелал успехов руководству Китая в проведении Олимпиады — 2008.

Прошедший 16 августа в Бишкеке саммит ШОС является самым представительным по количеству и статусу его участников. Впервые в нём принимали участие лидеры Афганистана и Туркмении.

АМИ-ТАСС

Нацпроект «Здоровье» в этом году сохранил жизнь 52 тысячам россиян

2 августа в Минздравсоцразвития РФ были подведены итоги реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за первое полугодие 2007 года. В ведомстве отметили, что, по предварительным данным, благодаря целому комплексу мер, проводимых в рамках нацпроекта, смертность взрослого населения России уменьшилась более чем на 52 тысячи человек по сравнению с соответствующим периодом 2006 года.

Рождаемость за первые месяцы этого года повысилась на 9,3% к уровню 2005 года: с января по май в Российской Федерации зарегистрировано 136 тыс. 795 новорождённых. По итогам пяти месяцев 2007 года младенческая смертность снизилась на 11,3%. Показатель младенческой смертности за январь — май 2007 года составил 9,4 на тысячу родившихся живыми против 10,6 за аналогичный период 2006 года.

В Минздравсоцразвития напомнили, что с этого года все субъекты Российской Федерации осуществляют обследование новорождённых на раннее выявление пяти наследственных заболеваний. Это позволило диагностировать такие заболевания в первые дни после рождения 111 детям с адреногенитальным синдромом, 93 — с муковисцидозом, 25 — с галактоземией. Своевременно начатое лечение позволило сохранить им жизнь и улучшить её качество, подчеркнули в министерстве.

В четырёх субъектах Федерации в перечень выявляемых заболеваний включён аудиологический скрининг детей первого года жизни, который позволяет своевременно провести диагностику нарушения слуха у ребёнка и последующую реабилитацию тугоухости. В 2008 году планируется охватить аудиологическим скринингом всех новорождённых детей в Российской Федерации, отметили в Минздравсоцразвития.

Здесь напомнили, что в этом году впервые предусмотрено расходование средств учреждениями здравоохранения, в которых оказана амбулаторно-поликлиническая помощь женщинам в период беременности, на обеспечение будущих мам медикаментами. На эти цели направляется от 20 до 33% средств, перечисленных учреждению на основании родовых сертификатов. Средства расходуются на обеспечение беременных поливитаминами, мультиминералами, препаратами железа, фолиевой кислотой и прочими препаратами в соответствии со стандартом медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности.

Помимо этого за счёт средств родового сертификата приобретаются дорогостоящие лекарственные препараты для лечения женщин во время беременности и родов, выхаживания недоношенных новорождённых, а также медицинское оборудование, инструментарий и изделия медицинского назначения.

АМИ-ТАСС



Андрей Кирюхин (Омск)

На заседании президиума Совета по реализации приоритетных нацпроектов принято решение о создании 20 перинатальных центров

20 июля на заседании президиума Совета по реализации приоритетных нацпроектов принято решение о создании 20 перинатальных центров в стране. Как сообщила журналистам по окончании заседания вице-спикер Совета Федерации Светлана Орлова, в ближайшее время планируется построить 13 таких центров. В частности, они начнут действовать в Кемеровской, Курганской, Читинской и Амурской областях. «Выступавший с докладом министр здравоохранения и социального развития Михаил Зурабов сообщил, что мы ежегодно теряем 7 тысяч новорождённых, — рассказала Орлова журналистам. — Это недопустимо огромная цифра». «Перинатальные центры смогут выявлять патологии у новорождённых, оказывать слабым детям необходимую медицинскую помощь. Кроме того, они позволят вести на протяжении всей беременности будущих матерей с какими-либо осложнениями», — добавила вице-спикер.

Сейчас многие желают увеличить свои семьи, иметь двух, трёх детей. «В некоторых случаях мамами хотят стать женщины, которым за сорок, — констатировала Светлана Орлова. — И им очень важна квалифицированная помощь на протяжении всей беременности». Она также сообщила, что недавно сама стала бабушкой и её очень впечатлили радостные лица в роддоме. «В российские семьи приходит любовь, добро и хорошие улыбки, и это главное», — отметила вице-спикер.

АМИ-ТАСС



Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)

Медицина – сегодня и завтра

■ ПРЕСС-СЛУЖБА ВК «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»

24–26 июня 2007 года в городе Сочи в выставочном центре ГК «Жемчужина» под патронатом Министерства здравоохранения и социального развития РФ состоялась VIII Международная специализированная выставка «Медицина – сегодня и завтра», организаторами которой выступили Управление здравоохранения Администрации г. Сочи, Торгово-промышленная палата г. Сочи, Выставочная компания «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи». В ходе научно-деловой программы проведены межрегиональная конференция «Актуальные проблемы обеспечения качества лекарственной и медицинской помощи», Всероссийская конференция «Экология человека», симпозиум по лазерной медицине, мастер-классы по стоматологии.

Выставка стала неотъемлемой частью жизнедеятельности медицины юга России и зарекомендовала себя как крупное, серьёзное и содержательное профессиональное мероприятие. Участие в ней приняли более 60 фирм – ведущих отечественных и зарубежных производителей и дистрибьюторов, которые пред-

ставили всё лучшее, что сегодня предлагает современная медицина. Многие экспоненты прибыли из Москвы, Санкт-Петербурга, Самары, Томска, Новосибирска, Волгограда, Ставрополя и Краснодара, чтобы познакомиться с перспективным Черноморским регионом, изучить спрос на предлагаемую продукцию, найти дилеров. Судя

по их положительным отзывам, эффект превзошёл все ожидания: сегодня южно-российский рынок медицинского и лабораторного оборудования, лекарственных препаратов, стоматологии, биодобавок, косметики, дезсредств и товаров для здоровья явно интересен производителям и поставщикам из других регионов и стран. Мероприятие посетили более 3000 человек, около 65% – практикующие врачи и фармацевты, 20% – руководители и сотрудники организаций медицинского профиля.

На территории Краснодарского края размещено 302 больницы, 310 амбулаторно-поликлинических учреждений, 54 диспансера, 754 фельдшерско-акушерских пункта, 204 здравпункта, более 800 частных стоматологических кабинетов, сотни санаториев и пансионатов с лечением. В краевом бюджете 2007 года на здравоохранение выделен 21 миллиард рублей. Край является одним из самых густонаселённых регионов России: здесь проживает более 5 миллионов человек, а лечится и отдыхает 12 миллионов (около 4 миллионов – в полумиллионном Сочи). В Сочи активно осуществляется городская программа, направленная на укрепление медицинских учреждений.

Приглашаем вас на выставки медицинского направления Выставочной компании «Сочи-Экспо ТПП г. Сочи»!

Тел./Факс: (8622) 62-05-24, 642-333, 647-555, 648-777. Прямой московский тел./факс (495) 745-77-09.
E-MAIL: MEDICINA@SOCHI-EXPO.RU,
WEB: WWW.SOCHI-EXPO.RU



Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)



Александр Карлин,
глава Администрации
Алтайского края

Алтайский край



Валерий Елыкомов,
начальник Главного управления
Алтайского края
по здравоохранению
и фармацевтической
деятельности



Территория:
168,0 тыс. км²
Население:
2 523,3 тыс. человек
Учреждения здравоохранения:
47 краевых ЛПУ;
119 краевых и межрайонных
отделений и центров;
97 участковых больниц;
1 районная больница;
147 сельских амбулаторий;
1 **030** фельдшерско-акушерских
пунктов;
3 станции скорой медицинской
помощи;
3 станции переливания крови;
7 санаториев;
2 дома ребёнка

Валерий Елыкомов: «Приоритетный национальный проект «Здоровье» дал значительный импульс развитию здравоохранения Алтайского края»

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА



Досье

Валерий Елыкомов родился 25 мая 1959 года в г. Майкопе Краснодарского края. В 1976 году в Барнауле отлично окончил школу с преподаванием ряда предметов на английском языке.

В 1982 году окончил Алтайский государственный медицинский институт по специальности врач-лечебник, получив диплом с отличием. В 1998 году окончил заочный финансово-экономический институт по специальности менеджмент. Но сначала, в 1982–1984 годах, Валерий Елыкомов прошёл углублённое обучение в клинической ординатуре на кафедре пропедевтики внутренних болезней АГМУ. В 1984–1993 годах Елыкомов — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней АГМУ, ординатор гематологического отделения городской больницы № 8.

С 1993 года по настоящее время — главный гематолог Алтайского края. В 1993–1998 годах — заместитель главного врача по производству Алтайской краевой станции

переливания крови. В 1994–1998 годах — главный терапевт комитета по здравоохранению Администрации края.

В 1998–2005 годах — директор краевого центра клинической трансфузиологии, главный врач Алтайской краевой станции переливания крови. С 2005 года — начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Врач высшей квалификационной категории по организации здравоохранения и общественному здоровью, врач гематолог-трансфузиолог высшей квалификационной категории. Доктор медицинских наук, профессор. Награждён значком «Отличник здравоохранения».

Имя Валерия Елыкова внесено в энциклопедию «Лучшие люди России».

— Валерий Анатольевич, как вы оцениваете демографическую ситуацию в крае — ведь она, как лакмусовая бумага, отражает все показатели здоровья населения?

— Ключевой демографической проблемой Алтайского края является сокращение численности населения, обусловленное его естественной убылью и миграцией. Между тем намечаются и позитивные тенденции.

Так, в 2006 году, впервые за долгие годы отмечается снижение смертности. В целом за год её уровень снизился на 9,6% (по РФ на — 4,5%), а показатель преждевременной смертности составил 15,2%. Эта тенденция продолжается и в этом году: за первое полугодие смертность снизилась на 3,8% в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

— Каковы основные причины смертности жителей края?

— Потери населения от смертности как общей, так и преждевременной в основном обусловлены тремя классами причин: первый — это болезни системы кровообращения, второй — несчастные случаи, травмы, отравления и третий — онкологические заболевания.

В 2006 году смертность от этих причин произошла в 83,5% случаев.

Чрезвычайно высока доля смертности от насильственных причин — несчастные случаи, отравления, травмы составляют в структуре общей смертности 14,5%.

— Повлияли ли принимаемые Правительством РФ меры по поддержке семей с детьми на увеличение рождаемости?

— Медицинский аспект этого вопроса заключается в снижении перинатальной и младенческой смертности.

В крае сформирована система оказания помощи женщинам во время беременности и после родов — от первичного звена до специализированных центров.

Ведётся большая просветительская работа, направленная на пропаганду здорового образа жизни, снижение числа абортотворения и рождение в семье не менее двух-трёх детей.

Повышается доступность медицинской помощи — специализированная помощь приближается к населению за счёт создания перинатальных центров в медико-географических зонах.

Безусловно, многое изменил приоритетный национальный проект «Здоровье». Программа «Родовых сертификатов» позволила существенно улучшить оснащение службы родовспоможения, по родовым сертификатам получено свыше 170 млн рублей.



Открытие врачебной амбулатории в Угловском районе.

Слева направо: **Ольга Матрёнина**, главный врач Озёро-Кузнецовской участковой больницы;

Юрий Кириченко, глава Администрации Угловского района; **Александр Карлин**, глава Администрации Алтайского края

На оснащение материально-технической базы направлено более 80 млн рублей. Приобретается дорогостоящее оборудование. Например, для новорождённых были приобретены 9 кувезов, 16 открытых реанимационных систем, 6 аппаратов искусственной вентиляции лёгких, 7 мониторов, 33 фетальных монитора и другое жизненно необходимое оборудование. Кроме того, закупаются разовые комплекты для родов и дорогостоящие жизнесберегающие лекарственные средства.

Существенно повысилась заработная плата медицинских работников, которые проводят диспансеризацию беременных и принимают роды. Безусловно, это меняет отношение медицинского персонала к работе, они стремятся повысить профессиональный уровень, внедряют новые методики обследования и лечения.

Для проведения исследований на выявление наследственных заболеваний новорождённых край получил 90 наборов тест-систем. Проведено свыше 15 тысяч таких исследований, что позволило выявить три случая наследственных заболеваний.

В крае действует целевая программа «Витаминизация беременных», рассчитанная на 2007–2011 годы. За счёт обеспечения витаминными комплексами беременных женщин, отнесённых к группам риска, предполагается уменьшить число детей, рождающихся с пороками развития центральной нервной системы, а также мотивировать беременных к ранней явке в женские консультации.

Принимаемые меры позволили в 2006 году снизить показатель младенческой смертности с 11,5 до 11,3%.

К сожалению, в прошлом году в крае отмечалось снижение рождаемости. Число появившихся на свет малышей в сравнении с 2005 годом сократилось на 882, а показатель рождаемости составил 10,1. Однако в 2007 году отмечается некоторый рост рождаемости. За 6 месяцев текущего года родилось 13 272 ребёнка, что на 906 больше, чем за аналогичный период 2006 года, показатель рождаемости достиг 10,6.

— **Что собой представляет структура оказания первичной медицинской помощи населению**

края? Сохранена ли сеть амбулаторий, ФАПов? Как вы оцениваете уровень доступности медицинской помощи для населения края?

— Алтайский край является крупным сельскохозяйственным регионом Западной Сибири. В сельской местности проживают 1,2 млн человек, или 47% жителей края. Негативное воздействие социальных и экономических преобразований начала 90-х годов на селе проявилось особенно остро. Тем не менее нам удалось сохранить практически всю существовавшую ранее сеть сельских лечебно-профилактических учреждений.

Первичную медико-санитарную помощь жителям края оказывают 329 лечебно-профилактических учреждений, в том числе 97 участковых больниц, 147 сельских амбулаторий, 1 030 фельдшерско-акушерских пунктов, а также три станции и 62 отделения скорой медицинской помощи.

В медицинских учреждениях первичного звена трудится 2 127 врачей, из них 54% аттестованы на категории, средних медицинских работников — 8 604, аттестованных — 45%.



Увеличение заработной платы в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» способствовало притоку врачебных и сестринских кадров в первичное звено. Вместе с тем в крае отмечается дефицит квалифицированных кадров, особенно в сельской местности.

Серьёзной проблемой для здравоохранения края является своевременное лицензирование лечебно-профилактических учреждений и их подразделений (участковых больниц, врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов).

Администрацией Алтайского края на 2007 год муниципалитетам дополнительно выделены 60 млн рублей на приведение объектов здравоохранения в соответствие с лицензионными требованиями и условиями.

— Какие меры принимаются для снижения уровня заболеваемости населения социально опасными заболеваниями, прежде всего туберкулёзом, онкопатологией?

— К сожалению, эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в крае остаётся сложной. Уровень и темпы роста основных показателей заболеваемости и смертности населения от туберкулёза в крае превышают российские показатели в 1,5 раза.

В настоящее время показатель заболеваемости составляет 142 на 100 тыс. населения, но в 2006 году нам всё же удалось снизить смертность населения от туберкулёза на 19%.

Сократился и первичный выход на инвалидность от этого заболевания.

Что касается выявления социально опасных заболеваний, то этому хорошо способствует по-

ставленное в край в рамках ПНП «Здоровье» флюорографическое оборудование. Передвижные установки позволяют охватить обследованиями ещё большее количество населения в самых отдалённых районах края.

В рамках краевой целевой программы «Профилактика туберкулёза» завершена реконструкция центральной бактериологической лаборатории, которая оснащена необходимым медицинским оборудованием. На новом оборудовании можно провести весь спектр микробиологических исследований, необходимых для диагностики туберкулёза и смешанных инфекций у больных.

Продолжается капитальное строительство, реконструкция и ремонт противотуберкулёзных учреждений за счёт средств краевого бюджета. На объекты здравоохранения по предупреждению распространённости туберкулёза выделено 20,5 млн рублей.

Средства целевой программы «Меры по развитию онкологической помощи населению Алтайского края» направлены на внедрение новых методов диагностики и лечения злокачественных новообразований. Реализация данной программы позволила оказывать выездную помощь в сельских районах, освоить целый ряд современных диагностических методик, внедрение которых существенно сократило сроки лечения, уменьшило число осложнений и способствовало улучшению реабилитации больных.

— Какие виды высокотехнологичной медицинской помощи способны предоставить больным учреждения здравоохранения края? Как часто вы направляете своих пациентов в медицинские центры Москвы, Санкт-Петербурга, других городов страны?

— Алтайский край располагает развитой сетью краевых специализированных учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. Приоритетными на ближайшие годы определены те направления, которые способны обеспечить

максимальный медико-социальный эффект. Это кардиохирургия, нейрохирургия, травматология и ортопедия, а также сосудистая хирургия и онкологическая помощь.

Развитие современных медицинских технологий способствовало принятию решения Правительства РФ о строительстве в городе Барнауле федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Реализация этого проекта начнётся в 2008 году.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ приняло решение об открытии в Алтайском крае регионального нейрососудистого центра, где будут оказываться высокотехнологичные виды помощи больным с инсультами и другими сосудистыми катастрофами. Решение о создании такого центра связано с высоким уровнем оказания нейрохирургической помощи в крае: только за прошлый год сделано свыше 200 операций на сосудах головного мозга. В этой связи нам будет выделено оборудование на сумму свыше 0,5 млрд рублей. К слову, только девять территорий страны получают такую федеральную помощь.

Вместе с тем Алтайскому краю выделяются квоты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных клиниках. Так, в 2006 году наш регион получил 713 квот, в первом полугодии 2007 года уже 604 квоты. Наиболее востребованными являются квоты по сердечно-сосудистой патологии, офтальмологии, травматологии и ортопедии.

— Находит ли развитие в Алтайском крае телемедицина?

— С 2002 года в крае функционирует Региональная телемедицинская сеть, через которую ежегодно осуществляется более 1 000 телеконсультаций. Она включает краевой отдел телемедицинских технологий, пять телемедицинских пунктов врачей-консультантов, расположенных в ведущих краевых медицинских центрах — в городах Алейске, Бийске, Заринске, Рубцовске, Славгороде, а также в посёлке Горняк.

Сельские районы, входящие в состав медико-географических округов, связаны с центром автотрассами с асфальтовым покрытием и находятся на удалении не более чем от одного до 15 часов езды.

Краевой отдел телемедицинских технологий позволяет вести телеконсультации в режиме реального времени. В 2006 году было успешно апробировано проведение дистанционного консультирования беременных женщин в таком режиме с районами края.

В 2002–2006 годах специалистами МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ прочитано пять видеолекций. В январе 2007 года проведён полноценный дистанционный сертификационный цикл с выдачей сертификатов слушателям для акушеров-гинекологов края с участием кафедры ММА имени И. М. Сеченова.

— В каком направлении развивается служба родовспоможения и детства? Удалось ли укрепить материально-техническую базу роддомов в связи с внедрением родовых сертификатов?

— Приоритетные направления работы службы родовспоможения в крае направлены на сохранение репродуктивного здоровья, рождение здорового поколения, профилактику осложнений у матери и плода. С этой целью в крае развивается сеть межрайонных перинатальных центров с консультативно-диагностическими отделениями для беременных женщин с риском материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Такие центры призваны приблизить доступность

высококвалифицированной помощи населению отдалённых территорий.

По программе «Здоровое поколение» проезд беременных женщин до краевого и межрайонных перинатальных центров и краевой больницы осуществляется бесплатно.

В крае внедрена система диспансеризации женщин фертильного возраста, направленная на профилактику непланируемой беременности и, наоборот, планирование желанной беременности.

Реализация подпрограммы «Здоровое поколение» краевой целевой программы «Дети Алтай» позволила внедрить на бесплатной основе скрининг беременных женщин на сывороточные маркеры врождённой и наследственной патологии плода и новорождённого.

— Валерий Анатольевич, на территории Алтайского края, как и в любом другом регионе РФ, второй год реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье». Как вы оцениваете его значение для развития отечественного здравоохранения в целом и в частности для Алтайского края?

— Несмотря на запаздывание на начальных этапах ряда законодательных и нормативно-правовых актов, при реализации нацпроекта, пожалуй, впервые в отечественном здравоохранении все важнейшие условия для достижения эффективного результата были выполнены как на федеральном, так и на региональном и муниципальных уровнях.

В крае сформирована система управления процессом реализации проекта, включающая

элементы его мониторинга, контроля и взаимодействия с заинтересованными учреждениями и ведомствами. Подписаны соглашения между управлением Алтайского края по здравоохранению и всеми главами органов местного самоуправления городов и районов о взаимодействии в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Благодаря такому основательному фундаменту реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 году в целом проведена успешно.

Выполнены все обязательства, предусмотренные рамками соглашения с Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Администрацией Алтайского края. Всего краем привлечено материальных и финансовых ресурсов на сумму свыше 1 млрд рублей, что превосходит прогнозные расчёты более чем на 15%.

— Назовите, пожалуйста, конкретные примеры.

— В 2006 году мероприятиями проекта охвачены практически все возрастные и социальные группы населения. В целом это составило около 1 330 тысяч человек, или более половины жителей края. Наибольшее количество населения в рамках проекта было охвачено проведением вакцинации.

Дополнительная иммунизация позволила существенно снизить инфекционную заболеваемость.

Значительное увеличение заработной платы, изменение условий труда за счёт оснащения учреждений первичной медико-санитарной





помощи современным диагностическим оборудованием, возможности профессиональной переподготовки повысили престиж работы в первичном звене здравоохранения и способствовали притоку кадров, чего не наблюдалось уже в течение ряда лет. За год реализации проекта численность регистра увеличилась на 130 человек.

Диспансеризация существенно повысила выявляемость заболеваний. В целом на одного осмотренного выявлено 1,6 заболеваний.

Особенно значительный рост наблюдается в группе социально значимых заболеваний, которые являются основными причинами инвалидности и смертности населения. Так, болезней системы кровообращения при диспансеризации впервые выявлено в 4,2 раза больше, гипертонической болезни — в 4,6 раза, болезней эндокринной системы — в 10 раз. Удельный вес заболеваний, выявленных на поздних стадиях, составляет всего 2,2%, что значительно ниже, чем по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу.

Всё это является доказательством того, что реализация национального проекта «Здоровье» имеет существенное значение как для здравоохранения, так и в целом для населения Алтайского края.

— Какие проблемы возникли при реализации нацпроекта в крае? Может быть, что-то в проекте «Здоровье» не устраивает самих медиков?

— Результаты работы в 2006 году не устраивают нас прежде всего потому, что ими не удовлетворена значительная часть пациентов. Об

этом можно судить по тому, что не сокращаются очереди в поликлиниках, продолжаются жалобы больных на невнимательное отношение со стороны медицинских работников. К сожалению, у медицинских работников не изменилось отношение к своему труду.

Кроме того, национальный проект не внёс позитивных изменений в решение кадровых проблем по узким специалистам. По большинству врачебных специальностей обеспеченность в крае существенно ниже, чем в среднем по РФ: по офтальмологии — на 22%, неврологии — на 28,6%, ЛОР — в 1,5 раза, стоматологии — в 2,6 раза.

Нацпроект ещё больше обозначил диспропорцию в оплате труда медицинских работников муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, при которой заработная плата врачей в краевых ЛПУ сравнялась с уровнем зарплаты среднего медицинского персонала в муниципальных ЛПУ.

В связи с этим мы внесли предложение в Минздравсоцразвития РФ о выделении отдельной программы по совершенствованию стационарной и специализированной помощи.

— Как вы оцениваете уровень материально-технического благополучия состояния лечебных учреждений? Что краевое здравоохранение получило в рамках нацпроекта «Здоровье»?

— В ходе реализации проекта в 2006 году обеспеченность учреждений здравоохранения медицинским оборудованием выросла с 80 до 83%, в том числе в амбулаторно-поликлинических учреждениях с 75 до 85%.

В рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 году учреждения здравоохранения края получили 487 единиц диагностического оборудования на сумму 360 млн рублей, в частности 114 УЗИ-аппаратов, 81 единицу рентгенологического оборудования, 167 аппаратов ЭКГ, 86 единиц эндоскопического оборудования, 39 комплектов лабораторного оборудования.

Что касается состояния самих учреждений здравоохранения, то должен сказать: большинство лечебно-профилактических учреждений края располагаются в приспособленных зданиях и сооружениях, износ которых составляет в среднем 30%. Поэтому органами краевой, муниципальной власти и Главным управлением принимаются активные меры по улучшению материально-технической базы объектов здравоохранения.

За счёт всех источников финансирования, адресной инвестиционной программы края ведётся строительство и реконструкция ряда объектов здравоохранения.



В 2006 году уже введены в эксплуатацию: в городе Камень-на-Оби – первая очередь акушерского корпуса (женская консультация) на 150 посещений, в селе Пospelиха – детское отделение на 25 коек с детской консультацией на 60 посещений в смену (первая очередь), в Славгороде – амбулатория на 21 посещение в смену.

За счёт средств краевого бюджета в 2006 году профинансированы строительство и реконструкция объектов здравоохранения на 162,9 млн рублей. Вместе с тем затраты на восстановление материально-технической базы из краевого бюджета из года в год составляют менее трети от планируемых. Поэтому в 2007 году принято решение о финансировании за счёт средств краевого бюджета только социально значимых объектов здравоохранения и объектов с высокой степенью готовности.

– Какие из намеченных в программе развития отрасли решений, вы считаете, способны вывести здравоохранение на новый, более высокий уровень?

– В 2007 году планируется ввод в эксплуатацию 12 объектов здравоохранения. В апреле введён в строй операционный блок в Алтайском краевом кардиологическом диспансере на пять операционных и 12 реанимационных коек.

В феврале начала действовать первая очередь реконструируемого стационара Алтайского краевого противотуберкулёзного диспансера под поликлинику на 215 тысяч исследований.

В Славгороде построено кардиологическое отделение на 15 коек. В городе Камень-на-Оби после реконструкции открылся лабораторно-диагностический корпус общей площадью 300 кв. м.

В течение года продолжится ввод объектов здравоохранения, приуроченный к 70-летию Алтайского края: в Барнауле это 270 коек шестого блока регионального центра радиационной и экологической медицины, в Бийске – 62 койки лечебно-диагностического корпуса онкологического диспансера, в Новоалтайске – реабилитационное отделение детской поликлиники.

Откроются акушерские корпуса в Камне-на-Оби и в селе Тальменка, в селе Пospelиха – родильный дом на 15 коек, а в Барнауле – вторая очередь многопрофильной детской больницы (хирургическое отделение) и т. д.

Лимит краевого бюджета в текущем году составляет 166,1 млн рублей, а доля средств федерального бюджета – 165,78 млн рублей. Размер капитальных вложений адресной инвестиционной программы края возрос с 25,4 млн рублей в 2004 году до 187,3 млн рублей в 2006 году, то есть в 7,4 раза. Привлекаются средства федерального бюджета и по адресным инвестиционным программам, в 2004 году на сумму 119,8 млн рублей, в 2006 году – 165,78 млн рублей, рост составил 28%.

Кроме того, в 2008 году планируется ввод в эксплуатацию двух центров высоких медицинских технологий федерального уровня: ортопедо-травматологического профиля и центра сосудистой хирургии.

Утверждён перспективный план капитального строительства объектов здравоохранения края за счёт средств капитальных вложений на 2008–2010 годы с учётом социальной значимости.

Лечебно-профилактические и специализированные учреждения также будут пополняться и новым современным оборудованием. Только в рамках нацпроекта

«Здоровье» здравоохранение края должно получить до конца 2007 года 381 единицу диагностического оборудования на 360 млн рублей, в том числе 126 эндоскопических аппаратов, 54 рентгеновские установки, 24 УЗИ-аппарата и многое другое.

– Какие цели руководство здравоохранения Алтайского края ставит перед коллективом медиков на перспективу?

– В первую очередь – сократить поток больных в диагностические центры края и уменьшить количество платных услуг в здравоохранении.

Оборудование в районах должно использоваться эффективно, чтобы в краевых ЛПУ не приходилось дублировать обычные диагностические методики и что позволило бы снизить затраты краевого бюджета на эти цели.

Диагностический потенциал краевых учреждений важно сосредоточить на проведении уникальных исследований. Необходимо также повышать качество первичной медико-санитарной и специализированной терапевтической помощи населению края.

Пути к этому известны. Это и дальнейшее улучшение материально-технической и диагностической базы сельских центральных районных больниц, амбулаторий, ФАПов, а также межрайонных специализированных отделений и центров. Это и профориентационные направления работы, прежде всего повышение эффективности работы школ для больных и повышение информирования населения края как в вопросах охраны своего здоровья, так и в вопросах законодательства по здравоохранению.

– Что ж, мы желаем большому и высококвалифицированному сообществу медиков края закрепления позитивных тенденций и не сомневаемся, что ему вполне по силам выполнение не только текущего, но и перспективного плана. Достигнутые по многим показателям успехи – вот причина такой уверенности. ■



Каждое направление работы представляет интерес

■ ВАЛЕНТИНА СИБКО



Иван Зайцев,

заслуженный врач России, кавалер ордена Дружбы народов, специалист высшей категории по организации здравоохранения и детской хирургии, главный врач Алтайской краевой детской клинической больницы

С 2005 года медики Алтайской краевой детской клинической больницы принимают участие в ежегодной специализированной выставке «Человек – экология – здоровье» и, надо сказать, небезуспешно. Работа коллектива больницы была замечена сразу: в первый же год он стал обладателем диплома за разработку и внедрение современных информационных технологий, связанных с диагностико-перинатальными поражениями центральной нервной системы. В 2006 году больница отмечена дипломами 2-й и 3-й степени за оригинальную методику лечения келоидных контрактур у детей и за разработку нового метода лечения рубцовых стенозов пищевода. В этом году Алтайская краевая детская клиническая больница также не осталась без наград, удостоившись диплома 3-й степени за разработку и внедрение новой методики лечения врожденной кослапости у детей.

Пациентами Алтайской краевой детской клинической больницы являются юные граждане — от первых дней рождения до 18 лет. Работа ведётся почти по 30 направлениям и практически по всем специальностям в 12 специализированных отделениях и 30 вспомогательных лечебно-диагностических отделениях и кабинетах. Возглавляет эту многоплановую работу заслуженный врач России, кавалер ордена Дружбы народов, специалист высшей категории по организации здравоохранения и детской хирургии Иван Зайцев. В прошлом выпускник педиатрического факультета Алтайского государственного медицинского института, он прошёл все этапы становления в своей профессии. Окончил субординатуру по детской хирургии. Открывал, а затем возглавил детское хирургическое отделение в Рубцовске, чему посвятил десять лет трудовой жизни. Затем в должности главного врача руководил одним из крупнейших лечебных учреждений края — больницей скорой медицинской помощи. А с 1987 года — на занимаемом в настоящее время посту.

— Краевая детская больница введена в строй в 1984 году, и рассчитана она была на 450 коек, — рассказывает Иван Федотович. — Уже в новом столетии, точнее, в 2003 году сдана в эксплуатацию консультативно-диагностическая поликлиника на 300 посещений в смену. Сегодня на базе нашей поликлиники располагается шесть краевых детских специализированных центров. Каждый из них работает в своём направлении, каждое из которых, в свою очередь, представляет интерес.

По новой программе, пройдя стажировку в Англии, работают сегодня доктора астмцентра. Важным достижением стало то, что в итоге их работы практически 90% наших больных переведены на амбулаторное лечение. В центре детской гематологии и онкологии ведётся приём детского онколога. Гастроэнтероло-

гический центр занимается патологией желудочно-кишечного тракта. В реабилитационном центре успешно используются все традиционные и нетрадиционные методы лечения: иглорефлексотерапия, мануальная терапия, гирудотерапия, применяются физиопроцедуры, различные ванны и т. д. Всё это даёт положительные результаты.

Наша межрегиональная медико-генетическая консультация принимает пациентов из Республики Алтай и Алтайского края и работает по национальной программе пяти наследственных заболеваний и медико-генетического консультирования семей. Кроме того, здесь же работают над проблемой гемофилии. Не так давно мы получили новую аппаратуру, с помощью которой теперь можем проводить ДНК-диагностику хронических лимфолейкозов. Сегодня мы обслуживаем уже не только Алтайский край и Кемеровскую область, но и весь Сибирский регион.

Особенно хочется отметить работу реанимационно-консультативного центра. Здесь проводятся мониторинги детей, главным образом, первого года жизни. Центр располагает реанимобилем, позволяющим вывозить из районов края около 130 детей в возрасте до года, большую часть которых составляют новорождённые. Благодаря усилиям наших реаниматологов, успешному применению аппарата искусственного дыхания, мы всё-таки определённым образом можем влиять на ситуацию с младенческой смертностью в крае. В последнее время она стабильно снижается: её показатель за первую половину 2007 года составил 9,2 против 10,2 соответствующего периода прошлого года.

В последнее время на свет появляется довольно много детей с малым весом, выхаживание которых требует огромных вложений. Поэтому наша больница нацелена развивать реконструктивную хирургию, в частности эндоскопические хирургические



Римма Назарова, зав. отделением патологии новорождённых



Зинаида Акинина, зав. отделением психоневрологии новорождённых (справа)



Галина Голованова, зав. отделением психоневрологии

методики (особенно применительно к новорождённым), детскую урологию, эндрологию и ортопедию.

Большую помощь нашей больнице оказывают специалисты кафедр педиатрического факультета Алтайского государственного медицинского университета. На базе нашей больницы действуют кафедра педиатрии факультета усовершенствования врачей, а также кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии клинической фармакологии. Сегодня на кафедре педиатрии медицинского университета разрабатываются оригинальные методики лечения идеопатической тромбоцитопенической пурпуры, позволяющие добиться полного излечения 80% пациентов без проведения спленотомии.

Сотрудниками больницы и кафедры хирургии, реаниматологии и анестезиологии представлено более 100 совместных рационализаторских предложений, получено три пакета на изобретения оригинальных методик лечения рубцовых стенозов пищевода методом стентирования, разработаны реконструктивные операции при заболеваниях мочеполовой системы и представлен авторский способ лечения келоидных контрактур. Кроме того, на кафедре детской хирургии занимаются серьёзными разработками в области низких тем-

ператур, в частности, криохирургией. У нас разработаны новые методики лечения цирроза печени. Довольно хорошо поставлено и отработано оперативное лечение атрезии пищевода у новорождённых. И надо сказать, что сегодня наши результаты в этом направлении являются одними из лучших в России.

Хочу уделить внимание и нашему подростковому центру — так называемой клинике, дружественной к молодёжи, которую подростки могут посещать самостоятельно и решать свои проблемы с помощью специалистов — психолога, нарколога, андролога, психотерапевта. Есть здесь и кабинет для девочек, где приём ведёт детский акушер-гинеколог.

Одним из основных разделов в направлении нашей работы мы считаем организационно-методическую деятельность. Сюда входит работа с районными и городскими больницами. Бригады наших медиков выезжают на места для оказания практической и организационно-методической помощи. Кроме того, наши специалисты участвуют как эксперты в лицензировании лечебных учреждений края. В последнее время активно занимаемся диспансеризацией детей до года, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития. Районов у нас довольно много — 66, и не в каждом из

них есть такие специалисты, как детский невропатолог, хирург, ортопед, травматолог. Поэтому нами созданы выездные бригады, имеющие в своём составе всех этих специалистов. В летний период курируем оздоровительные учреждения и, в частности, два самых больших лагеря отдыха для детей — на 600 и 800 человек.

Думаю, мой рассказ о больнице будет неполным, если я не представлю коллектив наших сотрудников. Он, надо сказать, немалый: около 800 человек, 147 из них — врачи, в числе которых два доктора медицинских наук, 19 кандидатов медицинских наук, 41 врач имеет высшую квалификационную категорию, 42 — первую. Заведующие нашими отделениями — настоящие мастера своего дела. Это доктора медицинских наук — Юрий Васильевич Тен и Арсен Ашотович Осипов, кандидаты медицинских наук — Михаил Васильевич Мешков, Александр Михайлович Никонов и Зинаида Фёдоровна Акинина и врач высшей категории Галина Васильевна Голованова. Почти все они — отличники здравоохранения. Это их пример, знания и опыт вдохновляют других членов коллектива, благодаря усилиям которого работа в Алтайской краевой детской клинической больнице ведётся чётко и слаженно. ■



Арсен Осипов, зав. отделением ортопедотравматологии



Михаил Мешков, зав. отделением реанимации и анестезиологии



Юрий Тен, зав. отделением хирургии



Сергей Попов, главный врач КГУЗ
«Кожно-венерологический диспансер, г. Бийск»

Позитивность перемен

■ Ольга Худякова

Краевое государственное учреждение здравоохранения «Кожно-венерологический диспансер, г. Бийск» — одно из ведущих прогрессивных медицинских учреждений Алтай. Уже пять лет, как сбылась заветная мечта врачей диспансера: учреждение разместилось в новом современном здании, построенном по типовому проекту, что позволило значительно расширить спектр лечебных и консультативных услуг.

Сегодня специалисты кожно-венерологического диспансера оказывают высококвалифицированную помощь не только жителям города Бийска и двенадцати районов края, но и Белокурихи. Ежедневно врачи принимают до трёхсот пациентов. В просторном здании диспансера разместились кабинеты мужской и женской урологии, микологический кабинет, три дерматологических кабинета, кабинет детского дерматолога и кабинет сифилидолога. Кроме того, к услугам пациентов предоставлены физиокабинет, два процедурных кабинета, кабинеты ПУВА-терапии и лазеротерапии и кабинет для удаления образований на коже жидким азотом, методом электрокоагуляции и радиохирургии. В стационаре, рассчитанном на 45 коек, имеется 15 мест для дневного пребывания, он включает в себя детское, женское и мужское отделения.

Отвечает всем последним требованиям времени в кожно-венерологическом диспансере и лабораторное отделение. В серологической клинической лаборатории и лаборатории культуральной диагностики применяются все виды диагностики: ИФА, РПГА, КСР, культуральная диагностика ИППП, проводятся все клинические анализы. Специалисты диспансера

осуществляют внешний контроль, согласно договору с краевыми и федеральными службами контроля.

В ближайшей перспективе развития (2007–2008 гг.) — внедрение прогрессивной телеконсультативной диагностики с разработкой электронной версии амбулаторной карты. Планируется открытие кабинета «Проблемная кожа» для консультации пациентов, страдающих угревой болезнью, в том числе призывников, и оказания дерматокосметологической помощи с последующей диспансеризацией. Наилучшим образом будет оказываться помощь и пациентам, страдающим заболеваниями кожи и слизистых оболочек, вызываемых вирусами простого герпеса первого и второго типов, ВПЧ.

Безусловно, позитивные перемены происходят благодаря стараниям коллектива этого медицинского учреждения, в первую очередь его руководителя Сергея Попова. Крупнейший диспансер края Сергей Николаевич возглавляет более двадцати лет. Назначение на должность главного врача КГУЗ «Кожно-венерологический диспансер, г. Бийск» он получил спустя несколько месяцев после того, как окончил в 1984 году Алтайский государственный медицинский институт. Человек увлечённый (охо-

та, рыбалка, альпинизм), он тем более не может быть равнодушным ко всему, что касается его работы. Под стать руководителю и сотрудники. Врачи диспансера — высокопрофессиональные специалисты. Постоянно совершенствуется, повышая квалификацию, и средний медицинский персонал учреждения. И врачи, и средний медицинский персонал аттестованы 100%.

Коллектив краевого кожно-венерологического диспансера в состоянии решить профессиональные проблемы любой степени сложности. Он постоянно осваивает и использует в работе передовые технологии, медицинские стандарты, регулярно участвует в профессиональных выставках, конгрессах, съездах и конференциях, проводимых в других регионах, на которых делится своими достижениями и обогащается новыми знаниями. ■



Икра на завтрак, ванна – ближе к вечеру

■ ОКСАНА ИВАНОВА

В ближайшее время выйдет в свет книга о Медико-санитарной части Главного управления внутренних дел Алтайского края. Эта легендарная медсанчасть с более чем пятидесятилетней историей признана одной из лучших в России. Что же выделяет её среди других медицинских учреждений – об этом корреспондент нашего журнала беседует с её руководителем полковником внутренней службы Григорием Кузьякиным. Как рассказал Григорий Викторович, история медсанчасти ГУВД Алтайского края началась в 1937 году, и состояла она тогда всего из двух человек. К сожалению, имена и фамилии этих людей не сохранились в архивных документах, однако память об их труде осталась в сердцах людей.

Со временем служба приобрела всё большее значение, штат заметно увеличился, расширилось и поле её деятельности. В 1954 году она уже состояла из нескольких подразделений, были в том числе поликлиника и госпиталь. Сегодня МСЧ ГУВД Алтайского края состоит из трёх корпусов, расположенных в центре города Барнаула.

Гордость МСЧ ГУВД Алтайского края – Центр реабилитации. Он находится в посёлке Мост-Иша Красногорского района, в исключительном по своим климатическим показателям месте, в предместье Горного Алтая, в районе слияния тёплой реки Иша и холодной Катунь, что создаёт здесь особый микроклимат, благотворно влияющий на организм человека. Многим пожилым людям, оздоравливающимся здесь, даже не назначается медикаментозное лечение – положительный эффект достигается за счёт климатотерапии и физиопроцедур.

Постоянное внимание в центре уделяется созданию комфортных условий для пациентов. В настоя-

щее время в построенном в 70-е годы здании проведён ремонт, обновлена система канализации, в номерах «Люкс» установлены телефон, телевизор, холодильник. В ноябре прошлого года начата постройка четырёх новых корпусов, в каждом из них будет своя баня.

Кроме основных видов физиолечения, здесь применяется уникальная процедура – фитобочка «Прасковья». Омолаживающий и оздоравливающий эффект фитобочки оценили люди со всей России, поэтому в реабилитационном центре медсанчасти ГУВД Алтайского края можно встретить жителей Нижнего Новгорода, Иркутска и других городов страны.

Госпиталь МСЧ ГУВД Алтайского края состоит из трёх отделений: терапии – на 50 коек, неврологии – на 40 коек и отделения реабилитации – на 15 коек. В госпитале организовано шестизачасовое комплексное питание, разработанное на каждый день недели. Например, по понедельникам на завтрак больные получают бутерброды с икрой, а по вторникам – с бужениной. Дополнительно ежедневно в их рационе уникальный кисломолочный продукт «Наринэ».

Почти все работающие в госпитале врачи имеют высшую или первую квалификационную категорию. Коллектив здесь очень дружный, сплочённый и за последние годы практически не меняется. Ежегодно в госпитале внедряются новые методики лечения, на его базе студенты Алтайского государственного медицинского университета проходят практику по военно-полевой терапии.

В поликлинике ГУВД Алтайского края менее 800 человек в день не принимают, хотя рассчитана она на 380 посещений. Приём больных узкими специалистами ведётся на самом высоком уровне. Например, стоматологическая помощь, оказы-



ваемая в поликлинике ГУВД Алтайского края, не уступает по своему качеству любой частной клинике. В 2006 году здесь было установлено новейшее импортное оборудование, а с недавнего времени появилась и вообще редчайшая для государственного учреждения услуга – имплантология. В ближайших планах поликлиники – открыть в её составе грязелечебницу, пантовые ванны, инфракрасную сауну.

Военно-врачебная комиссия, отметившая в прошлом году полувековой юбилей, представлена в двойном составе, что является редкостью для большинства российских ГУВД. Центр психологической диагностики, входивший ранее в структуру ВВК, теперь представляет собой подразделение МСЧ ГУВД Алтайского края и занимается тестированием и психологическим сопровождением принимаемых на службу, а также прибывших из командировок Северо-Кавказского региона.

В структуре медсанчасти ГУВД Алтайского края есть уникальное подразделение – отряд экстренной медицинской помощи. Эти двенадцать отважных врачей побывали во всех горячих точках страны, спасли сотни жизней. У каждого из них в год по три-четыре командировки, во время которых они мужественно выполняют свой долг, всегда оставаясь верными клятве Гиппократова. Ну а в праздники они притягивают к себе взгляды окружающих сиянием орденов и медалей, которых на груди у каждого немало. ■



ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ
«КУЗБАССКАЯ ЯРМАРКА»

11-13
сентября
2007
ПРИГЛАШАЕТ

V ВСЕРОССИЙСКИЙ МЕДИКО-ПРОМЫШЛЕННЫЙ ФОРУМ

ПРОМЫШЛЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕК

В РАМКАХ НАУЧНО-ДЕЛОВОЙ ПРОГРАММЫ ФОРУМА: ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**«НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ТЕХНОГЕННЫХ
КАТАСТРОФАХ В КРУПНЫХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЦЕНТРАХ»**

XV специализированная выставка

ИНТЕРМЕД

ЗАО «КУЗБАССКАЯ ЯРМАРКА»

654005, Россия, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Орджоникидзе, 18

Тел.: (3843) 45-28-86, 46-63-72, 46-63-73 • Факс: (3843) 45-28-86, 46-49-58

E-mail: overseas@kuzbass-fair.ru • Link: <http://www.kuzbass-fair.ru>



Александр Бердников,
глава Республики Алтай,
председатель Правительства
Республики Алтай

Республика Алтай



Игорь Яимов,
министр здравоохранения
Республики Алтай



Территория:
92,9 тыс. км²
Население:
205,4 тыс. человек
Учреждения здравоохранения:
18 больничных;
25 самостоятельных амбулаторно-
поликлинических;
32 детские поликлиники;
14 акушерско-гинекологических
отделений;
12 станций скорой медицинской
помощи;
155 фельдшерско-акушерских
пунктов

Валерий Бедарев, главный врач Республиканской детской больницы города Горно-Алтайска: «Мы приближаем медицинскую помощь к населению»

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

— Валерий Владимирович, учитывая то, что сегодняшнее представление Республиканской детской больницы в нашем журнале — своеобразный дебют, расскажите, прежде всего, что собой представляет ваше учреждение?

— Наша больница располагает 160 койками. В своём составе имеет несколько отделений. Есть отделение для недоношенных новорождённых на 30 коек, отделение пульмонологии на 40 коек, педиатрическое отделение на 40 коек. Кроме того, отделение хирургии на 25 коек, отделение детской травматологии на 25 коек. И сердце нашей больницы — отделение реанимации на 6 коек. Оно было открыто в 1980 году. Тогда это было первое специализированное детское отделение реанимации в Сибири. Кроме лечебных отделений, в состав Республиканской детской больницы входит поликлиника, рассчитанная на 40 тысяч приёмов в год.

— Как вы оцениваете диагностическую базу вашего учреждения?

— У нас очень мощная лаборатория. Практически все анализы, кроме эндокринных, выполняем самостоятельно. За последние три года мы получили новое оборудование на 7,5 млн рублей. Причём по самым различным программам: как федеральным, так и республиканским. Из всего полученного за указанные годы оборудования хочу выделить аппараты искусственной вентиляции лёгких для новорождённых и современный аппарат УЗИ, позволяющий смотреть и тазобедренные суставы, и щитовидную железу, и сердце, и органы брюшной полости, и мозг новорождённых. Появился парк современных кушеток, получили партию дозаторов. До конца года ожидаем новые пеленальные столики с подогревом, проявочную машину.

— Расскажите о проблемах здоровья детского населения Республики Алтай, которые вашему коллективу приходится решать. Какие из этих проблем вы считаете самыми актуальными для Республики Алтай?

— Особенно беспокоит нас младенческая смертность. По этому показателю мы выглядим не лучшим образом на фоне других регионов Сибири. Показатель младенческой смертности за прошлый год составил 15,4 на 1000 новорождённых. В первом полугодии 2007 года пока идём на уровне 10 на 1000 новорождённых. То есть очевидна тенденция снижения младенческой смертности. Будем очень рады, если нам удастся эту тенденцию окончательно закрепить.

Ещё одна проблема, которая волнует коллектив нашей больницы, — остающаяся на высоком уровне врождённая патология. Пока что по-прежнему в Республике Алтай ежегодно рождаются дети и с синдромом Дауна, и с такими пороками сердца, которые несовместимы с жизнью, и с тяжёлыми пороками физического плана.

Не имеем мы права смириться и с тем, что до сих пор производим значительно больше экстренных оперативных вмешательств, нежели плановых. За 2006 год процент экстренных операций составил 64, плановых — 36. Такая нехорошая пропорция сложилась из-за большой удалённости районов республики от столицы. Родителям, видящим, что с их ребёнком творится что-то неладное, сложно привезти его к нам на обследование. Потому как даже автобусы ходят далеко не во все населённые пункты.

— Ясно представляя узкие места в детском здравоохранении республики, надо полагать, вы предпринимаете определённые шаги, чтобы решить эти актуальные проблемы?



Валерий Шаргин (Горно-Алтайск)

Досье

Валерий Бедарев родился в 1957 году в селе Барагаш Шибалинского района Республики Алтай. В 1974 году окончил среднюю школу и поступил в Алтайский государственный медицинский институт. В 1980 году вернулся на родину, работал реаниматологом-анестезиологом в Республиканской детской больнице. Вместе со своими коллегами стал организатором первого в Сибири отделения детской реанимации. В должности врача-реаниматолога Валерий Владимирович проработал почти 16 лет. Затем непродолжительное время возглавлял организационно-методический кабинет. С 1996 года — главный врач Республиканской детской больницы.

— Мы работаем над этими проблемами сразу по нескольким направлениям. В первую очередь, стремимся приблизить специализированную помощь к населению, коль люди сами не в состоянии вовремя привезти к нам детей. К примеру,

в этом году специализированные бригады Республиканской детской больницы уже 12 раз побывали в районах региона с целью профилактических осмотров детей, главным образом, в возрасте до одного года.

Кроме того, Министерство здравоохранения Республики приняло решение об организации Республиканского перинатального центра. Его главная задача — уменьшение младенческой смертности в Республике Алтай. Новый перинатальный центр призван организовать действенную систему выявления самых ранних сроков беременности независимо от того, где женщины проживают: в республиканском центре или на окраине республики. Задача — не просто поставить их на учёт, но в обязательном порядке провести через все основные скрининговые исследования, в том числе с целью выявления возможной патологии плода. Если обнаружится такая угроза, лучше будет в безопасный для здоровья матери срок предпринять меры, которые помогут избежать появления на свет неполноценного человека. Дети должны рождаться здоровыми.

— **Расскажите, пожалуйста, о коллективе вашей больницы.**

— В штате Республиканской детской больницы три заслуженных врача РФ, восемь ветеранов труда, шестеро врачей имеют звание «Отличник здравоохранения РФ». Но кандидат медицинских наук при этом только один — Вера Николаевна Тадинова. Хотелось бы отметить первого детского хирурга республики, заслуженного врача России Любовь Савельевну Арбанкову, которая, несмотря на возраст — ей под 70 лет, продолжает оперировать на высоком профессиональном уровне. Даже на дежурства по-прежнему выходит наравне с другими врачами.

35 лет работает в нашей больнице заведующая лабораторией Ольга Дмитриевна Решетова. Более 35 лет — заслуженный врач Российской Федерации, заведующая отделением новорождённых Наталья Евгеньевна Сабеева. Ещё один мой надёжный помощник



Владимир Шарпит (Горно-Алтайск)

Николай Шестернин — врач-анестезиолог, Любовь Капчекова — операционная медицинская сестра, Александр Смирнов — хирург

во всех начинаниях — заведующий травматологическим отделением, отличник здравоохранения РФ Илья Николаевич Байданов. Он также носит неофициальное, но почётное в медицинском сообществе звание первого детского травматолога республики.

— **А если оценивать кадровую ситуацию в детском здравоохранении республики в целом, включая районные больницы? Она не вызывает тревоги?**

— Что касается нашей больницы, то пока нам удавалось своевременно пополнять штат больницы молодыми кадрами взамен уходящих на заслуженный отдых. К примеру, в настоящее время в ординатуре учатся три наших направленных. И в этом году направляем на учёбу в ординатуру ещё троих. Министерство здравоохранения идёт нам навстречу, оплачивает прохождение учебы.

По республике ситуация также меняется к лучшему в связи с реализацией национального проекта по здравоохранению. Многие начинающие доктора едут на периферию с охотой. Большую роль в этом играет подход руководства нашей республики к данной проблеме. В первых, стали выделять жильё для молодых специалистов и, во-вторых, ввели надбавки по заработной плате, определённые Министерством здравоохранения России.

— **Каковы перспективы развития Республиканской детской больницы на ближайшее время?**

— Мы их связываем, в первую очередь, с вводом в строй нового корпуса нашей больницы. В нём планируется разместить современный операционный блок, значительно превосходящий нынешний по площадям, с двумя операционными. На первом этаже будет помещён Центр медицинской реабилитации для детей-инвалидов и больных, перенёсших операции и нуждающихся в долечивании.

Следующий этап реконструкции детской больницы — строительство ещё одной пристройки к главному корпусу. Она необходима для улучшения условий пребывания как маленьких пациентов, так и их родителей (сегодня в палате, рассчитанной на четырёх человек, одновременно находятся четыре — восемь маленьких пациентов и обслуживающие их мамы).

В настоящее время у Республиканской детской больницы благодаря финансовым вливаниям из республиканского, а также федерального бюджета появилось второе дыхание, в нынешних условиях коллектив имеет оптимистический настрой на работу и смело смотрит в будущее, реализует новые планы по улучшению качества обслуживания детского населения Республики Алтай. ■

Мы отвечаем за здоровье чемпионов



Владимир Шадрин (Горно-Алтайск)

■ ЕВГЕНИЯ ДМИТРИЕВА

В конце 80-х — начале 90-х годов прошлого века диспансеризация спортсменов достигла больших размахов и охватывала уже 75–80% их представителей. Стали проводиться врачебно-педагогические наблюдения за всеми, кто занимается физической культурой, — в детских садах, школах, техникумах, институтах. Выросло поколение медиков, заинтересованных в развитии спорта и здоровом образе жизни. Одним из его представителей была Н. Ч. Манзырова, возглавлявшая в эти годы физкультурный диспансер и сумевшая по-новому взглянуть на спортивную медицину.

С каждым годом авторитет диспансера растёт, ширятся направления его деятельности, появляется необходимость и в увеличении площадей, и в расширении штата. И вот в ноябре 2006 года Республиканский врачебно-физкультурный диспансер переходит в новое помещение, занимающее около 400 кв. м, и теперь представляет собой лечебное учреждение с несколькими отделениями.

В отделении спортивной медицины ведётся приём по нескольким специальностям — это неврология, офтальмология, отоларингология, хирургическая травматология и функциональная диагностика. Здесь имеется своя клиническая лаборатория и кабинет функциональной диагностики.

Отделение реабилитации больных и инвалидов располагает залами лечебной физкультуры, массажными кабинетами. Заведует им высококвалифицированный специалист, врач лечебной физкультуры Юрий Суханов.

Специалисты отделения медицинской профилактики проводят лекции, беседы по здоровому образу жизни в собственном кабинете, оснащённом видеоаппаратурой. В нём же проходят занятия школы артериальной гипертонии.

К настоящему времени число занимающихся в спортивных секциях

и группах здоровья в Республике Алтай достигло 10 000 человек. К их услугам предоставлены пять спортивных специализированных школ при комитете по спорту и физической культуре: республиканская ДЮШОР, городская ДЮСШ, горнолыжная ДЮСШ, конноспортивная ДЮСШ, школа высшего спортивного мастерства по самбо. Кроме того, в республике действуют такие спортивные организации, как Центр детско-юношеского туризма, Центр детского творчества, спортивный клуб «Пограничник», туристический клуб «Горизонт». Все воспитанники этих школ и организаций находятся под пристальным вниманием специалистов диспансера: два раза в год они проходят обязательный медицинский осмотр. При поддержке специалистов диспансера алтайские спортсмены достигают очень высоких результатов.

Сейчас в диспансере работают два врача с высшей квалификационной категорией, пять врачей с первой категорией, фельдшеры — один с высшей, другой с первой категорией, две медицинские сестры со второй квалификационной категорией. Руководит коллективом главный врач Margarita Zavchuk.

— В своей работе главным образом мы опираемся на собственные методики, постоянно их совершенствуем и не прекратим этого делать в будущем, — говорит Margarita Андреевна. — Сейчас у нас состоят на диспансерном учёте 4 219 спортсменов, 12 из них — мастера международного класса, 43 — мастера спорта и 140 — кандидаты в мастера спорта. С каждым годом результативность выступлений алтайских спортсменов на чемпионатах России и мира возрастает, а в этом немалая доля нашего труда, способствующего и возвращению спортсменов в строй после травм, и подготовке их к соревнованиям различного рода, и восстановительному лечению после них. ■

МАРГАРИТА ЗАВЧУК, главный врач

Республиканский врачебно-физкультурный диспансер был открыт 12 мая 1967 года на базе кабинета врачебного контроля при городской поликлинике Горно-Алтайска. Тогда он занимал лишь одну комнату и штат его состоял всего из четырёх специалистов: главного врача, старшей медицинской сестры, фельдшера и санитарки. Первым руководителем диспансера был Владимир Малов, а его ближайшей помощницей — Галина Кожемякина, впоследствии сменившая Владимира Алексеевича на этом посту. А в настоящее время Республиканский врачебно-физкультурный диспансер возглавляет Маргарита Завчук.

Число наших сторонников растёт

■ ВАЛЕНТИНА СИБКО

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями в Республике Алтай функционирует 11 лет. Об опыте его работы мы попросили рассказать главного врача, кандидата медицинских наук, главного инфекциониста Минздрава Республики Алтай Наталью Рау.



Владимир Шадрин (Горно-Алтайск)

— В связи с общностью эпидемиологических характеристик, касающихся путей передачи ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов, в январе 2001 года на базе РЦ был организован гепатологический центр. Его основные задачи связаны с диагностикой и лечением острых и хронических вирусных гепатитов, — говорит Наталья Юрьевна. — Выявление ВИЧ-инфекции — это задача лаборатории иммуноферментного анализа РЦ, которая является референс-лабораторией в Республике Алтай. Лаборатория РЦПБС проводит арбитражное исследование на ВИЧ, а также углублённую иммуноферментную диагностику острых и хронических вирусных гепатитов. Скрининговая диагностика на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты проводится всеми ЦРБ республики, оснащёнными оборудованием для постановки ИФА. Ежегодно ею охватывается более 40 тысяч человек, или 21% всего населения республики. Особое внимание уделяется профилактической работе, прежде всего превентивному обучению в области ВИЧ/СПИД в образовательной среде. Специа-

листы центра активно участвуют в программе «Равный обучает равного»: совместно с Республиканским комитетом молодёжи, студентами университета, некоммерческим партнёрством «Орион» организованы информационные кампании «Ты здоров — это здорово», проведены семинары по ведению тренингов среди подростков и молодёжи для педагогов городских и районных образовательных учреждений. Активно сотрудничаем с Христианским реабилитационным центром «Новая жизнь», с православной церковью «Сошествие Святого Духа».

В рамках ПНП «Здоровье» в 2006 году при поддержке РОО «СПИДинфосвязь» (Москва) успешно реализована программа «Профилактика ВИЧ-инфекции, ИППП среди лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату в г. Горно-Алтайске», координатором проекта выступила Т. Пахаева (НП «Региональное движение за устойчивое развитие территории «Орион», г. Горно-Алтайск). В регионе функционируют два кабинета доверенного врача для КСР, проводятся семинары, тренинги; впервые в республике создана и обучена команда аутрич-работников, что явля-

ется одним из несомненных успехов проекта. Большую методическую и практическую помощь нашим врачам оказали проведённые РОО «СПИДинфосвязь» семинары в Москве и Санкт-Петербурге. Накоплен в регионе и некоторый опыт работы со СМИ, в частности с журналистами ГТРК «Эл-Алтай».

Команда, выполняющая проект: врачи Г. Салмахаева, Д. Арбакова, аутрич-работники Л. Шкакова, И. Дворникова, Ю. Козеняшева — люди творческие, работоспособные, умеющие не только адаптировать у себя в республике опыт других регионов, но и получить свои наработки по решению данной проблемы в малом многонациональном городе. Считаем, что главный результат сегодня — это более 90 девушек, прошедших обследование в кабинетах доверенных врачей.

С мая этого года начата реализация проекта «Снижение вреда» при поддержке Глобального фонда борьбы со СПИД, туберкулёзом и малярией через некоммерческое партнёрство «Всероссийская сеть снижения вреда», в рамках которого проведён ряд мероприятий. Правительством РА в октябре 2005 года утверждена Межведомственная инструкция по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции на территории республики. Сегодня мы активно взаимодействуем со всеми заинтересованными ведомствами республики и администрациями муниципальных образований. Надеемся, что наши усилия увенчаются успехом — ведь наступление мы теперь ведём широким фронтом и число наших сторонников неуклонно растёт. ■



Владимир Шадрин (Горно-Алтайск)

Лаборатория полимерно-цепной реакции



Владимир Шадрин (Горно-Алтайск)

Лаборатория иммуноферментного анализа



На пути реконструкции и развития

■ Анна Жолнерчук, Ольга Худякова

В долине реки Урсул, в отдалённости двухсот километров от столицы Республики Алтай, находится районный центр Онгудай. Окружающие его места славятся ни с чем не сравнимой красотой и чудесными климатическими условиями. Казалось бы, располагающейся в этом дивном уголке Онгудайской центральной районной больницы можно только позавидовать – ведь сама природа помогает медицинскому коллективу в его нелёгком деле. Однако именно природа и нанесла больнице тяжелейший удар. В один из осенних дней 2003 года стены её трёхэтажного здания содрогнулись от землетрясения. В родильном, реанимационном и хирургическом отделениях начали отходить бетонные плиты, по стенам поползли трещины – необходимо было эвакуировать людей в безопасное помещение. Этим безопасным местом стало одноэтажное здание инфекционного отделения. Не теряя ни минуты, персонал больницы и спасательные службы принялись за дело – больных выносили буквально на руках. Так, благодаря общим усилиям Онгудайская больница сумела противостоять стихийному бедствию. Сейчас здесь кипит работа: строительные бригады восстанавливают пострадавшее здание, а медицинский персонал, несмотря на имеющиеся неудобства, в полном объёме продолжает оказывать помощь своим пациентам. О том, как функционирует Онгудайская центральная районная больница, о её трудностях и планах на будущее нам рассказал главный врач этого лечебного учреждения Анатолий Трышпаков.

— Да, мы работаем не в самых лучших условиях, но и при таких обстоятельствах делается всё для того, чтобы больные и персонал ни в чём не нуждались. В уцелевшей части больничного комплекса предельно компактно сосредоточились хирургическое, родильное и детское отделения. В инфекционном – помимо самого инфекционного отделения – располагаются неврологическое и терапевтическое отделения, а также стационар дневного пребывания. Хорошо, что все эти неудобства временные. В рамках федеральной программы «Восстановление после

землетрясения» нашей больнице было выделено около восьмисот миллионов рублей. Разработан генеральный план реконструкции всего больничного комплекса, рассчитанный на два этапа: первый этап – это восстановление пострадавших помещений, второй – возведение нового больничного комплекса, где будут и поликлиника, и родильный дом, и новый операционный блок, и клиническая лаборатория, и даже новые котельные и овощехранилище...

— Анатолий Тодошевич, быть главным врачом и без того колоссальная ответственность, а на вашу долю выпали ещё и такие

форс-мажорные обстоятельства. Как вам удаётся уверенно держаться в рабочем режиме?

— В медицине я не новичок, работаю около 30 лет. В этой больнице с 2000 года. Сначала был врачом-ординатором, четыре года назад назначен главным врачом. Работаем без паники. После землетрясения коллектив самостоятельно, приспособив помещение для работы в сложных условиях, ставил перегородки. И сейчас в предельно уплотнённых кабинетах и палатах продолжаем работать в полную силу, прежде всего помня о врачебном долге. Конечно, мы постоянно ощущаем поддержку муниципаль-



Наталья Глазырина (Республика Алтай)

Анатолий Грышпаков, главный врач

ной, республиканской, а теперь и федеральной власти. А это, сами понимаете, дорогого стоит.

— Как представлены в районе центральная больница и вся сеть лечебно-профилактических учреждений?

— Наша районная больница, включающая шесть отделений и поликлинику на 400 посещений в сутки, рассчитана на 75 коек. Вообще в районе вместе с ЦРБ работают 24 лечебных учреждения. В 75 километрах от Онгудая, за перевалом, располагается Ининская участковая больница на 10 коек. Первичное звено нашей сети составляют три сельские лечебные амбулатории с дневными стационарами по три койки в каждом плюс 19 фельдшерско-акушерских пунктов.

— А что сделано в системе муниципального здравоохранения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье»?

— В 2006 году мы получили два автомобиля повышенной проходимости. Теперь с комфортом и без проблем доставляем по трудным дорогам, через перевалы больные в республиканскую больницу. Также в рамках нацпроекта приобретены два электрокардиографа и маммограф — на такое дорогостоящее оборудование вряд ли у нас в ближайшее время нашлись бы средства. Отмечу ещё один важный конструктивный момент — повышение заработной платы медицинских сотрудников. Правда, это коснулось не всех, что, естественно, вызывает определённое замешательство в коллективах лечебных учреждений. И нам остаётся надеяться и ждать, когда очередь дойдёт до остальных.

Ещё одно значимое нововведение — вакцинопрофилактика. Замечательно, что в неё включены теперь и те виды вакцинации, которых не было раньше: гепатит В и краснуха.

Большой эффект даёт введение родовых сертификатов. На перечисленные деньги удалось улучшить условия и гинекологических кабинетов, и родильного дома, а также материальное положение медиков. В связи с этим изменилась и ситуация с рождаемостью. В этом году у нас появилось на свет 296 детей — на 46 человек больше, чем за соответствующий период прошлого года. И впервые за последнее время рождаемость в районе превысила смертность.

— Как вы решаете вопрос диспансеризации?

— Для того чтобы её провести, мы привлекаем специалистов со стороны. Сегодня в нашей больнице не хватает окулиста, лор-врача, врача-анестезиолога и двух врачей общей практики. Сложности в связи с этим большие. Но, несмотря ни на что, плановые осмотры проводятся в необходимом объёме.

— Понимаю, что привлечение молодых кадров в больницу затруднено — им тоже нужны определённые гарантии, в первую очередь жильё.

— В этом году к нам после интернатуры поступило два врача, благо, из местных, так что жилищный вопрос для них пока не проблема. А вообще выделение квартир для медицинского персонала пока у нас большая редкость. Но есть надежда, что в перспективе и этот вопрос будет решаться. Ведь помощь от районной власти нам поступает всегда. Глава муниципального образования Семён Сергеевич Тузакинов чутко реагирует на наши обращения. Это касается и оснащения медикаментами, и ремонта, и других сложных аспектов.

Что особенно важно: на основе республиканской у нас принята муниципальная программа «Здравоохранение», направленная на социально-экономическое развитие и призванная решать самые большие

наши проблемы — это строительство четырёх новых ФАПов, предоставление жилья молодым врачам, оснащение материально-техническим оборудованием фельдшерско-акушерских пунктов (построенных ещё в 50–70-е годы) и так далее. По плановой программе мы ежегодно запускаем по одному объекту: в прошлом году сдан ФАП в селе Кара-Коба, осенью этого года будет запущена амбулатория в селе Теньга, начнётся строительство нового ФАПа в Малом Яламани. Поэтому одной из основных моих задач в настоящее время является проведение инвентаризации материально-технической базы всей нашей медицинской сети для того, чтобы последовательно заявить о первостепенных объектах, требующих реконструкции.

— Анатолий Тодошевич, скажите несколько слов о тех, кто вместе с вами изо дня в день несёт напряжённую вахту здоровья.

— У нас все работают отлично. Но особо хочу отметить санитарку хирургического отделения Юлию Петровну Чепонову, водителей Михаила Зубакина и Анатолия Сарайкина, гинеколога Клавдию Мундусовну Макышеву — заслуженного врача РФ, хирурга Елену Анатольевну Бектурганову, начмеда Эллу Танзыновну Чугину, педиатра Раису Чербыковну Щербакову, а также заведующую методкабинетом Ирину Владимировну Бардышеву — замечательного работника с многолетним стажем.

— Анатолий Тодошевич, скорее всего, на реконструкции больницы вы не остановитесь. Каковы ваши планы на ближайшее будущее?

— После реконструкции больницы мечтаю построить грязелечебницу, открыть новые ФАПы в сёлах, оснастить их медицинским оборудованием. Необходимо также обучить кадры для работы в новых условиях. Сейчас мы должны уметь зарабатывать, быть ещё и экономистами. Грамотность и внимательность — вот два главных требования, которые я предъявляю и к себе, и к другим. Есть они у человека — значит, всё у него получится. ■

Межрегиональная выставка

Здоровье Ямала

25 - 27 сентября

ЯНАО, г. Ноябрьск, КСК "Ямал"

Интенсивная терапия и реанимация

Медицинская техника

Стоматология

Косметология

Фармакология

Оптика

При поддержке:

Администрации г. Ноябрьска

От дела здравоохранения Администрации г. Ноябрьска



ВК "Экспо-Сиб"

г. Новосибирск

ф. (383) 363-07-72

т. (383) 363-07-73

expo-sib@avmail.ru

www.expo-sib.ru



II - я Межрегиональная выставка

Сургут - Медика 2007

23 - 25 октября

Интенсивная терапия и реанимация

Медицинская техника

Стоматология

Косметология

Фармакология

Оптика

При поддержке:

Администрации г. Сургута

Сургутской ТПП

Комитет по здравоохранению Администрации г. Сургута



ВК "Экспо-Сиб"

г. Новосибирск

т. (383) 363-07-73

ф. (383) 363-07-72

www.expo-sib.ru

expo-sib@avmail.ru





Леонид Полежаев,
губернатор Омской области,
председатель Правительства
Омской области

Омская область



Сергей Моисеенко,
министр здравоохранения
Омской области



Территория:
141,1 тыс. км²
Население:
2046,6 тыс. человек
Учреждения здравоохранения:
141 больничное;
302 амбулаторно-
поликлинических;
64 сельские участковые
больницы;
1 районная больница;
129 сельских врачебных
амбулаторий;
885 фельдшерско-акушерских
пунктов

Наша главная задача — повысить доступность медицинской помощи

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

В начале июля в Правительстве Омской области состоялось очередное заседание Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике при губернаторе Омской области. В центре внимания оказался вопрос «О мерах по повышению доступности для населения медицинских услуг, предоставляемых муниципальными учреждениями здравоохранения Омской области». Сегодня об актуальности проблемы доступности и качества медицинской помощи в первичном звене здравоохранения, о мерах, принимаемых региональным Министерством здравоохранения в целях улучшения обслуживания населения, наш корреспондент беседует с министром здравоохранения Омской области Сергеем Моисеенко.



Анастасия Нефёдова (Омск)

— **Сергей Владимирович, на июльском заседании Совета по нацпроектам, посвящённом здравоохранению, губернатор Омской области Леонид Полежаев отметил, что «...объём финансовых вложений в отрасль, с учётом поступлений оборудования, транспорта по нацпроекту «Здоровье», пока не соответствует качеству обслуживания населения в лечебно-профилактических учреждениях области. За исключением ряда областных, межрегиональных ЛПУ. Хотя в области есть ресурсы и для улучшения деятельности муниципальных учреждений здравоохранения».**

Вы разделяете такую оценку главы региона?

— Это совершенно объективная оценка состояния дел в первичном звене здравоохранения. В преддверии заседания Совета по реализации приоритетных национальных проектов, на которое вы ссылаетесь, Министерство здравоохранения совместно с Омской государственной медицинской академией организовало анкетирование пациентов омских поликлиник, а также поликлиник нескольких ЦРБ сельских районов по вопросам доступности и качества медицинской помощи. В опросе участвовали около двух тысяч респондентов. Согласно результатам анкетирования, 77% пациентов довольны уровнем

доступности и качества медицинской помощи на поликлиническом уровне. Соответственно, 23% не удовлетворены ими. Из этих 23% более половины выразили неудовлетворённость плохой работой регистратур, грубым отношением их работников к пациентам. Параллельно с нами исследованиями уровня доступности и качества медицинских услуг в первичном звене по договору с Минздравом занимались студенты и преподаватели кафедры социологии Омского государственного университета. Их выводы практически не отличаются от тех, к которым пришли специалисты Министерства здравоохранения. И те и другие получили результаты, подтверждаю-

щие слова руководителя региона о том, что доступность и качество медицинской помощи населению оставляют желать лучшего.

— Однако правда и то, что актуальность проблемы доступности и качества медицинской помощи в поликлиниках по месту жительства была осознана в Министерстве здравоохранения ещё несколько лет назад. И, насколько я знаю, был принят ряд серьёзных мер, направленных на укрепление амбулаторно-поликлинической службы. Даже вроде бы удалось добиться положительных изменений. Не так ли?

— Так и есть. Уже несколько лет назад по жалобам пациентов на «горячую линию» Министерства здравоохранения можно было судить о том, что в наших поликлиниках, особенно в городе Омске, не всё в порядке: большие очереди за талонами, люди вынуждены приходить в поликлинику задолго до её открытия даже затем, чтобы попасть к участковому терапевту, шансов быть принятым узким специалистом и того меньше. В связи с этим уже более двух лет назад Правительство Омской области по нашему представлению приняло решение о повышении зарплаты участковым врачам-терапевтам и педиатрам, а также врачам общей практики на 180%. Ведь одна из причин очередей в поликлиниках лежала, что называется, на поверхности — это недостаток кадров, перегруженность работающих врачей. Чтобы ликвидировать эту причину, надо было привлечь в первичное звено дополнительные резервы. Позже с этой же целью Правительством были введены дополнительные ежемесячные денежные выплаты тем молодым специалистам, которые решили поехать на работу в сельскую местность. Кроме того, для выпускников Омской государственной медицинской академии, отправляющихся на работу в сельские учреждения здравоохранения, было введено единовременное пособие в размере 20 тысяч



Анастасия Нефедова (Омск)

рублей. Молодым специалистам на льготных условиях стали предоставлять жильё или давать на безвозвратной основе субсидии из областного бюджета на строительство собственного жилья.

Большую помощь в закреплении участковых терапевтов и педиатров в первичном звене здравоохранения нам оказал и нацпроект «Здоровье». Повышение по указу президента России с 1 января 2006 года зарплаты участковых врачей на 10 тысяч рублей стало ещё одним серьёзным стимулом для привлечения на пустующие места профессиональных врачей из других служб здравоохранения. Впервые за последнее десятилетие удалось прекратить отток кадров из первичного звена. По итогам 2006 года укомплектованность первичного звена по области составляла уже 90%, а по Омску — 92%. Темп прироста врачей в первичном звене составил 11,6 (по России в целом 9,7). А ведь ещё три года назад укомплектованность первичного звена участковыми врачами составляла чуть больше 60%.

— **Объективности ради надо отметить и возобновление в поликлиниках таких форм обслуживания пациентов, как дневные стационары, стационары на дому. Людям очень нравятся такие формы лечения.**

— Как показала практика, эти формы оказания медицинской помощи населению действительно зарекомендовали себя с самой лучшей стороны. И поэтому находят всё большее распространение. Кроме того, те же дневные стационары постепенно переводятся на двухсменную работу. Как, впрочем, и стационары на дому. К удачным решениям я бы отнёс и введение патронажа на дому за инвалидами 1-й и 2-й групп с третьей степенью потери трудоспособности. В среднем ежемесячно проводится 31 тысяча патронажей. Сегодня ими охвачен 91% инвалидов 1-й и 2-й групп. Этим людям нет нужды отправляться в поликлиники ни на обследование, ни за рецептом на бесплатные лекарства. Участковый терапевт вместе с медицинской сестрой всё делают во время визита к ним домой.

Интересно отметить, что проведение мероприятий по увеличению штатов участковых терапевтов и педиатров, использование новых форм работы привели к увеличению числа посещений участковых терапевтов и врачей общей практики на 9%. Число посещений пациентов на дому возросло на 17,8%. Если до введения патронажа далеко не все инвалиды 1-й и 2-й групп приходили в поликлинику, то теперь врач в обязательном порядке навещает

всех без исключения пациентов, относящихся к названным категориям. В итоге за в общем-то непродолжительное время нам удалось даже улучшить некоторые показатели здоровья населения. К примеру, на 15% снижена частота обострений и осложнений хронических заболеваний, увеличена ранняя выявляемость социально значимых болезней.

— **И всё же, если судить по обсуждению этой темы на Совете по реализации нацпроектов при губернаторе области, пока что в работе первичного звена остаётся немало минусов.**

— В результате последней комплексной проверки лечебно-профилактических учреждений Ленинского и Кировского округов, центральных районных больниц Омского, Любинского, Нижнеомского районов, поликлиник онкологического диспансера и клинической офтальмологической больницы специалисты Минздрава и Управления здравоохранения города Омска выделили более глубокие причины, влияющие на доступность медицинской помощи населению. В здравоохранении в последние годы сложился серьёзный дисбаланс между потребностью населения и имеющимися в системе здравоохранения возможностями. Осо-

бенно очевиден этот дисбаланс в областном центре. При плановой мощности поликлиник города в 16 190 посещений в смену фактически совершается 20 866. Таким образом, дефицит мощностей составляет 4 676 посещений. Одна из причин этого — существенная разница между количеством прописанных на участках терапевтов людей и проживающих на них реально. Разница между этими показателями составляет 93 920 человек. Если исходить из нормы пациентов на одного участкового врача, то в Омске надо срочно открывать ещё 55 терапевтических участков.

— **То есть кардинально решить проблему доступности и качества медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлиническом звене невозможно без строительства новых поликлиник?**

— Вот именно. Поэтому в перспективном плане развития здравоохранения Омска предусматривается строительство поликлиники на 1 000 посещений в смену на Левобережье. И в сельских районах будут строиться новые объекты. В частности, продолжается строительство поликлиники на 300 посещений в смену в районном центре Крутинка. Наряду со строительством крупных лечебно-профилактических учреждений будет расширяться сеть

офисов врачей общей практики. Сегодня их уже больше 90. До 2010 года, согласно областной целевой программе, будет открыто ещё 28, из них 17 — в Омске.

— **Значит, первые офисы врачей общей практики продемонстрировали ряд преимуществ по отношению к поликлиникам?**

— Не только в нашем регионе, но и в стране в целом «семейная медицина» признаётся одним из самых перспективных вариантов медицинского обслуживания населения. Вот открыли мы первый офис врача общей практики в Калачинске, и он показал, как много могут сделать один участковый врач и две медицинские сестры, если они живут рядом со своими пациентами. Люди относятся к таким врачам более доверительно, делятся с ними переживаниями по поводу тех или иных недугов. И не только на непосредственном приёме в офисе, но и при случайных встречах на улице, в магазине, на лестничной площадке.

Почему на селе при ещё большем, чем в Омске, дефиците врачей всё же никогда не было той напряжённости в медицинском обслуживании, которая сложилась в последние годы в поликлиниках областного центра? Потому что в деревнях и сёлах нам удалось сохранить сеть ФАПов, существовавшую ещё в 80-х годах. Сегодня их в области 885. И к своему фельдшеру люди могут обратиться практически в любое время суток. Фельдшеру дано право постановки диагноза и предварительного лечения заболевшего. Кроме того, он имеет право выписывать рецепты льготникам по дополнительному лекарственному обеспечению. Поэтому, получив такого рода скорую медицинскую помощь, сельские жители успокаиваются. Они знают: если назначенное фельдшером лечение не даст эффекта, он направит пациента на приём к врачу Центральной районной больницы.

— **Сергей Владимирович, пока что мы говорили только об участковых врачах и врачах общей**



Анастасия Нефёдова (Омск)

Запись на приём к врачу по телефону, занесение данных в компьютер — необходимые условия улучшения работы регистратуры

практики. Но, как известно, участковым терапевтам нередко приходится играть роль диспетчера — направлять пациентов на консультации к узким специалистам: неврологу, кардиологу, эндокринологу, урологу, офтальмологу и другим. А к ним, не секрет, попасть ещё сложнее, нежели к участковому терапевту.

— Да, для полного обеспечения доступности и качества медицинской помощи остаётся недостаточной и укомплектованность первичного звена узкими специалистами. Это прежде всего связано с тем, что прежние нормативы штатных должностей были рассчитаны только на оказание специализированной помощи при обращении людей в поликлиники. Приоритетный нацпроект «Здоровье» возложил на узких специалистов дополнительный объём работы — диспансеризацию бюджетников, «профвредников», неработающего населения. А так как в штатах не всех поликлиник Омска, а тем более сельских ЦРБ есть все без исключения узкие специалисты, приходится приглашать их со стороны. Проблема доступности таких врачей при обращении людей в поликлинику ещё больше обостряется...

Для увеличения числа узких специалистов теперь предусмотрен механизм стимулирующих мер. В частности, вводится контрактная система оплаты труда. Некоторое время назад Минздрав Омской области направил в адрес федерального Министерства здравоохранения и социального развития письмо с просьбой разрешить ввиду кадрового кризиса ускоренную подготовку врачей наиболее дефицитных специальностей: урологов, офтальмологов, эндокринологов. Такое разрешение было получено, и мы уже обучили первую партию названных специалистов по ускоренной четырёхмесячной программе, тогда как обычно такого рода специалистам сертификаты выдаются только после прохождения двухгодичной



Анастасия Нефедова (Омск)

Компьютеризация кабинетов врачей первичного звена способствует повышению доступности и качества медицинской помощи

ординатуры. Но, когда укомплектованность урологами и эндокринологами составляет в различных ЛПУ от 47 до 68%, приходится искать другие меры.

Для кардинального решения проблемы с кадрами узких специалистов в 2007 году вводится целевая подготовка по дополнительным образовательным программам для муниципальных учреждений здравоохранения с частичной оплатой за счёт муниципальных бюджетов. Это позволит закрепить «целевиков» за лечебными учреждениями, направившими их на обучение и оплатившими его. Для привлечения выпускников медицинских образовательных учреждений на рабочие места в муниципальные учреждения здравоохранения в этом году было организовано направление студентов пятого курса на практику в муниципальные районы.

— На заседании Совета по реализации нацпроектов и демографической политике вы, Сергей Владимирович, предложили комплексный план мероприятий по повышению доступности медицинской помощи населению Омской области. Я обратила внимание на то, что в нём содержится

немало мероприятий, внедрение которых не связано с большими финансовыми вливаниями. Надо лишь перестроить работу ЛПУ с учётом интересов пациентов...

— Разработкой этого плана занималась рабочая группа под руководством начальника управления медицинской помощи населению и лекарственного обеспечения Марины Костенко. И Марина Борисовна, и другие специалисты этого управления принимали самое активное участие в рабочих поездках по лечебно-профилактическим учреждениям Омска и области. Они внимательно изучали организацию работы поликлиник, начиная с регистратур. Не только отмечали недостатки, но и брали на заметку грамотные решения в организации деятельности учреждений первичного звена здравоохранения. Так что план, представленный на суд членов Совета по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, — итог коллективного творчества, основанного на анализе увиденного в поликлиниках собственными глазами, а также предложений, поступивших от пациентов во время анкетирования.

— Какие мероприятия этого плана, на ваш взгляд, главные, от каких можно ожидать отдачу уже в ближайшее время?

— Это, конечно же, дальнейшее расширение сети «стационаров на дому» — их число должно увеличиться к концу 2007 года на 30% по сравнению с предыдущим годом. Это и организация кабинетов доврачебного приёма в каждой поликлинике. Несомненно, повысит доступность медицинской помощи для населения и организация комплексных участков на отдалённых территориях города Омска с прикреплением к каждому до 2 000 жителей и больше. Но одновременно мы должны будем провести работу по приведению штатной численности врачей в действующих поликлиниках в соответствие с нормативами и объёмами оказываемой помощи.

— Учитывая, что больше всего жалоб от населения поступает на работу регистратур (это показали и социологический опрос, и анкетирование), что предполагается сделать для улучшения их работы?

— Улучшению работы регистратур будет способствовать целый ряд мероприятий. Во всех ЛПУ будет вводиться (а во многих поликлиниках уже введена) предварительная запись на приём к врачу по телефону с выделением дополнительного номера для регистратур. Кроме того, ставится задача 100-процентной компьютеризации регистратур, а также кабинетов врачей первичного звена. В должностную инструкцию одного из регистраторов будет введена обязанность координатора работы коллектива регистратуры. Подобный подход в качестве эксперимента в ряде поликлиник показал его эффективность. Но прежде мы направим большую часть работников регистратур (разумеется, соблюдая очередность) на курсы повышения квалификации медицинских регистраторов. Как показал анализ работы поликлиник Ленинского и Кировского

округов Омска и трёх сельских муниципальных образований, около 60% работников регистратур вообще не имеют квалификационных категорий, 40% находятся в должности регистратора меньше двух лет, тогда как согласно положению о медицинской регистратуре здесь должны работать сотрудники со средним, как минимум, медицинским образованием.

— О роли руководителя лечебно-профилактического учреждения при разработке плана его авторы тоже, надо полагать, не забыли? Ведь очень многое, если не всё, в организации работы поликлиники, как и любого другого учреждения медицины, зависит от умения грамотно организовать работу людей, находящихся в подчинении.

— Руководителей ЛПУ мы также намерены направить на курсы повышения квалификации. Между тем в Министерстве здравоохранения идёт разработка критериев оценки их работы. Вообще, мерам стимулирования качественного труда в плане мероприятий по повышению доступности медицинской помощи населению отводится много места. Для поддержания эффективности работы коллектива очень важно поощрять тех, кто трудится ответственно, с полной самоотдачей, и наказывать нарушителей трудовой дисциплины,

тех, кто относится к выполнению своих функций спустя рукава, грубит пациентам. Все эти моменты вскоре найдут отражение в критериях оценки эффективности работы врачей-терапевтов, участковых педиатров и врачей общей практики.

— И когда жители Омска и сельских районов области ощутят на себе позитивные изменения в работе ЛПУ?

— При выполнении всех названных мероприятий ощутимый результат будет получен уже в ближайшие год-полтора.

— Хочется верить, что уже через такой относительно небольшой срок мы будем приходить в совершенно иные поликлиники, нежели сегодня. В поликлиники, где нас будут ждать и где будут готовы помочь в избавлении от недуга. И при этом даже в очереди к врачу не придётся долго стоять!

Ну а, собственно, почему не верить такому развитию событий? Сегодня для кардинального изменения ситуации в первичном звене здравоохранения в области есть всё: современная диагностическая и лечебная аппаратура, хорошие кадры, достойная зарплата (по крайней мере, участковым врачам грех жаловаться на оплату труда). Лишь бы так называемый «человеческий фактор» не подвёл. ■



Анастасия Нефёрова (Омск)

Выставочная компания «Омск-Экспо»
и Международный выставочный центр «Интерсиб»
приглашают принять участие в выставках:

9 - 12
ОКТАБРЯ
ОМСК
2007

СИБИРСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ И КРАСОТЫ



МЕДИЦИНА

12-я специализированная выставка

*Медтехника. Фармация. Инструменты.
Восстановительная медицина. Интим-салон.*

МАТЬ И ДИТЯ

*Лекарственные средства.
Медицинское оборудование. Детское питание.
Товары и услуги для детей и будущих мам.*

СТОМАТОЛОГИЯ

*Стоматологическая практика.
Зуботехническая лаборатория.*



ВК «Омск-Экспо», 644033, ул. Красный Путь, 155, корп. 1
тел./факс (3812) 23-02-91, 25-84-87
E-mail: info@omskeexpo.ru, expo@omskeexpo.ru
[http:// www.omskeexpo.ru](http://www.omskeexpo.ru), www.intersib.ru



«Золотые доски» омских роддомов

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

В конце июня на территории Омской области завершилась реализация совместного российско-американского пилотного проекта «Мать и дитя». Завершилась не формально, а проведением в Омске международной конференции по проблемам охраны здоровья семьи и вручением участникам проекта «золотых досок», а также звания ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребёнку». Это звание получили перинатальный центр Омской областной клинической больницы, родильный дом № 2 города Омска и роддом Тарской центральной районной больницы.

Истоки

В России проект «Мать и дитя» стартовал в конце 1999 года. Пилотными территориями стали Пермская и Новгородская область. Запустить его одновременно во многих регионах было нецелесообразно: вдруг не получится, не понравится, не принесёт ожидаемых результатов? Ведь речь шла о необходимости преодоления определённых стереотипов в сознании работников женских консультаций и роддомов, о новых подходах к родовспоможению.

— В России, к сожалению, всё ещё высока младенческая и материнская смертность, — рассказывает координатор проекта «Мать и дитя» в РФ, директор Института здоровья семьи Наталья Вартапетова. — И она выше, чем в развитых странах мира. Так почему было не использовать накопленный в этих странах опыт медицинской помощи в области акушерства и гинекологии на благо россиянок? Если годы применения тех или иных подходов к родовспоможению на Западе дока-

зали их преимущество в сравнении с методами, традиционными для российского здравоохранения?

Тем более, что самые эффективные методы подготовки женщин к родам и необходимые для благоприятного исхода беременности условия на Западе давно уже отсортированы и составляют официальный «золотой стандарт». Что он собой представляет, спросите вы? Самые важные позиции — оборудование индивидуальных родильных залов и исключение практики родов в компании с другими женщинами, предоставление женщинам права на альтернативное поведение при родах, пребывание в зале близких родственников рожавшей женщины, прежде всего супруга. А также обязательное прикладывание новорождённого к груди матери и последующее кормление малыша грудью минимум до полугода. Обязательное условие — совместное пребывание матери и ребёнка в палате.

В общем-то, суть прогрессивного российско-американского проекта «Мать и дитя» заключается в мак-

симальном приближении женщин к естественным родам. Сами женщины, а не врачи определяют, как им себя вести в период подготовки к родам и непосредственно во время родов. Ибо мудрее природы советчика не может быть.

Через конкурс — к успеху

Старт проекта в двух регионах показал востребованность мирового «золотого стандарта» и в России. Новые условия, созданные в пилотных роддомах, понравились прежде всего самим роженицам. Но и врачи, которым пришлось применять вместо методик отечественной медицины международные рекомендации по родовспоможению, адаптировались на удивление быстро. А когда появились первые конкретные результаты перехода на «золотой стандарт», то интерес к проекту стали проявлять не только роддома Пермской области и Великого Новгорода, но и учреждения родовспоможения из других регионов РФ.

Из этой ситуации организаторы эксперимента в России — Институт здоровья семьи и эксперты ВОЗ/ЮНИСЕФ могли сделать только один вывод: эксперимент продолжать. Однако выделенных Всемирной организацией здравоохранения средств хватало на осуществление проекта лишь в десяти регионах России. А так как к тому времени об успехах пионеров из Перми и Великого Новгорода были наслышаны их коллеги по всей России, то от желающих подхватить эстафету просто не было отбоя. Что делать в такой ситуации? Конечно же, объявлять конкурс. Что и принял Институт здоровья семьи. Программные заявки прислали 39 регионов, в их числе Омский.

Из вошедших в число победителей конкурса на право реализации пилотного проекта Омский регион оказался единственным решившимся включить в эксперимент сельское учреждение — роддом Тарской центральной районной больницы. Чем очень удивил экспертов ВОЗ/ЮНИСЕФ. Как правило, сельское здравоохранение уступает в плане оборудования, обеспечения квалифицированными кадрами городскому. Зачем, мол, омичи включают заведомо слабое звено в апробацию нового подхода к родовспоможению?

Эксперты приятно удивились

Ещё раз эксперты удивились, когда знакомылись с итогами реализации проекта «Мать и дитя» по истечении трёх лет. Результаты эксперимента в роддоме Тарской ЦРБ оказались по большому показателю не хуже, чем в роддоме № 2 г. Омска и в роддоме областной клинической больницы. А некоторые из показателей работы тарских акушеров-гинекологов оказались даже лучше. В частности, младенческая смертность в Тарском районе снизилась в 2,6 раза, перинатальная — в 1,6 раза. Также ощутимо уменьшилось количество родов с осложнениями, в том числе случаев кесарева сечения, кровотечения, преждевременных родов и т. д. В то же время в этом роддоме самое широкое распространение нашли «партнёрские» роды (в присутствии

супруга или других близких родственников). Их число в общем количестве родов составляет сегодня уже 65 процентов. Невиданный результат для районного роддома! В роддоме Тарской ЦРБ оказались и самые лучшие показатели совместного пребывания матери и ребёнка (99,4%) и раннего прикладывания новорождённых к груди (99,8%). Процент грудного вскармливания увеличился до 74,5%.

Все эти показатели — результат следования основным рекомендациям проекта «Мать и дитя». В Таре, так же как и в областном роддоме и в роддоме № 2 г. Омска, прежде всего была проведена реорганизация родильных отделений, заменены устаревшие физические и морально столы-кровати, оборудованы индивидуальные родильные залы. Теперь в пилотных роддомах наличествуют только палаты совместного пребывания матери и ребёнка. Но самое главное, постепенно произошёл отказ от рутинных практик и процедур в отношении матерей и новорождённых.

Средства, сэкономленные на малополезных, но ещё недавно обязательных мероприятиях, направляются на корректировку беременностей и родов женщин с патологией. Что и приводит к снижению показателей материнской и младенческой смертности.

Есть и ещё одно объяснение тому, что все три учреждения родовспоможения Омской области, участвовавшие в проекте, удостоены почётного звания «Больница, доброжелательная к ребёнку». Причём из десяти территорий, одновременно вступивших в реализацию проекта ВОЗ, пока что именно к Омскому региону проявлено столь много внимания. И омским больницам первым среди всех участников вручены почётные «золотые доски» участников проекта.

Приоритет для власти

Нынешнего успеха не было бы, считает главный акушер-гинеколог Омской области, профессор Елена Бутакова, если бы не уже имевшаяся в регионе система охраны здоровья матери и ребёнка. Эта сфера здравоохранения традиционно является

одним из приоритетов социальной политики регионального правительства. Так, в течение трёх последних лет в сельских районах области ежегодно появляются новые родильные дома. В августе этого года такой объект будет сдан и в городе Омске. Растёт и количество межрайонных перинатальных центров. В настоящее время в Омской области действуют два межрайонных перинатальных центра: в Таре и Калачинске. До конца 2007 года такое же учреждение планируется открыть в Исилькуле. Успешно реализуется областная целевая программа «Здоровая женщина — здоровый ребёнок». Для беременных женщин, кормящих матерей и детей до трёх лет Правительством Омской области предусмотрен ряд мер социальной поддержки. В результате проводимых мероприятий в Омской области ещё до реализации проекта отмечалось снижение материнской и младенческой смертности, наблюдался рост рождаемости. Поэтому созданная в регионе система охраны здоровья матери и ребёнка и прежде не раз получала высокие оценки независимых экспертов. К примеру, для областного перинатального центра — головного учреждения службы родовспоможения — нынешняя награда в списке международных уже вторая. В 2006 году за достижения в сфере охраны материнства и детства центр стал лауреатом престижной международной премии «Профессия — жизнь».

На международную конференцию «Охрана здоровья семьи на современном этапе: проект «Мать и дитя» съехались представители двадцати территорий. Среди них — специалисты из Казахстана, Республики Молдова, Москвы, Перми, Волгограда, Тюмени. Участники конференции смогли ознакомиться с результатами проекта «Мать и дитя» и посетить пилотные учреждения здравоохранения. Гости высоко оценили успех омских медиков. По словам Натальи Вартапетовой, генерального директора Института здоровья семьи, на сегодняшний день Омская область, бесспорно, входит в число лидеров России по уровню оказания помощи матерям и детям. ■

Мировая практика омских медицинских сестёр

■ ОКСАНА МАЛАХОВА

Омская профессиональная сестринская ассоциация – самая крупная из организаций подобного рода в России. Сегодня она насчитывает 13 643 человека сестринского персонала, решает задачи далеко не провинциального уровня и постоянно стремится к лучшему. В настоящий момент Омская профессиональная сестринская ассоциация переживает, пожалуй, самый важный и ответственный этап своего развития – выход на международный уровень. Но, как подчёркивает её президент Татьяна Зорина, это не только большая честь, но и колоссальная ответственность, поскольку омские медицинские сёстры получают не просто возможность ощутить себя полноправной частью огромной семьи медицинских сестёр всего мира, но и совершенно новое направление работы, новый, более высокий уровень решения проблем. В частности, в 2007 году представители Омской профессиональной сестринской ассоциации приняли участие сразу в нескольких серьёзных проектах, проводимых Международным советом медицинских сестёр. Впрочем, по порядку...



Расширяя перспективы профессии

С 26 мая по 1 июня в Йокогаме (Япония) состоялось заседание Совета национальных представителей Международного совета медицинских сестёр по вопросам отрасли.

В состав российской делегации во главе с Валентиной Саркисовой вошли руководители крупнейших региональных отделений Российской ассоциации медицинских сестёр, в том числе президент Омской профессиональной сестринской ассоциации Татьяна Зорина.

Сегодня Международный совет объединяет под своей эгидой более 13 млн медицинских сестёр из 129 стран и является головной организацией для медицинских сестёр всего мира.

Заседание совета национальных представителей Международного совета медицинских сестёр длилось три дня. Основной его темой стало планирование и обсуждение стратегии Международного совета медицинских сестёр до 2020 года. Кроме того, были проанализированы действия Совета по важнейшим проектам, в частности по лидерству, повышению роли медицинских сестёр в борьбе с туберкулёзом, распространению медицинской лите-

ратуры на территории африканского континента, оказанию помощи женщинам и детям развивающихся стран... Были рассмотрены и многие другие актуальные вопросы.

Открывая заседание, президент Международного совета медицинских сестёр Хироко Минами с удовлетворением отметила, что в настоящий момент практически все национальные сестринские ассоциации прилагают значительные усилия для того, чтобы расширить перспективы профессии, обеспечить благополучие специалистов отрасли, а также повысить качество медицинской помощи. По её словам, число таких ассоциаций постоянно увеличивается, чему она очень рада, поскольку основная миссия Международного совета – сделать всё для того, чтобы медицинские сёстры по всему миру работали как можно лучше и использовали в своей работе самые последние достижения. Г-жа Минами ещё раз подчёркнула всё более усиливающуюся роль Совета, в том числе в вопросах политики. В подтверждение её слов лидеры международного сестринского движения в очередной раз проголосовали за принятие нескольких важных резолюций. В частности, учреждена новая награда Международного совета «За вклад в укрепление систем здравоохранения», предназначенная специально для медицинских



компаний, а также неправительственных организаций и фондов, чья деятельность может быть расценена как благотворительная. Здесь же, в Йоккогаме, была вручена первая такая награда, её получила Merck & Company: благодаря материальной поддержке этой транснациональной компании медицинские сёстры 17 африканских государств получили самую необходимую медицинскую литературу. Для многих из них это были первые издания по медицине, которые они взяли в руки.

Лидеры Международного совета обратились ко всем странам и организациям, имеющим отношение к защите здоровья и прав человека, с призывом оказания помощи инфицированным ВИЧ пациентам. В этой же резолюции были подвергнуты осуждению власти Ливии, допустившие несправедливый арест пятерых болгарских медицинских сестёр и врача из Палестины, приехавших в страну с одной целью — оказать поддержку людям, заражённым ВИЧ.

Представители национальных ассоциаций горячо обсуждали вопросы, связанные с улучшением условий труда медицинских сестёр,

поскольку сегодня по всему миру — будь то обездоленная Ангола или благополучная Германия — медицинские сёстры испытывают множество проблем: от периодического увеличения нагрузок и административной работы до недостаточной оплаты труда.

Ещё одна постоянная задача Международного совета медицинских сестёр — это борьба за усиление роли медицинской сестры, совершенствование её имиджа и его продвижение в дальнейшем. Всем известно, что большая часть работы, в том числе по таким опасным направлениям, как ВИЧ и туберкулёз, ложится на плечи медицинских сестёр. Кроме того, именно медицинские сёстры составляют большую часть медицинских работников во всём мире. Однако в головной ассоциации медиков, каковой на сегодняшний день является Всемирная организация здравоохранения, их доля неоправданно занижена и составляет всего 1,3%. К слову, если говорить обо всех проводимых международных медицинских конференциях, то более 95% их участников составляют врачи. Отсюда и необходимость настоятельно продолжать работу по усилению роли медицинских сестёр, улучшению и продвижению имиджа профессии. Принятая Международным советом резолюция под ироничным названием «Есть ли в ВОЗ медицинские сёстры?» стала своего рода протестом против столь несправедливого положения вещей и искусственного замалчивания вклада, который вносят медицинские сёстры в нашу жизнь, в жизнь нашего общества.

В рамках заседания Совета национальных представителей было организовано четыре специализированных параллельных форума по четырём направлениям, в двух из которых приняли участие делегаты Ассоциации медицинских сестёр России. Первый форум был посвящён вопросам делегирования функций и осуществлению контроля. Для многих стран в связи с острой нехваткой сестринских кадров данный вопрос приобретает особое звучание. Медицинские сёстры всё чаще делегируют часть своей работы младшим медсёстрам, но регламентирующей документации по контролю качества выполненной работы, управлению деятельностью младших медицинских сестёр пока не хватает.

Участники второго форума обсудили пробелы в организации клинической практики студентов медицинских училищ и вузов. По общему мнению, решение данной проблемы зависит от установления эффективного сотрудничества ЛПУ и образовательных учреждений.

Заседание Совета национальных представителей неожиданно для многих завершилось объявлением о выходе в отставку с осени 2008 года исполнительного директора Международного совета медицинских сестёр Джудит Оултон. На этом посту г-жа Оултон провела более двенадцати лет. За это время ей удалось не только существенно реформировать Международный совет, но и предотвратить возможность членства в нём для развивающихся ассоциаций, к каковым принадлежит и Ассоциация медицинских сестёр России.



Делегация Ассоциации медицинских сестёр России на заседании Совета национальных представителей



Чествование исполнительного директора МСМ г-жи Джудит Оултон



На передней линии фронта

Вслед за заседанием СНП состоялась конференция Международного совета медицинских сестёр, прошедшая под девизом «Медицинские сёстры на передней линии фронта: оказание медицинской помощи в условиях непредсказуемости». Участниками конференции стали более 3 600 специалистов сестринского дела, представляющих 96 национальных сестринских ассоциаций.

Встреча проходила в тёплой дружеской атмосфере. Открыла её президент Международного совета медицинских сестёр Хироко Минами. С приветствием к делегатам обратились исполнительный директор Международного совета медицинских сестёр Джудит Оултон, президент японской ассоциации медицинских сестёр Сецуко Хицатуне, министр труда и социальной защиты Японии Хакуо Янагисава, а также ряд почётных гостей, в частности принцесса Иордании Муна Аль-Хусейн, заместитель генерального директора Всемирной организации здравоохранения Дейзи Мафубелу, губернатор провинции Канагава и мэр Йокогамы — второго по величине города в Японии.

Как подчеркнула Хироко Минами, тема конференции полностью отражает сложившуюся в мире ситуацию. Медицинским сёстрам ежедневно приходится сталкиваться с внезапно возникающими проблемами, в том чис-

ле с природными катастрофами, инфекционными эпидемиями, техногенными авариями, а также вооружёнными нападениями и террористическими актами. Все мы слышаны о цунами в Индонезии, жертвами которого стали порядка 300 тысяч человек, землетрясения в Пакистане, наводнения в Новом Орлеане или небывалой, унёсшей тысячи жизней жары в Европе. В силу своей профессии медицинские сёстры одними из первых сталкиваются с последствиями этих катаклизмов. Они не только оказывают помощь пострадавшим, но и стараются поддержать их психологически, при этом сами не всегда располагают достаточными знаниями и навыками в области медицины катастроф. На взгляд г-жи Минами, оптимальным решением этой проблемы может стать разработка национальных руководств и справочников по медицине катастроф для сестринского персонала и усовершенствование образова-

тельных программ в данной сфере. Причём основная часть работы в этом случае должна лечь на плечи национальных сестринских ассоциаций.

В ходе конференции состоялось более 1000 презентаций по таким вопросам, как медицина катастроф, кадровая политика в сестринском деле, лидерство, клиническая практика, медицинская этика, развитие исследований в сестринском деле и т. д. Особенно важно, что на этот раз представители Российской ассоциации медицинских сестёр выступали не только в качестве слушателей, но и сами провели ряд презентаций, вызвавших большой интерес со стороны участников конференции. В частности, президент ассоциации Валентина Саркисова совместно со своей канадской коллегой Сюзан Мишо рассказала о сотрудничестве двух наших ассоциаций. В том числе и о проведении в России нескольких семинаров по вопросам политики в сестринском деле, в ходе которых российские медицинские сёстры прошли обучение стратегическому планированию, взаимодействию с органами государственной власти и СМИ. Заинтересовал участников форума и ещё один доклад Валентины Антоновны, в ходе которого она поделилась опытом проведения учебного семинара по этике в сестринском деле. Напомним, что семинар проводился нашими американскими коллегами и был признан крайне эффективным. Предполагается, что в конце этого года он пройдёт повторно уже для более широкой аудитории.

В свою очередь президент Омской профессиональной сестринской ассоциации Татьяна Зорина выступила на специализированной сессии конференции, посвящённой проектам в области оказания помощи пациентам с туберкулёзом и туберкулёзом с высокой лекарственной устойчивостью. В своём докладе Татьяна Александровна рассказала участникам сессии о ситуации с уровнем заболеваемости туберкулёзом, которая сложилась в Омском регионе. Кроме того, она поделилась планами проведения в регионе проекта Международного совета по каскадному обучению медицинских сестёр в области профилактики и лечения пациентов с ТБ/МЛУ-ТБ.

В ходе конференции затрагивались многие болезненные как для представителей профессии, так и для здравоохранения в целом вопросы. Одним из ключевых стал доклад генерального секретаря Всемирной медицинской ассоциации Отмара Клойбера, посвящённый проблемам медицинских ошибок. Г-н Клойбер подтвердил и без того известный факт: пока что подобные случаи считаются клеймом на репутации ЛПУ, а потому всячески замалчиваются. По его мнению, ситуация должна быть обратным противоположной: необходимо создать общую базу, в которой бы эти ошибки не прятались в самый тёмный угол, а тщательно собирались, анализировались и доводились до сведения всех медиков. Только так, считает г-н Клойбер, можно предупредить аналогичные инциденты в будущем.

Большой интерес вызвали презентации, посвящённые системе здравоохранения и особенностям сестринского дела в Японии. В частности, тот факт, что Японская национальная ассоциация работает не только над стратегией совершенствования сестринского образования, но и над улучшением социально-экономического положения медицинских сестёр. Например, в разработанных для выпускников медицинских училищ брошюрах содержится самая подробная информация о тех или иных ЛПУ. И это не только такие банальные вопросы, как уровень заработной платы и продолжительность отпусков, но и предоставление выходных дней, праздников, распределение ночных смен, уровень профессиональной безопасности, оплата проездных билетов, предоставление мест в дошкольных учреждениях и т. д. Располагая подобными сведениями, выпускники медицинских училищ могут сделать вполне осознанный выбор.

Что касается итогов проведённой конференции, то они были озвучены на церемонии закрытия. Основным решением Международного совета медицинских сестёр по результатам конференции стало учреждение на уровне организации отдела медицины катастроф. Эксперты Международного совета, задействованные в данной работе, займутся разработкой должностных инструкций, справочников и рекомендаций по образовательным программам в области медицины катастроф, а также созданием платформы для непрерывного сотрудничества и обмена опытом в этой сфере между медицинскими сёстрами всех стран.



Делегаты Валентина Саркисова и Татьяна Зорина проводят презентации



Лидерство в переговорах

С 26 по 29 июня в Самаре проходил Всероссийский семинар медицинских сестёр в рамках международного проекта «Лидерство в сестринском деле».

Не случайно для проведения этого семинара была выбрана именно Самара: сегодня в регионе более 27 тысяч представительниц сестринского персонала, а местная организация медицинских сестёр является одной из наиболее продвинутых в России. Первоначально на участие в этом семинаре претендовали двенадцать региональных общественных ассоциаций, однако из них были выбраны лишь четыре, работающие наиболее успешно. Кроме участниц из Самары, на встрече присутствова-

ли представители астраханской, новосибирской, омской сестринских ассоциаций и делегация медицинских сестёр из Республики Марий Эл. Омскую делегацию представляли президент Омской профессиональной сестринской ассоциации Татьяна Зорина, старшая медицинская сестра консультативной поликлиники ГУЗ ОО «ОКБ», вице-президент и исполнительный директор Омской профессиональной сестринской ассоциации Ольга Бучко, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом МУЗ

«ОГКБ № 1 имени А. Н. Кабанова» Светлана Дацюк, главная медицинская сестра МУЗ «ГК БСМП № 1» Надежда Коваленко, старшая медицинская сестра колопроктологического отделения ГУЗ ОО «ОКБ» Галина Мысикова и директор Омского центра повышения квалификации работников здравоохранения Наталья Крючкова.

На открытии с приветственным словом выступили президент Российской ассоциации медицинских сестёр В. А. Саркисова, начальник кадров МЗ ОО г. Самары В. А. Сулова, директор института сестринского образования С. И. Двойников, президент сестринской ассоциации г. Самары Н. Н. Косарева, а также зарубежные гости семинара — координатор Международного совета медицинских сестёр по проекту «Лидерство в переговорах» Мирелль Кигма (Швейцария) и представитель шведской ассоциации работников здравоохранения Ева Густафсон.

Почти все докладчики отметили тот факт, что сегодня профессия медицинской сестры является одной из самых опасных и социально уязвимых. И для того, чтобы уметь защитить себя, её представительницы должны располагать определёнными, зачастую далёкими от их непосредственных обязанностей знаниями. Одно из таких необходимых знаний — это теория переговоров. Казалось бы, зачем медицинским сёстрам умение вести переговоры?



Президиум: Ева Густафсон, Мирелль Кигма, Валентина Саркисова, В. А. Сулова, С. И. Двойников



Представители ОПСА



Ролевые игры: медицинские сёстры практикуются в ведении переговоров

Однако в современной ситуации, когда вклад медицинских сестёр в здравоохранение замалчивается, а зачастую и откровенно игнорируется, когда их профессиональные интересы не учитываются, а условия жизни и работы часто не соответствуют нормам, — в этой ситуации профессиональные сестринские ассоциации часто вынуждены отстаивать свою точку зрения. И современные эффективные технологии и коммуникации призваны помочь им стать более узнаваемыми и влиятельными, а также реализовать своё влияние, в том числе и в политике, поскольку одна из основных задач профессиональных сестринских объединений — это лоббирование интересов медицинских сестёр на национальном и даже мировом уровне.

Семинар получился крайне насыщенным и динамичным. В первой его части медицинские сёстры рассмотрели цели и задачи профессиональных ассоциаций и меры, которые должны ими предприниматься для сохранения и привлечения новых членов. По словам Мирелль Кигмы, во всём мире медицинские сёстры сталкиваются с одними и теми же проблемами. Все они были рассмотрены на примере головной организации — Международного совета медицинских сестёр. Кроме того, сами участники семинара из разных городов поделились опытом своих сестринских объединений и попытались совместно проанализировать их сильные и слабые стороны. Среди последних было названо неумелое ведение финансовой отчётности и

недостаточное знание законов. Как отметила по этому поводу г-жа Кигма, нельзя быть управленцем, не занимаясь финансами, и нельзя «знать чуть-чуть о законе». Именно хорошее знание законов позволяет ассоциации защищать свои права и права всех своих членов. Поскольку законы всегда влияют на нашу жизнь, то если их не знать, это влияние может стать отрицательным. Между тем изменения в трудовом законодательстве происходят довольно часто, и далеко не все медицинские сёстры этими знаниями владеют. Например, многие даже не догадываются, что испытательный срок не может превышать трёх месяцев и не должен устанавливаться для беременных женщин и молодых специалистов до одного года.

Вторая часть семинара была посвящена основной теме конференции — теории переговоров и

решению конфликтов. Теория переговоров — это язык нового времени, язык бизнеса, язык мужчин... Женщины же вообще и медицинские сёстры в частности должны развивать в себе навыки лидерства и ведения переговоров с тем, чтобы быть равными. Сейчас возникает немало ситуаций, в которых профессиональные сестринские ассоциации могут отстаивать свою точку зрения при помощи переговоров: от всё более обостряющейся конкуренции между врачами и медицинскими сёстрами и связанной с нею потерей мест до конфликтов в решении различных социально-экономических вопросов.

Во время семинара медицинские сёстры получили самые необходимые сведения о стратегиях ведения переговоров, а также смогли с помощью ролевых игр — пожалуй, самого увлекательного и доходчивого метода обучения —



Руководители делегаций участников семинара с коллегами из Швейцарии и Швеции

попрактиковаться в их ведении. Как отметили сами участницы, подобный опыт незаменим и весьма важен для всех членов и делегатов национальной ассоциации. В ходе проекта они смогли не только проверить себя на наличие необходимых лидерских качеств, но и...

...научились определять, когда переговоры подходят как способ решения конфликта...

Переговоры всего лишь один из имеющихся доступных способов решения проблем. Один из важнейших навыков лидера, который пытались постичь участницы проекта, — умение правильно выбрать стратегию и прибегнуть к переговорам именно тогда, когда они более всего уместны.

...поднято релю в умении слушать и задавать вопросы...

Это ещё один из самых полезных навыков для лидера. Поскольку основные качества хорошего переговорщика — умение больше слушать, чем говорить, и вовремя задать наводящие вопросы.

...овладели различными стилями ведения переговоров, а также проанализировали свой стиль ведения переговоров...

Существует несколько стилей ведения переговоров, и задачей каждой участницы семинара было выработать наиболее предпочтительный для себя, избегая при этом излишней мягкости и агрессии.

...изучили принципы эффективного ведения переговоров.

Кроме вопросов, связанных непосредственно с лидерством и комму-

никативными техниками, за время проведения семинара его участницы получили ценные знания о том, как построить общение с представителями средств массовой информации и повысить эффективность информационной политики ассоциации, как подготовить и провести публичное выступление и интервью. В конце первой сессии каждая из слушательниц должна была разработать и представить собственный индивидуальный проект по решению профессиональных вопросов — от идеи и оформления юридических полномочий до реализации. Тематика проектов была посвящена вопросам развития сестринских ассоциаций и совершенствования сестринской практики, оптимизации сестринского ухода и др.

Поскольку семинар проводился по так называемому каскадному принципу, то всем его участникам предстояло не только приобрести знания, но и грамотно, доходчиво донести их до своих коллег на местах. Таким образом, коэффициент полезного действия подобных семинаров гораздо больший, чем может показаться на первый взгляд. В частности, Омская профессиональная сестринская ассоциация была представлена шестью участницами. Став экспертами в вопросах лидерства, они взяли на себя обязательство в дальнейшем распространять полученные знания среди сотрудников своих ЛПУ, поскольку у Омской профессиональной сестринской ассоциации, так же как и у всех региональных организа-

ций, существует постоянная необходимость совершенствоваться, поддерживать высокие стандарты практики и привлекать людей с требующимися качествами.

Хотелось бы отметить, что большую помощь в преподавательской работе призвано оказать специальное издание Международного совета медицинских сестёр — «Руководство преподавателя: лидерство в переговорах». Подобное руководство с подробными инструкциями по ведению занятий получила каждая участница семинара. Всё это на русском языке, что особенно приятно, так как у Международного совета медицинских сестёр в настоящий момент всего три рабочих языка — английский, французский и испанский.

Каскадный метод обучения практикуется Международным советом медицинских сестёр давно и даёт возможность подготовить большее количество лидеров в сестринском деле. Недаром, подводя итоги обучения, президент Самарской региональной общественной организации медицинских сестёр Н. Н. Косарева отметила: «Семинар дал возможность лидерам сестринского дела получить новые знания, которыми они поделятся со своими коллегами. Это позволит улучшить качество оказания сестринской помощи в отдельно взятых лечебных учреждениях».

В марте следующего года состоится ещё один подобный семинар, участие в котором примут уже 22 члена Омской профессиональной сестринской ассоциации.



Прогулка по Волге



Вручение сертификатов



Анастасия Нефёдова (Омск)

Вместе против туберкулёза

В Омском центре повышения квалификации работников здравоохранения, в рамках глобального проекта Международного совета медицинских сестёр по борьбе с туберкулёзом, состоялся международный семинар по каскадному обучению медицинских сестёр в области профилактики и лечения пациентов с ТБ/МЛУ-ТБ, работал он с 10 по 14 июля.

Исходя из устоявшегося общественного мнения, профессия медицинской сестры не слишком сложна. Готовить пилюли и делать уколы, как многим кажется, может любой. Однако всё меняется, когда дело касается такого опасного заболевания, как туберкулёз. Медицинские сёстры, работающие с подобными пациентами, находятся в самом очаге инфекции, а потому должны обладать совершенно особым характером. «Странные люди», — говорят о них одни. «Особые люди», — подчёркивают другие. Лучше всего их понимают сами медики. Этим неординарным людям, как никому другому, требуется определённое мужество, редкое человеколюбие, а также знание самых современных методов диагностики и лечения больных туберкулёзом.

В ходе первого международного практического семинара омские медицинские сёстры могли не только пополнить необходимый

запас знаний, но и обменяться опытом с зарубежными коллегами, поскольку основным организатором семинара (помимо Омской профессиональной сестринской ассоциации, выступившей в качестве принимающей стороны) стал Международный совет медицинских сестёр в лице своего представителя и координатора проекта в России Уты Гроссе.

В своём приветственном слове г-жа Гроссе рассказала омским коллегам о политике Международного совета медицинских сестёр, дав им представление о том, что делается медицинскими сёстрами на глобальном уровне.

— Сегодня Международный совет объединяет более 13 млн представителей профессии из 129 стран и является головной организацией для медицинских сестёр всего мира, — подчеркнула Ута Гроссе. — В настоящий момент работа Совета ведётся по трём основным направлениям — это нормативное

регулирование сестринского дела, социально-экономическое благополучие медицинских сестёр и, конечно, вопросы профессиональной деятельности.

У нас действуют несколько кадровых программ, программы по лидерству, большая программа, связанная с ВИЧ, и программа по борьбе с туберкулёзом, которую я здесь представляю. Хочу выразить огромную благодарность Омской профессиональной сестринской ассоциации и, в частности, Татьяне Александровне Зориной, которая нас здесь любезно приняла. Я уверена, что работа нашего семинара будет плодотворной и нам удастся заострить внимание на проблеме туберкулёза и улучшить оказание помощи людям с подобным заболеванием.

Также перед участницами семинара выступили главная медицинская сестра Томского областного противотуберкулёзного диспансера Татьяна Федоткина и почётная гостя, главная медицинская сестра Республиканского противотуберкулёзного диспансера г. Йошкар-Ола Республики Марий Эл Полина Волкова — победительница конкурса, учреждённого Международным советом медицинских сестёр и крупной фармацевтической компанией «Элли Лили» по случаю Всемирного дня борьбы с туберкулёзом. В общем, награда за победу в конкурсе была присуждена представителям пяти стран, испытывающих тяжёлое бремя туберкулёза: кроме России это Южная Африка, Свазиленд, Малави, Филиппины.

— Основной груз ответственности по профилактике, уходу и лечению ТБ несут медицинские сёстры, — убеждена доктор Хироко Минами, президент Международного совета. — Тем не менее должного признания вклад медицинских сестёр не получает. Учреждённая награда в этой связи призвана не только поддержать и мотивировать деятельность медицинских сестёр по борьбе с туберкулёзом, но и подчеркнуть их решающую роль в борьбе с бедствиями, которые несёт туберкулёз и туберкулёз



Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)

с множественной лекарственной устойчивостью, сделать вклад медицинских сестёр достоянием общечеловечности.

Полина Волкова начала свою деятельность с анализа профзаболеваний и попытки выяснить, почему практически ежегодно в одном-двух случаях медицинские сёстры и санитарки заболевают туберкулёзом. А дальше были интереснейшие научно-практические сестринские конференции, участие в которых принимали не только медицинские сёстры и фельдшеры республики, но и учёные-фтизиатры из Москвы. Однако самая серьёзная работа Полины Петровны выполнена совсем недавно: при поддержке Минздрава Марий Эл и Ассоциации медицинских сестёр республики она подготовила образовательную программу по профилактике туберкулёза. Эти свои теоретические разработки, а также практические результаты Полина Волкова представила на конкурс через Ассоциацию медицинских сестёр России — и стала одной из пяти победительниц!

Своё выступление на семинаре Полина Петровна закончила словами: «Я рада, что мне выпала честь участвовать в таком конкурсе и достойно представить свою республику. Что касается победы, то я думаю, что это не только моё личное достижение, но и заслуга всех медицинских сестёр противотуберкулёзных учреждений России».

Работа семинара началась с очередного упоминания о том, что в настоящее время туберкулёз является одной из самых распространённых причин смертности по всему миру. И Россия находится на «почётном» седьмом месте в списке самых неблагоприятных с точки зрения туберкулёза стран. «Согласно данным ВОЗ, — отметила Ута Гроссе, — ежегодно выявляется 8,9 млн новых случаев заболеваемости туберкулёзом по всему миру, а 1 млн 700 тысяч пациентов умирают от этого заболевания. При этом почти 80% всей работы ложится на плечи медицинских сестёр, работающих в медицинских учреждениях, шко-

лах, тюрьмах, лагерях беженцев, на дому у пациентов и т. д. При этом многим из них не хватает специфических знаний. Потому наша задача — нести друг другу тот бесценный опыт, которым мы сегодня можем поделиться». По словам г-жи Гроссе, Международный совет медицинских сестёр делает всё для того, чтобы разработать и внедрить международный грант обучения по борьбе с туберкулёзом и туберкулёзом с высокой лекарственной устойчивостью. Большая доля вероятности, что этот грант будет принят в том числе и в нашей стране, и тогда каждая медицинская сестра будет углублённо изучать эти вопросы уже во время базового обучения. Проект, который представители Международного совета медицинских сестёр привезли в Омск, впервые реализован в 2005 году в Южной Африке и на Филиппинах. В 2006 году г-жа Гроссе посетила с этой же программой Свазиленд и Малави. В этом году первое обучение проходит в Омске. А далее



Анастасия Нефёдова (Омск)

Вручение награды победителю международного конкурса Полине Волковой



Анастасия Нефёдова (Омск)

Ведущие семинара Ута Гроссе, Татьяна Федоткина и переводчик Мария Седонская



Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)

в путевом листе неутомимой Гроссе сразу несколько африканских государств, в том числе Кения, Замбия и Ангола.

Коллега Уты Татьяна Федоткина в свою очередь подчеркнула, что если ещё совсем недавно диагноз туберкулёз был равносильен смертному приговору, то сейчас это совершенно не так. Сегодня нам есть чем обрадовать и обнадёжить пациентов. В попытке остановить туберкулёз разрабатывается множество разнообразных программ, ведётся поиск новой вакцины и т. д. Главный пункт этого глобального плана — расширить доступ к высококачественной диагностике и лечению туберкулёза. «То есть чем больше у нас с вами будет знаний, тем больше мы будем иметь возможностей оказывать высококачественную помощь в диагностике и лечении больных туберкулёзом. А именно этих знаний нам зачастую и не хватает. Поэтому наша задача — вооружить медицинских сестёр самыми последними сведениями,

в частности по той же стратегии DOTS, по соблюдению режима лечения и перспективным методам оказания помощи».

Стратегия DOTS — наиболее рекомендуемая международная методика борьбы с ТБ. Основным из пяти её элементов является лечение под непосредственным наблюдением коротким курсом. При этом показатели излечения могут достигать до 95%. На данный момент эта стратегия признана наиболее эффективной и осуществляется в 183 странах.

На семинаре были рассмотрены и причины развития туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью. В первую очередь это несоблюдение пациентами предписанного им лечения, непостоянное снабжение лекарственными препаратами хорошего качества, неправильное назначение лекарств врачами, отсутствие стандартизации в схемах приёма лекарственных препаратов. Поэтому крайне важно как можно раньше выявить болезнь.

Чем раньше мы её выявим, тем раньше начнём лечить и тем большим будет число излеченных больных. В целях раннего выявления ТБ хороши любые средства. Интересен в этом плане опыт томских медиков, которым и поделилась Татьяна Федоткина. В Томске разработана и действует программа под названием «Спутник», направленная на своевременное выявление туберкулёза среди социально угнетённых слоёв, в частности бомжей, малолетних бродяг и прочих, поскольку известно, что туберкулёз зачастую идёт рядом с нищетой и обездоленностью. Конечно, такая программа требует дополнительного финансирования и дополнительных, особых, кадров. Далеко не каждая женщина решится день за днём обходить места обитания подобных пациентов. Обычно эти медицинские сёстры работают на полставки, а всё своё остальное время посвящают этой нелёгкой деятельности. То есть служба эта фактически круглосуточная и довольно опасная.



Поделитесь своим опытом и омские медицинские сёстры. И. В. Иванова, медицинская сестра туберкулёзного отделения МУЗ «Исилькульская ЦРБ» отметила, что имеет смысл вести обучение не только медицинского персонала, но и самих больных. Причём изначально, буквально с первого появления пациента в диспансере. Главным образом, для того, чтобы хотя бы просто донести до него, что туберкулёз — это не приговор. Поскольку, если с новоприбывшим больным не будет работать медперсонал, его «обработают» старички среди хроников. С этим согласились все участницы семинара. Больных должны вводить в курс именно медики. Это может быть трёхдневное обучение для пациентов, включающее несколько лекций, целиком охватывающих знакомство с болезнью, от темы «Что такое туберкулёз» до «ТБ плюс ВИЧ». Если пациент социально адаптирован, то на него можно воздействовать в том числе и через родственников или друзей. Это касается всех сфер, кроме приёма лекарств, который должна контролировать непосредственно медицинская сестра. Как доказывает упрямая статистика, участие волонтеров в этом сложном вопросе не является эффективным.

Словом, как было заявлено изначально и к чему и призывала омских медицинских сестёр иностранная гостья, семинар получился действительно интерактивным. Обучение шло параллельно с обсуждением. Основные вопросы семинара касались именно каж-

додневной сестринской практики. Значимой частью обучения стала тема клейма туберкулёза и дискриминации больных туберкулёзом в обществе. И, конечно, поскольку это обучение проводилось по каскадному принципу (обучение преподавателей), особое внимание было уделено технической стороне вопроса.

— Я знаю, что участников для этого семинара отбирали очень серьёзно и по целому ряду признаков, — заметила г-жа Гроссе. — Им было необходимо продемонстрировать недюжинные лидерские качества, умение работать с другими людьми, а также своё неравнодушие к проблеме борьбы с туберкулёзом. И мне хочется, чтобы они осознавали всю ту огромную ответственность, которая ляжет на их плечи после окончания этого семинара, поскольку у каждой из участниц отныне есть определённые обязанности: по условиям проекта каждая из них должна обучить десять медицинских сестёр и десять работников родственного профиля. Планируется, что на это обучение они будут тратить приблизительно два дня в месяц. То есть мало просто приобрести знания, надо ещё уметь грамотно и доходчиво донести их до персонала своего лечебного учреждения.

В ходе семинара прошли обучение 25 медицинских сестёр, представляющих ЛПУ Омска и Омской области. Среди них главная медицинская сестра ГУЗ ОО «КПТД № 4» Л. В. Коржова, старшая медицинская сестра 1-го туберкулёзного отделения ГУЗ ОО «Туберку-

лёзная больница» Т. В. Крамарова, медицинская сестра туберкулёзного отделения МУЗ «Тарская ЦРБ» Н. А. Архипенкова, процедурная медицинская сестра туберкулёзного отделения МУЗ «Называевская ЦРБ» З. П. Александрова, медицинская сестра противотуберкулёзного кабинета МУЗ «Марьяновская ЦРБ» Н. В. Андреева и другие. Что характерно, практически все участницы семинара отметили, что получили много новых, а главное — практически полезных знаний и навыков и теперь горят желанием поделиться этими знаниями со своими коллегами. Если каждая из двадцати пяти медицинских сестёр, как и предполагается, обучит ещё двадцать человек, в итоге мы получим пятьсот владеющих необходимыми знаниями медицинских сестёр. А это даже в рамках всей Омской области цифра достаточно внушительная. Кроме того, все участницы семинара получили на руки сразу несколько переведённых на русский язык руководств, в том числе «Руководство по ТБ для медицинских сестёр, оказывающих помощь больным и участвующих в борьбе с ТБ/МЛУ-ТБ» и «Руководство для преподавателя по обучению по каскадному принципу». В конце обучения каждая из участниц семинара получила сертификат с зачётными баллами. По словам президента Омской профессиональной сестринской ассоциации Татьяны Зориной, вскоре в нашей стране будет введена накопительная балльная система. «И омские медицинские сёстры, — продолжила она, — так же, как и их европейские коллеги, будут иметь



Анастасия Нефёрова (Омск)

возможность посещать различные мероприятия (семинары, конференции, конкурсы), участие в которых будет оцениваться в определённых баллах. Подобная практика проводится в Омской профессиональной сестринской ассоциации уже несколько лет, и наиболее активные медицинские сёстры уже имеют сертификаты и определённое число баллов, которое будет учитываться при получении квалификационных категорий. Поэтому активно усваивать знания, активно принимать участие в семинаре — это, помимо всего прочего, ещё и выгодно, поскольку работает на ваше будущее».

— Семинар проходил очень интересно, динамично, — отметила Татьяна Федоткина, главная медицинская сестра противотуберкулёзного диспансера города Томска, — и я очень рада, что здесь собрались медицинские сёстры с разным стажем работы, из разных мест, из самого Омска и из Омской области. Нам есть чем поделиться: и у вас имеется опыт работы как организаторский, так и противотуберкулёзный, и у нас есть что вам предложить, чему вас научить. И, конечно, от всего сердца хочется поблагодарить Татьяну Александровну Зорину и Ольгу Александровну Бучко, которые замечательно организовали весь процесс. Без них бы этот семинар не состоялся.

Много добрых слов было сказано и в адрес директора Омского центра повышения квалификации работников здравоохранения Натальи Крючковой, оказавшей самый тёплый приём участникам и

гостям семинара. Как отметила в финале занятий г-жа Гроссе: «То, что подобное обучение проходит именно в стенах Центра повышения квалификации работников здравоохранения, очень правильно и логично».

Что касается организационной части, то с гостьей из Томска трудно не согласиться. Тем участницам проекта, которым вскоре предстоит каждой в своём ЛПУ организовывать подобные семинары, есть чему поучиться у хозяек. Кажется, здесь было учтено всё, каждая деталь играла свою определённую роль. Например, ни одна из участниц не упустила из внимания тот факт, что на каждый день семинара были подготовлены стаканчики для воды разного цвета. Это из разряда тех самых мелочей со смыслом, которые, собственно, и создают желаемую атмосферу непринуждённости и креатива. Особенно это важно для женской аудитории. Свою лепту в установление неформальной атмосферы внесли и так называемые кофе-паузы — короткие перерывы, в ходе которых участницы семинара могли за чашкой кофе или чая ближе познакомиться, пообщаться друг с другом, поговорить на профессиональные темы, обсудить наболевшее, чтобы затем с новыми силами приступить к учёбе, а затем и к реализации полученных знаний.

— Я каждый день сталкиваюсь с пациентами, инфицированными туберкулёзом, поэтому лично для меня данный семинар — большой скачок в моём профессиональном обучении, — отметила Ирина Мяс-

ченко, старшая медицинская сестра торакального отделения МУЗ ОГКБ № 1 им. А. Н. Кабанова. — Я узнала много нового и полезного для себя: по какой программе лучше работать, какие препараты использовать, как общаться с пациентами на психологическом уровне, как наше общество должно относиться к людям, заражённым туберкулёзом. Это ведь касается не только нас — медиков, это нужно донести до каждого человека. Это не только наша проблема, но и проблема всего мира. Не потому ли из достаточно благополучной в плане ТБ Германии наша коллега Ута приехала сюда, к нам, специально, чтобы обучить. Чтобы мы уже суммировали, анализировали это знание и передавали его дальше. Потому что с всеобщей бедой можно справиться только всеобщими усилиями.

В ходе международного практического семинара омские медицинские сёстры смогли существенно пополнить запас профессиональных знаний, обменяться опытом, а главное, понять, насколько их работа соответствует международным стандартам. Хотя говорить о результатах подобного семинара пока рановато, уже сейчас ясно, что международное партнёрство открыло перед омскими медицинскими сёстрами множество новых возможностей в достижении оптимального профессионализма, стимулировании личностного и профессионального роста. А значит, дало новый существенный толчок развитию сестринского дела в Омской области. ■



Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)

Подведение итогов семинара. Вручение сертификатов с зачётными баллами

Человек светлый

■ ОКСАНА МАЛАХОВА



Анастасия Нефедова (Омск)

Как все европейки, Ута Гроссе проста, бесконечно дружелюбна и приятна в общении. Как все медицинские сёстры, обладает большим терпением и профессионализмом. Перед таким сплавом устоять трудно. Возможно, потому уже на второй день семинара это во всех отношениях серьёзное мероприятие чем-то напоминало фан-клуб Уты Гроссе.

Впрочем, сами участницы проекта объясняют такой пиетет просто: «Ута – это человек, который светится изнутри своей идеей и передаёт это сияние остальным».

— Ута, как давно вы работаете в Международном совете медицинских сестёр и каким путём к этому пришли?

— У себя дома, в университете я изучала «Управление в здравоохранении в сестринском деле». Поскольку меня очень сильно интересовали вопросы здравоохранения и сестринский уход в глобальном масштабе, я пошла работать в Международный совет медицинских сестёр. Это дало мне возможность писать диплом по теме, которую я выбрала: «Социальное отторжение и дискриминация больных туберкулёзом». И вот уже два года после окончания университета я продолжаю работать как координатор проекта по борьбе с туберкулёзом и лекарственно-устойчивым туберкулёзом.

— А по какому принципу вы выбрали тему туберкулёза? Чем она вас так живо задела?

— Работая медицинской сестрой, я усвоила, что очень большое количество людей подвергнуто этому

заболеванию. Пройдя интернатуру в отделе по сестринскому уходу и акушерству ВОЗ, я ещё более убедилась в этом. То и дело сталкиваясь с проблемами туберкулёза, я отчётливо поняла, что эта болезнь действительно представляет глобальную угрозу. Особенно опасно то, что эта угроза, как и тема туберкулёза вообще, повсеместно замалчивается. Например, будучи в Лондоне на одном из заседаний, я спросила: «Какова у вас ситуация с туберкулёзом?» (А это один из самых любимых моих вопросов.) Мне ответили: «О боже! Туберкулёз? У нас вообще нет такой проблемы». В Германии мои бывшие коллеги тоже недоумевают: «С каким таким туберкулёзом ты работаешь»? На самом деле эта проблема есть, и она касается и благополучного Лондона, и Германии. В Германии заболеваемость обычным туберкулёзом сейчас либо остаётся на одном и том же уровне, либо снижается, но становится большой проблемой туберкулёз с высокой формой лекарственной непереноси-

мости. Сейчас мы должны отметить, что в мире свыше двух миллиардов человек — то есть третья часть всего населения — инфицировано туберкулёзом. Эта цифра до сих пор меня шокирует, потому что треть мирового населения — это очень много. И я хочу внести свой вклад в борьбу с этим недугом. А поскольку в борьбе с ним основная роль принадлежит именно медицинским сёстрам, я лично хочу быть их сторонником и поддерживать их в этой работе.

— Ута, как вы попали в Россию и конкретно в Омск?

— Уже несколько лет Международный совет медицинских сестёр проводит глобальный проект по борьбе с туберкулёзом, и впервые по этому вопросу мы приехали в Россию в 2004 году. Тогда при тесном сотрудничестве с организацией «Партнёры во имя здоровья» и с помощью Татьяны Юрьевны Федоткиной, главной медицинской сестры Томского областного противотуберкулёзного диспансера, мы смогли



Ута Гроссе с маленькими пациентами ГУЗ ОО «Специализированная детская туберкулёзная клиническая больница»



Участники семинара в гостях у коллег в ГУЗ ОО «Клинический противотуберкулёзный диспансер № 4»



Встреча с министром здравоохранения Омской области **СЕРГЕЕМ МОИСЕЕНКО**



Посещение гостями офиса Омской профессиональной сестринской ассоциации



Экскурсия в Ачаирский монастырь

посетить Томскую противотуберкулёзную службу. Во время нашего визита медицинские сёстры выразили большое желание пройти обучение, и мы пообещали, что снова приедем в этот город с проведением своей программы по борьбе с туберкулёзом. В сентябре прошлого года мы провели там семинар обучения по каскадному принципу. На мой взгляд, прошёл он очень успешно. Татьяна Александровна Зорина, президент Омской профессиональной сестринской ассоциации, была гостьей этого семинара. Ей очень понравилась его программа, и она пригласила нас в Омск.

— Довольны ли вы тем, как проходит семинар, и как оцениваете его организацию?

— Проходит он на довольно высоком уровне. Перед проведением семинара состоялась встреча с министром здравоохранения Омской области Сергеем Владимировичем Моисеенко, который одобрил это мероприятие и подчеркнул его актуальность в связи с тем, что проблема туберкулёза в регионе требует к себе усиленного внимания. Семинар проходит при поддержке Российской ассоциации медицинских сестёр и, конечно, при значительной поддержке Омской профессиональной сестринской ассоциации, в первую очередь благодаря Татьяне Александровне Зориной и Ольге Александровне Бучко. И то, что семинар состоялся в Центре повышения квалификации работников здравоохранения, на мой взгляд, очень правильно. К тому же здесь очень подходящая для такого семинара обстановка: есть удобная учебная комната, комната для отдыха... По моему опыту и ощущениям, семинар организован на самом высоком уровне.

— На ваш взгляд, отличается ли значимость профессии медицинской сестры в России по сравнению с другими странами?

— Для более полного представления о деятельности медицинских сестёр и Омской профессиональной сестринской ассоциации мы посетили её офис, а также побывали в двух медицинских учреждениях — Областном клиническом противотуберкулёзном диспансере № 4 и Областной специализированной детской туберкулёзной клинической больнице. Меня очень впечатлило то, что я там увидела. Медицинские сёстры являются равными партнёрами врачей. На мой взгляд, их роль здесь признаётся и у них есть свой независимый имидж. Сейчас необходимо осознавать, что в борьбе с туберкулёзом большая часть работы ложится на плечи медицинских сестёр. И мне приятно видеть, что врачи здесь это признают. Хорошие результаты в оказании помощи больным могут быть достигнуты только при условии такого сотрудничества.

— Как вы оцениваете работу Омской профессиональной сестринской ассоциации?

— Мы первый раз сотрудничаем с этой организацией. Мне было очень приятно узнать, что она работает не только на региональном, но и на национальном и международном уровнях. Ещё меня впечатлило то, что в Омскую профессиональную сестринскую ассоциацию входит более 13,5 тысячи медицинских сестёр, что составляет 59% всех представительниц этой специальности в регионе. То есть они на редкость хорошо организованы. Проводят очень большую и разнообразную работу. У них много партнёров, которые их поддерживают. Меня всё это очень порадовало.

— Станет ли этот семинар базой для дальнейшего сотрудничества и есть ли уже какие-то совместные планы?

— В целом эта программа строится на обучении медицинских сестёр по каскадному принципу и финансируется грантом на образование от фармацевтической компании «Элли Лили». Международный совет медицинских сестёр очень гордится тем, что сотрудничает с «Элли Лили» по вопросам борьбы с туберкулёзом и лекарственно устойчивым туберкулёзом. Во второй фазе проекта мы планируем продолжить наше сотрудничество с этой компанией — и на этой почве, вероятнее всего, будем продолжать наше сотрудничество с Омской профессиональной сестринской ассоциацией.

— Ута, надеюсь, вы успели осмотреть Омск? Каким он вам запомнился?

— Я приехала в выходные, перед началом семинара, и оказалось, что мои коллеги из Омской профессиональной сестринской ассоциации составили целый план экскурсий. Так что у меня было время посмотреть город, понять, какой он. Омск показался мне очень открытым и дружелюбным. А что я запомню? Вот эту скульптуру — девушку на скамейке. Кажется, её зовут Любаша. Она умерла от туберкулёза, когда ей было всего двадцать лет. Думаю, это хорошее напоминание людям о том, что туберкулёз — всё ещё проблема. А что меня особенно поразило, так это гостеприимство людей, то, как искренне они меня приветствовали. ■



Александра Нефедова (Омск)

СЕРГЕЙ ТИТОВ, главный нарколог Омской области, главный врач ГУЗ ОО «Наркологический диспансер»

Преимущества единой системы

■ СВЕТЛАНА ВАНЮШИНА

Наркологическая ситуация, связанная с употреблением психоактивных веществ, на территории Омской области по итогам первого полугодия 2007 года по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года сложилась следующим образом: сохраняется тенденция к увеличению количества людей, допускающих употребление наркотических веществ без назначения врача (на 2,2%), снизилось число лиц, употребляющих токсические вещества (на 9%), выросла часть потребителей психоактивных веществ среди женщин (на 4,0%).

В учреждениях здравоохранения Омской области на 1 июля 2007 года состоит на наркологическом учёте 38 235 человек, из них злоупотребляют алкоголем более 29 тыс. человек, потребителей наркотических средств 8 705 человек, токсических веществ – 581 человек. Количество женщин с зарегистрированными наркологическими заболеваниями 7 457 человек, несовершеннолетних – 1 553 человека.

Сухие цифры статистики говорят о том, что количество граждан, состоящих на наркологическом учёте, увеличивается. Соответственно ширится и круг проблем наркологической службы Омской области, претерпевшей в связи с этим за последние семь месяцев значительные преобразования.

Закончена реорганизация наркологической службы, создана единая система оказания наркологической помощи населению, объединившая ГУЗ ОО «Наркологический диспансер» со стационарами для взрослых и детей, наркологические кабинеты административных округов города и реабилитационные центры: детский и взрослый. Создание такой централизованной системы позволяет говорить о том, что человек с наркологическими проблемами может получить необходимую ему помощь специалистов без лишних проволочек и траты времени, что крайне важно. Ведь пациенты наркологического диспансера приходят за помощью в самых критических ситуациях, зачастую это люди опасные для окружающих, с неадекватными психическими реакциями.

Заканчивается ремонт в отделении для лечения женщин с наркологическими проблемами, размещённом в здании наркологического диспансера и располагающем 20 койками. Таким образом, в Омском регионе для больных старше 18 лет предусмотрено наличие двух отделений стационара: мужское и женское. Кроме того, 10 июля 2007 года введён в строй современный специализированный Лечебно-реабилитационный центр для наркологических больных старше 18 лет, открытие которого подвело итоговую черту в создании единой системы оказания наркологической помощи населению области.

Вопрос об учреждении в Омской области лечебно-реабилитационного центра ставился ещё с середины 90-х годов прошлого века. А в 2007 году объединёнными силами наркологического диспансера и правительства Омской области были завершены реконструкция и ремонт здания бывшего профилактория одного из омских предприятий. Лечебно-реабилитационный

центр стал заключительным звеном в реорганизованной системе наркологической службы региона. Именно туда, по направлению врачей наркологических кабинетов административных округов города, будут обращаться наркозависимые пациенты.

В лечебно-реабилитационном центре два отделения – наркологическое на 30 мест, с прекрасно оборудованной палатой интенсивной терапии на 5 коек (заведующий Олег Тарасов), и отделение социальной реабилитации на 25 мест (заведующая Татьяна Фролова).

Первоначально пациент попадает в наркологическое отделение, где медикаментозными средствами снимают физическую потребность в наркотических веществах. Это процесс тяжёлый как для больного, так и для врачей. Олег Тарасов, заведующий наркологическим отделением, продемонстрировал нам разбитые пациентами оконные стёкла: иногда больные таким образом пытаются покинуть заведение.

Современные стандарты лечения, по словам главного нарколога Омской области, построены по принципу добровольности: врач отправляет больного на лечение только с его согласия, также при желании пациент в любое время может покинуть больницу — и врачи не должны его останавливать. Подобного рода ситуацию можно назвать недоработкой наших законотворцев, потому что большинству больных следует оставаться на стационарном лечении не 10–15 дней, как это практикуется сегодня, а не менее 45–50 дней для получения действительно положительных результатов.

После лечения в наркологическом отделении больной попадает в отделение социальной реабилитации, где кроме врачей-наркологов с пациентами плотно работают медицинские психологи с большим практическим опытом и социальные работники, главной задачей которых становится адаптация и социализация человека, потерявшего за время своей болезни

многие социальные связи, друзей, работу, документы. Благодаря ГУЗ ОО «Наркологический диспансер» и его сотрудникам за последнее время удалось трудоустроить около 400 человек.

Кроме того, в реабилитационном центре имеется современный спортивный зал, оборудованный тренажёрами фирмы Kettler, помогать больным в котором будет профессионал высокого класса Дмитрий Южаков, обладающий дипломом не только Физкультурной академии, но и медицинского училища. Ремонт спортзала проходил именно под чутким руководством Дмитрия Николаевича.

Открытие Лечебно-реабилитационного центра позволило существенно улучшить материально-техническую базу наркологической службы, в первую очередь благодаря приобретению новейшего оборудования. Заведующая лабораторным комплексом Светлана Серебрякова с особой гордостью продемонстрировала нам аппарат, не имеющий на данный момент аналогов в мире, —

анализатор наркотических веществ американской компании Abbott Laboratories, позволяющий выявлять следы наркотических веществ у нескольких пациентов буквально за несколько минут.

Уже месяц спустя после открытия Реабилитационный центр живёт в рабочем режиме, принимает новых пациентов, есть даже небольшая очередь на диспансеризацию. Но, по словам Олега Тарасова, очередь вызвана не тем обстоятельством, что подобных больных очень много, а оттого, что приём каждого нового пациента требует индивидуального подхода и определённого количества времени — ведь они такие непредсказуемые.

Следует отметить, что новый реабилитационный центр не столкнулся с проблемой нехватки кадров. По словам главного нарколога Омской области Сергея Титова, не только наркологическая служба, но и правительство Омской области заинтересованы в качественной профессиональной подготовке врачей-наркологов. Омская государственная



Лечебно-реабилитационный центр ГУЗ ОО «Наркологический диспансер»

Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)

Олег Тарасов, заведующий наркологическим отделением, в комнате отдыха



Анастасия Нефёдова (Омск)

Светлана Серебрякова, заведующая лабораторным комплексом, демонстрирует анализатор наркотических веществ Abbott Laboratories

медицинская академия каждый год выпускает ординаторов по этой специальности, причём несколько мест в ординатуре оплачивается из регионального бюджета. Также действует ускоренная программа переподготовки врачей-психиатров, обучение некоторых специалистов оплачивает само ГУЗ ОО «Наркологический диспансер». Можно утверждать, что врачами наркологические учреждения города укомплектованы полностью, однако чувствуется ещё некоторая нехватка среднего медицинского персонала, медицинских сестёр с опытом работы в этой области.

Кадровая ситуация улучшилась не только в областном центре, но и в сельских районах: только

в трёх из них не хватает врачей-наркологов. В адрес главных муниципальных образований были направлены письма с просьбой об оказании содействия в укомплектовании центральных районных больниц психиатрами-наркологами и обеспечении их жильём. Ряд писем о необходимости усиления профилактической работы и выделения с этой целью рабочего времени в расписании психиатров-наркологов для мероприятий по предупреждению наркологических заболеваний был адресован главным врачам районов.

Наркологическая служба активно поддерживает целевые программы правительства Омской области, направленные на про-

филактические меры. Эта работа проводится специалистами наркологической службы и общелечебной сети. Первичной профилактикой алкоголизма, наркомании, токсикомании занимаются врачи-наркологи и врачи других специальностей, а также психологи и специалисты по социальной работе. Большое внимание уделяется взаимодействию наркологической службы с правоохранительными органами. Постоянно проводятся приёмы врачей-наркологов на опорных пунктах, в спецприёмниках. Кроме того, специалисты ГУЗ ОО «Наркологический диспансер» участвуют в рейдах УВД, в первой половине года состоялось четыре таких рейда.



Анастасия Нефёдова (Омск)



Анастасия Нефёдова (Омск)

Сотрудники клинко-диагностической лаборатории лечебно-реабилитационного центра



Анастасия Нефёдова (Омск)

Наталья Бишкиревич, медицинский психолог отделения социальной реабилитации (работает с пациентами с наркологическими проблемами с 1989 г.)



Анастасия Нефёдова (Омск)

Юлия Буянова, медицинская сестра наркологического отделения, в палате интенсивной терапии

К решению проблем профилактики привлекаются и общественные организации («Омск без наркотиков», «Матери против наркотиков», «Альтернатива», группы «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы» и другие). По мнению Сергея Сергеевича, подобная профилактическая работа начала приносить в последнее время практические плоды. Употребление наркотиков среди молодёжи стало не столь актуальным, стрелка весов сейчас колеблется между предпочтением здорового образа жизни и выбором слабоалкогольных напитков, в первую очередь пива. К сожалению, последнее тоже является тревожным фактом: постоянное употребление слабоалкогольных напитков приводит к алкогольной зависимости от них,

а следовательно, в будущем ситуация может довести этих людей и до наркологического диспансера.

Ещё одна область, которую, по мнению специалистов, необходимо охватить, — это психологические проблемы родных и друзей подобных больных. Сегодня уже появился новый термин — «созависимые». Это те люди, которые постоянно находятся вместе с человеком с наркологическими проблемами и которые в свою очередь тоже живут, иногда очень долго, в критической ситуации и нуждаются в помощи врачей не меньше, чем сам больной. Увеличение количества людей, состоящих на учёте в наркологических учреждениях, означает соответственно и рост количества созависимых. Ситуация с созависимыми настолько серьёзная, что уже

ставится вопрос о внедрении такого диагноза, и это позволит оказывать данной категории посильную медицинскую помощь, в первую очередь психологическую.

Об этих и о других достижениях омской наркологической службы, о её буднях, праздниках и проблемах главный нарколог области Сергей Титов поделится с коллегами в первой половине сентября текущего года на ежегодной конференции главных наркологов регионов Российской Федерации. ■

НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР
г. Омск, ул. Учебная, 189,

тел. : (3812) 30-26-89, 30-27-25.

ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР

г. Омск, ул. 3-я Кордная, 30,

тел. 53-94-83



Анастасия Нефёдова (Омск)

Дмитрий Южаков, инструктор-методист лечебной физкультуры



Анастасия Нефёдова (Омск)

Палаты лечебно-реабилитационного центра прекрасно оборудованы

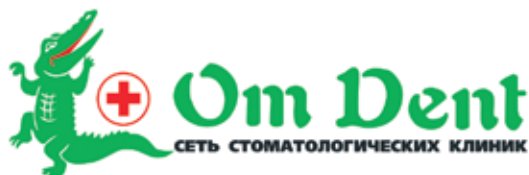
Для победы важны все!



Казалось бы, немного, но недостаток всего одного зуба:

на 100% портит ваш имидж
на 90% мешает личным отношениям
на 80% вредит карьере
на 70% ухудшает настроение
на 60% зрительно увеличивает возраст
на 50% нарушает дикцию
на 40% создаёт образ больного человека

КРУПНЕЙШАЯ СЕТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК



«ОмДент», г. Омск, ул. Красногвардейская, 40, т. 23-03-45
«ОмДент и К°», г. Омск, ул. Лермонтова, 77, т. 30-32-32
«ОмДент», г. Тара, ул. Александровская, 103, т. 8(381-73) 31-043
«ОмДент-Юг», г. Сочи, пер. Горького, 22-105, т. (8-622)69-67-54
«Дента-Ишим», г. Ишим, ул. 8 Марта, 29, т. 8(34551) 70-518
«СибДент», г. Омск, ул. Малунцева, 25, т. 22-43-03
«Стоматология в Нефтяниках», г. Омск, ул. Энергетиков, 19, т. 67-24-73
«СибДент», г. Исилькуль, ул. Первомайская, 52, т. 8(273) 21-043

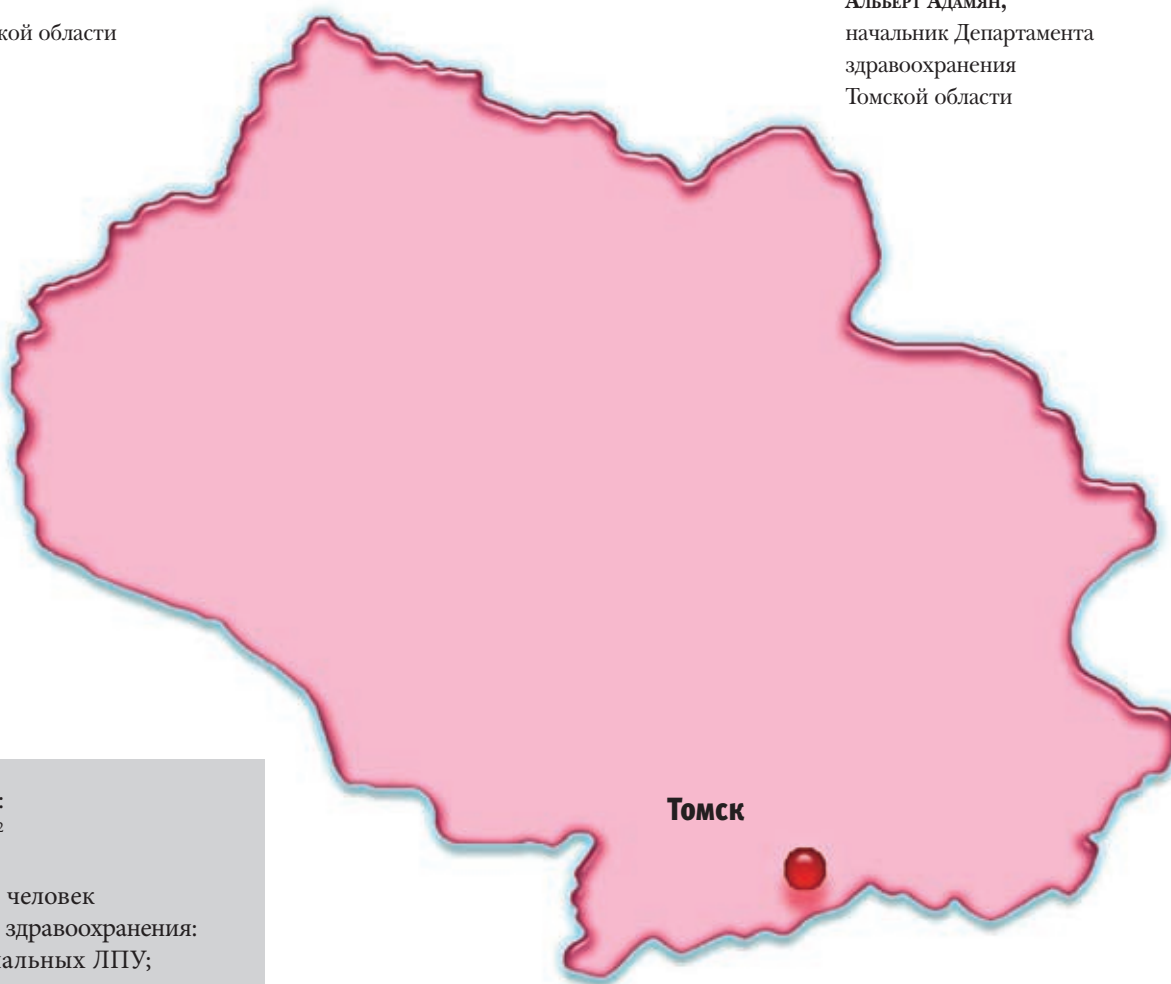


Виктор Кресс,
губернатор Томской области

Томская область



Альберт Адамян,
начальник Департамента
здравоохранения
Томской области



Территория:
317 тыс. км²
Население:
1 036,5 тыс. человек
Учреждения здравоохранения:
33 муниципальных ЛПУ;
20 областных государственных учреждений;
18 центральных районных больниц;
12 участковых больниц;
2 сельские поликлиники;
300 фельдшерско-акушерских пунктов;
37 врачебных амбулаторий



Альберт Адамян,
начальник Департамента здравоохранения Томской области

Досье

Альберт Адамян родился в 1951 году в Волгограде в семье военнослужащего врача. После демобилизации отца из армии, в 1956 году, семья переехала в Ереван. Там в 1957 году шестилетний Альберт пошёл в школу, хотя в то время в учреждениях образования СССР было не принято принимать детей в первый класс в возрасте раньше семи лет. И родителям Альберта также поначалу отказывали в этом. Однако им удалось уговорить директора школы провести в этом плане эксперимент: в том, что их шестилетний ребёнок может так же успешно включиться в освоение программы начальной школы, как и семилетний, сомнений у них не было. Эксперимент завершился блестяще. Сын окончил школу с золотой медалью. Проблемы выбора профессии у золотого медалиста не было. Альберт всегда и во всём хотел походить на отца, и он твёрдо решил продолжить династию врачей Адамян.

В 1967 году Альберт Адамян поступает в Ереванский медицинский институт, который через шесть лет оканчивает с красным дипломом. Лучшему выпускнику курса делали самые заманчивые предложения по трудоустройству, одной из перспектив дальнейшей деятельности было обучение в аспирантуре. К удивлению окружающих, Альберт Адамян предпочёл отправиться в самый отдалённый район Армении – Мегринский, чтобы работать хирургом в местной больнице. Альберт Тигранович никогда не жалел о своём поступке. Годы активной хирургической деятельности в районной больнице стали хорошей профессиональной закалкой в становлении врача.

Аспирантура также не осталась вне зоны внимания молодого медика. В 1976 году Аль-

берт Тигранович поступил во Всероссийский научно-исследовательский центр онкологии в Москве. Через три года он успешно защитил кандидатскую диссертацию. После этого по направлению Минздрава СССР приехал в Томск, чтобы занять должность старшего научного сотрудника Томского филиала Научно-исследовательского центра онкологии. Интересный факт: Альберт Адамян приехал в Томск уже через десять дней после защиты диссертации.

Следующим важным событием в профессиональной карьере Альберта Тиграновича стала защита докторской диссертации на тему рака молочной железы. Это была первая докторская диссертация за Уралом по данной теме. Так что Адамяну негде было заимствовать материалы: всю информацию для анализа приходилось получать на основе собственных исследований. За десять лет работы над докторской диссертацией Альберт Тигранович изучил истории болезней не менее 15 тысяч онкологических больных. В диагностировании и лечении большинства из них он принимал личное участие. Вспоминая тот период жизни, Альберт Тигранович признаётся: «Я горжусь своей докторской диссертацией до сих пор. Это было настоящее исследование в соответствии с академическими, классическими требованиями к такого рода научным работам».

В 1992 году Альберт Тигранович по собственному желанию уходит с должности руководителя отделения общей онкологии Томского филиала Всероссийского научно-исследовательского центра онкологии, чтобы организовать одну из первых в Томском регионе страховых медицинских компаний. Впоследствии созданная Адамяном компания сыграла большую роль в становлении системы обязатель-

ного страхования (ОМС). А в 1997 году Альберт Тигранович был назначен начальником управления здравоохранения города Томска.

В 2002 году в Томске был объявлен конкурс на замещение вакантной должности начальника Департамента здравоохранения Томской области. В нём принимало участие восемь человек. Выиграл конкурс Альберт Адамян, который к тому времени имел не только опыт врачебной и организаторской работы, но и, будучи несколько лет руководителем страховой медицинской компании, досконально изучил на практике систему ОМС.

Несмотря на ответственный должностной пост, Альберт Адамян вплоть до нынешнего года совмещал работу в аппарате областной администрации с чтением лекций на кафедре общественного здоровья и организации здравоохранения Томской медицинской академии.

Уже занимая должность начальника Департамента здравоохранения, Альберт Тигранович получил высокое звание «Заслуженный врач РФ», однако в представлении к званию в первую очередь были названы личные заслуги в укреплении здоровья населения Сибири и, в частности, Томской области. Благодаря его профессионализму, внимательному отношению к каждому пациенту – и в самом начале профессиональной карьеры, и позже, в период работы в Томском филиале Всероссийского научно-исследовательского центра онкологии, – продлены жизни сотен и даже тысяч людей. Ведь те же методики лечения больных раком молочной железы, предложенные Адамяном в докторской диссертации, до сих пор находятся на вооружении специалистов всех онкологических центров и диспансеров Сибири и Дальнего Востока.

АВТОНОМИЯ ДЛЯ ПОЛИКЛИНИКИ

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА



С 2006 года в Томской области реализуется пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Кроме того, с 2007 года Томская область включена в число 19 субъектов РФ, участвующих в федеральном пилотном проекте. О том, какие цели и задачи ставят организаторы пилотных проектов на территории региона, о первых результатах их внедрения наш корреспондент попросила рассказать начальника Департамента здравоохранения Томской области Альберта Адамяна.

С 2006 года в Томской области реализуется пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Кроме того, с 2007 года Томская область включена в число 19 субъектов РФ, участвующих в федеральном пилотном проекте. О том, какие цели и задачи ставят организаторы пилотных проектов на территории региона, о первых результатах их внедрения наш корреспондент попросила рассказать начальника Департамента здравоохранения Томской области Альберта Адамяна.

— Альберт Тигранович, несмотря на то что пилотный проект, в котором предложено поучаствовать Томской области, запущен ещё в прошлом году, широкой общественности о нём мало что известно. И в местной прессе, и в центральных СМИ гораздо больше говорится о приоритетном национальном проекте «Здоровье», обязательном для всех без исключения регионов страны. Поэтому прежде всего расскажите нашим читателям о том, какие проблемы здравоохранения призван решить ваш пилотный проект.

— Мы давно поняли, что экстенсивный путь развития медицины заводит в тупик. (То есть когда за ростом количества больных людей мы открываем всё новые и новые лечебные учреждения, расширяем стационарные отделения в старых и так далее — в общем, увеличиваем количество коек.) Но по-прежнему идём по этому пути, потому что врачам платят за количество продиагностированных и пролеченных больных, а не за число здоровых людей, проживающих в зоне обслуживания того или иного учреждения здравоохранения. И пока будет

действовать такая система, все призывы начальников от здравоохранения больше внимания уделять профилактике болезней так и останутся просто призывами. Авторы пилотного проекта предложили изменить традиционное положение вещей — платить медицинским учреждениям не за больных пациентов, а за здоровых людей.

— Эта идея национальная или заимствованная на рыночном Западе?

— Мы здесь Америки не открывали. Западная медицина давно уже развивается по означенному пути. Во многих зарубежных компаниях руководители увеличивают зарплату сотрудникам, ведущим здоровый образ жизни, не прибегающим к больничным листам. Но авторы Российского пилотного проекта, заимствуя те или иные элементы из западной модели здравоохранения, постарались совместить их с тем хорошим, что, вне сомнения, было в

нашей старой советской системе. Ведь не зря она признавалась на Алма-Атинской конференции ВОЗ самой лучшей в мире — как раз благодаря её тогдашней профилактической напряжённости.

— А что было привнесено с Запада?

— Прежде всего, финансово-экономический механизм системы оказания медицинских услуг. Коль скоро мы живём и работаем вот уже 15 лет в рыночных условиях, медики также должны научиться торговать своими услугами. Частные предприятия медицины это освоили давно. Но у них совсем иные цели и задачи, нежели у муниципальных и государственных учреждений. Они как раз заинтересованы в том, чтобы к ним шло как можно больше больных пациентов — здоровые им не будут платить за услуги.

Перед муниципальным и государственным здравоохранением, подчеркну ещё раз, поставлена

задача-максимум: научить людей своевременно заботиться о своём здоровье и самим как можно больше усилий прилагать для реальной профилактики патологий. Но даже при решении этой задачи научиться торговать медицинскими услугами также необходимо — таковы условия рынка. Каждая такая услуга должна иметь вид законченного товара, конкретную стоимость и оплачиваться должна также из одного кармана. Но не из кармана пациента, как в частной медицине, а из кармана территориального фонда обязательного медицинского страхования.

— Как это выглядит на практике? Ведь вы уже второй год на своей территории внедряете пилотный проект, и за это время, наверняка, сделаны конкретные шаги по обозначенному в нём пути.

— Сегодня все расходы амбулаторно-поликлинических учреждений заведены в тарифы. Подчёркиваю, все: и на проведение

Порядок финансирования медицинской помощи

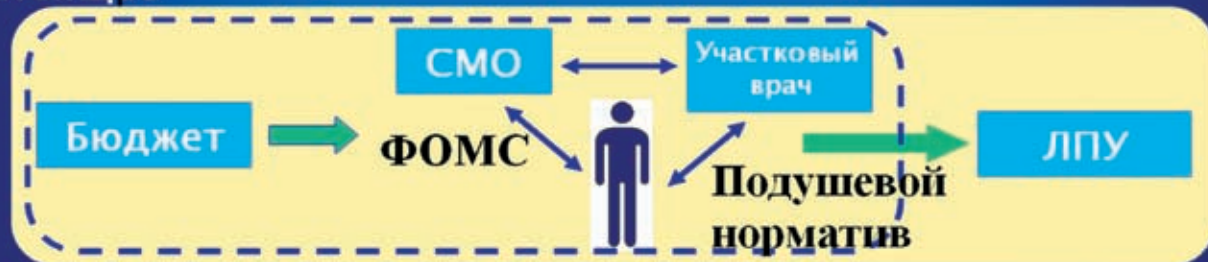
Прошлое...

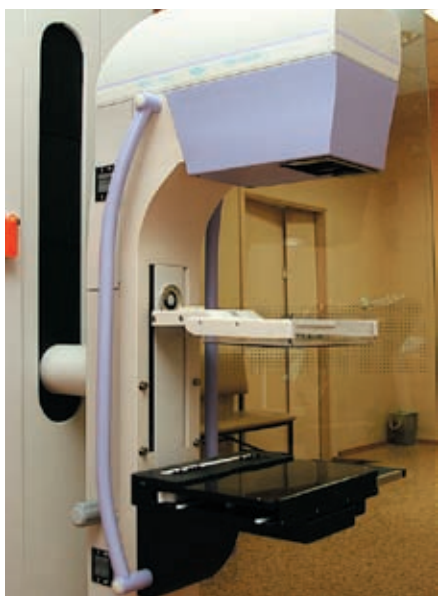


Переходный этап...



Настоящее





капитального ремонта, и на оказание населению высокотехнологичных дорогостоящих услуг — тогда как ещё в прошлом году мы работали по тарифам, не включавшим эти два самых дорогостоящих вида расходов, до недавнего времени ни одно лечебно-профилактическое учреждение денег на это в своих бюджетах не имело. Эти две задачи традиционно решались за счёт целевых областных программ и выделения для каждого из ЛПУ определённых квот, постановки в очередь и так далее.

Другой вопрос: как определить, сколько пациентов реально нуждаются в том или ином консультировании, оказании дорогостоящей диагностики, в высокотехнологичных методах лечения в условиях стационара? Получить точный ответ на него довольно трудно, поэтому мы пошли на частичное фондодержание. То есть, имея подушевой норматив, зависящий от расположения поликлиники и особенностей обслуживаемого населения, каждая поликлиника получает определённую сумму денег, на которые организует осмотр, диагностирование, лечение своих пациентов.

Если, допустим, районная поликлиника нуждается в том, чтобы направить пациента на консультацию в областное специализированное медицинское учреждение, то она же и оплатит её из своих средств. В итоге у врачей специализированного диагностического или лечебного учреждения появляется заинтересованность в том, чтобы обслужить пациентов, прибывших по таким направлениям, а у районных поликлиник — в том, чтобы всё, что в их силах, качественно выполнить на месте. Как показали первые итоги работы в новой системе, общее число направлений на консультации из районных поликлиник снизилось на 30%.

— Не может ли такого рода экономия обернуться вместо желаемого улучшения показателей здоровья населения их ухудшением?

— Вот-вот, с точно такими же подозрениями к приведённому показателю отнеслись специалисты управления Росздравнадзора по Томской области, страховые компании и ваши коллеги, журналисты местных СМИ. Последние прямо обвиняли амбулаторно-клинические учреждения в том, что они отказывают людям в квалифицированных консультациях. Тогда мы организовали экспертную группу из представителей как лечебных учреждений, так и контролирующих органов, территориального фонда ОМС и других. После скрупулёзного анализа эксперты пришли к выводу, заключающемуся в том, что всем пациентам, действительно нуждавшимся в диагностике и консультировании в специализированных учреждениях, направления были предоставлены.

— Со всеми партнёрами, работающими в системе здравоохранения, поликлиники выстраивают теперь отношения таким образом?

— Да, ещё одним шагом ЛПУ в рынок стали их взаиморасчёты за медицинские услуги. Допустим, одна муниципальная поликлиника имеет ультразвуковой аппарат, которого нет в соседней. Зато она в свою очередь располагает современной рентген-установкой, которой в первой пока не имеется. Направляя пациентов друг к другу, поликлиники расплачиваются за проведённые исследования. Благо, есть утверждённые нами тарифы практически на все услуги амбулаторно-поликлинического звена. Мы называем этот уровень партнёрских отношений расчётами по горизонтали в отличие от расчётов по вертикали (со специализированными диагностическими и научными медицинскими центрами).

Через месяц-другой мы планируем ввести в новую систему взаиморасчётов также стационары наших больниц. Если пациент нуждается в оперативном лечении, то поликлиника непременно

направит его в стационар и также оплатит оказанные услуги по конкретным тарифам.

— **Поликлиники не перестанут вовсе направлять своих пациентов в больницы для проведения операций и более глубокого лечения, требующего круглосуточного пребывания в стационаре и мониторинга состояния больного?**

— Они, конечно же, будут стремиться к тому, чтобы обходиться без подобных направлений. Но это-то и хорошо. Чтобы предотвратить ухудшение здоровья пациентов с хроническими заболеваниями до такой степени, когда без стационарного лечения уже не обойтись, поликлиники вынуждены максимально использовать все свои возможности. А поэтому в них так активно идёт сегодня процесс организации дневных стационаров, стационаров на дому, патронирование тяжёлых инвалидов, участников Великой Отечественной войны. Повсеместно открываются офисы врачей общей практики. В этом году в Томской области будут действовать уже 26 таких офисов, тогда как ещё в прошлом году не было и половины этого количества. В 2008 году семейная медицина, как по-другому называют общеврачебную практику, получит ещё более активное развитие.

— **Не превратится в итоге первичное звено медицины в сеть офисов общеврачебной практики, как это было в России в период её деления на**



Показатели, позволяющие судить о здоровье населения Томской области, убеждают: путь автономизации поликлиник ведёт к успеху

земства? Когда пересказывают биографию великого Чехова, непременно припоминают, что он был земским врачом, а это значит, что Антон Павлович лечил всё население вверенной ему территории от всех болезней.

— По сути современные врачи общей практики действительно являются теми же земскими врачами. Вот только возможности сегодняшних врачей и врачей конца XIX века резко отличаются. У нас практически все из действующих офисов врачей общей практики оборудованы аппаратами для ультразвуковой диагностики, ЭКГ, приборами для суточного мониторинга показателей работы сердца, артериального давления. Всё это стало возможным, конечно

же, благодаря приоритетному национальному проекту «Здоровье». В Томскую область в рамках нацпроекта поступили сотни единиц диагностического и лечебного оборудования, стоимость которого исчисляется также сотнями миллионов рублей. Получается, что наш пилотный проект органично вписывается в нацпроект «Здоровье», как бы дополняет его.

— **Альберт Тигранович, что ещё предстоит сделать в рамках пилотного проекта в ближайшей перспективе?**

— Будет проведён серьёзный анализ: все положительные стороны проекта должны получить своё дальнейшее развитие. Чувствуется необходимость в проведении мониторинга ситуации. Как поликли-



ники учатся зарабатывать средства на медицинских услугах? Сколько они уже заработали? Как распределяют сэкономленные средства? Разумеется, ещё не раз будут проверяться лечебно-профилактические учреждения — как они выстраивают работу по направлению своих пациентов на дорогие диагностические обследования и консультации в ведущих областных центрах. Вдруг кто-то и в самом деле захочет сэкономить средства в ущерб здоровью населения? Пока система не прижилась, за её внедрением необходим постоянный контроль.

— Вероятно, ещё действительно рано увязывать мероприятия, проводимые в рамках пилотного проекта, и результаты работы отрасли здравоохранения в 2006 году и в первой половине 2007-го. Тем более, как вы отметили, пилотный проект реализуется параллельно с приоритетным национальным проектом и разделить их влияние на ситуации в здравоохранении практически невозможно. И всё же по главным показателям, позволяющим нам судить о здоровье населения, как выглядит Томская область?

— Главное, что они не стали хуже. Этот факт уже говорит в пользу реформ. А по многим показате-

лям здоровье населения Томской области даже улучшилось.

В первую очередь следует сказать об увеличении рождаемости. В прошлом году в регионе появилось на свет 11 200 маленьких граждан. Первая половина этого года в сравнении с аналогичным периодом 2006-го характеризуется увеличением количества новорождённых на 500 человек. Здесь мы в числе регионов — лидеров Сибирского федерального округа. Оптимизм вызывает и снижение смертности в прошлом году на 15,4%. Надеемся, что и эту тенденцию удастся закрепить в 2007 году.

Долгое время нас беспокоил высокий уровень младенческой и перинатальной смертности. Если в 1999 году уровень младенческой смертности на тысячу родившихся составлял 22,1, то в прошлом году этот показатель снизился до 13,8. С 16,2 до 11,0 снизился показатель перинатальной смертности. Однако и эти цифры далеки от желаемых. Поэтому мы концентрируем свои усилия прежде всего на службе охраны здоровья матери и ребёнка.

При Департаменте здравоохранения создана специальная комиссия по младенческой и материнской смертности. Данные по каждой беременной женщине теперь вносятся в компьютер.

Определяются все возможные факторы риска для благополучного родоразрешения. Если они серьёзные, то принимается решение о наблюдении женщины в областном медицинском центре.

Такое отслеживание состояния здоровья каждой беременной женщины уже привело к серьёзным изменениям: материнская смертность в Томской области значительно уменьшилась. Однако в наших ближайших планах — создание на базе областной клинической больницы перинатального центра. Всё же мониторингом беременных женщин должно заниматься специализированное учреждение, а не комиссия при Департаменте областной администрации.

— Альберт Тигранович, чувствуете, что вы с большим оптимизмом смотрите в будущее.

— Да, я оптимист. И верю, что года через три-четыре понятие «русский крест» — когда смертность превышает рождаемость — окончательно канет в Лету и численность населения начнёт расти. По крайней мере, мы, врачи, постараемся для этого сделать всё возможное. Залогом успеха является путь автономизации лечебно-профилактических учреждений, по которому мы сегодня идём. ■





Энергия роста

■ ВАЛЕНТИНА СИБКО, АННА ЖОЛНЕРЧУК

Томск, село Тимирязевское. Это адрес Томской центральной районной больницы, расположенной в уникальном уголке живописной природы в окружении вечнозелёного соснового бора. Язык не повернётся назвать этот суперсовременный комплекс, где лечатся более 25 000 человек, сельской больницей. Ведь в представлении обывателей районные больницы – это лечебные учреждения, далёкие от новаций. То, что это мнение неверно, делом доказали врачи Томской ЦРБ. Возглавляет её заслуженный работник здравоохранения России Юрий Сухих. Человек неординарный, сумевший найти свой путь в сложном лабиринте жизненных перипетий, Юрий Сухих вывел вверенное ему учреждение на совершенно новый уровень развития. Мы попросили Юрия Ивановича рассказать о достижениях коллектива, о тех интересных и важных направлениях работы, где сотрудники Томской центральной районной больницы оказались по сути пионерами и новаторами.

— Если быть абсолютно точным, то первенство в этом деле принадлежит академику Анатолию Ивановичу Потапову, который ещё в 1964 году, после объединения Туганского и Томского районов, возглавил Тимирязевскую участковую больницу, ставшую ведущим лечебным учреждением района. Можно долго рассказывать, каких усилий стоило развитие лечебно-профилактической базы, улучшение врачебной помощи населению. Важен результат: медицина в районе с того времени значительно окрепла.

Именно Анатолий Иванович (уже в качестве руководителя облздравотдела) поставил передо мной задачу разработать мероприятия по улучшению оказания медицинской помощи. И в 1998 году мы начали проводить реструктуризацию сети лечебных учреждений.

Сегодня на территории района, кроме центральной районной больницы, действуют четыре муниципальных учреждения здравоохранения. А всего в 1998 году образовано пять медицинских округов – Томский, Октябрьский, Светленский, Лоскутовский и Турунтаевский – во главе

Досье

Юрий Сухих родился в 1949 году. Как и многие, в детстве мечтал стать врачом. Кроме желания помогать тем, кому плохо, было ещё одно – летать. Страстное увлечение парашютным спортом и планеризмом привело юношу в Оренбургское лётное училище. Когда сбылась одна мечта, Юрий Иванович решил воплотить другую. В 1974 году он осуществляет и её, окончив Томский медицинский институт по специальности «лечебное дело». Так мечта лечить людей превратилась в реальность, став делом его жизни. Окончив интернатуру, Юрий Сухих четыре года проработал врачом-хирургом в областной туберкулёзной больнице. А уже в 1978 году был назначен главным врачом Томского района и возглавил Томскую центральную районную больницу.

В 1983–1993 годах Юрий Иванович – врач-фтизиатр поликлиники Томской ЦРБ, а с 1993-го вновь возглавляет Томскую ЦРБ с выполнением функций главного врача района. Ю. И. Сухих – кандидат медицинских наук, заслуженный работник здравоохранения РФ, врач – организатор здравоохранения высшей категории, член-корреспондент Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности (МАНЭБ).

с базовыми лечебно-профилактическими учреждениями. Кроме того, в районе работает 54 фельдшерско-акушерских пункта. В новых условиях важно стимулировать личную инициативу, теперь каждое лечебное учреждение имеет свой устав, свой бюджет, свою программу развития и отвечает само за себя, являясь юридическим лицом. И округа имеют равные шансы. Перемены коснулись и главных врачей: теперь каждый из них ещё и менеджер, от которого зависит благополучие и лечебного учреждения, и всего медицинского округа. Конечно, не все были готовы к такому подходу

и преимущества его стали видны не сразу. Но время подтвердило его состоятельность.

Что же касается центральной районной больницы, то за эти годы она превратилась в крупный комплекс, куда входят стационар, поликлиника и отделение скорой медицинской помощи. Благодаря поддержке областной и районной администраций, департамента здравоохранения и лично губернатора Томской области Виктора Кресса, мы сумели поднять уровень технического оснащения на значительную высоту. Современным диагностическим и лабораторным оборудованием пополнилась наша поликлиника, которая работает сейчас в две смены. Много дорогостоящих новинок есть теперь и в стационаре. Среди них — рентгенодиагностический аппарат, ультразвуковая установка, эндоскопическое оборудование, аппарат для наркоза и многое другое. Серьезные изменения произошли не только в центре. Так, в Турунтаевской участковой больнице открылся рентген-кабинет, а в Лоскутове — подстанция скорой медицинской помощи. Приятно и то, что мы одними из первых в области испытали преимущество использования информационных технологий, организовав в ЦРБ свой информационный центр, с помощью которого вышли в сетевое пространство.

— В 2005 году в муниципальных учреждениях здравоохранения Томского района реализовывался приоритетный национальный проект «Здоровье». Все ли мероприятия в ЛПУ выполнены?



С.А. Щирова, зам. гл. врача по детству и родовспоможению, И.С. Зырянов, зам. гл. врача по медицинской части, И.К. Кошчева, зам. гл. врача по клиничко-экспертной работе, В.В. Дмитрук, зам. гл. врача по поликлинической работе, Е.Е. Бахарев, зам. гл. врача по экономике, А.М. Фролов, первый зам. гл. врача

— Пять учреждений здравоохранения получили выплаты в размере более 10 млн рублей. Сейчас денежные выплаты получают участковые врачи, терапевты, медицинские сестры, врачи-педиатры. Средняя зарплата участковых врачей в нашей больнице составляет около 19 тысяч, а медицинских сестёр — около 11 тысяч рублей. Кроме того, с июля 2006 года более одного миллиона рублей выплачено персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, более двух миллионов — работникам СМП. В целом медицинский персонал всех категорий получил более 20 миллионов рублей. В рамках нацпроекта дорогостоящими новинками пополнилась техническая база лечебных учреждений района: кроме крупного оборудования, это электрокардиографы, фиброгастроскопы, аппара-

ты УЗИ, а также пять автомобилей скорой медицинской помощи марки «Газель». Была проведена дополнительная диспансеризация более двух тысяч работников учреждений бюджетной сферы и других работающих жителей района. Дополнительный осмотр прошли граждане, занятые на производстве с вредными и опасными факторами.

Конечно, за всеми нашими преобразованиями стоят люди, наши специалисты. И когда речь заходит о коллективе, я не могу удержаться от восторженных слов. Составляют его опытные, отзывчивые, преданные своему делу сотрудники. В наших врачебных кабинетах трудятся четыре кандидата наук, пять отличников здравоохранения, два заслуженных врача России и один заслуженный работник здравоохранения. Под стать ветеранам и молодые кадры. Один из них — заведующий отделением реанимации Владимир Геннадьевич Черемных, который в числе пятнадцати молодых врачей стал лауреатом губернаторской премии Томской области (два года назад он спас жизнь человеку, попавшему в бетономешалку).

Я действительно горжусь своим коллективом. Моей настоящей опорой стали первый заместитель главного врача, отличник здравоохранения, врач — организатор здравоохранения высшей категории Анатолий Михайлович Фролов; заместитель





Да и вообще, дали высокую оценку нашей врачебной деятельности. И это приятно. Мы в свою очередь многое узнали о том, как у них организуется работа по направлению «семейный доктор». Такое сотрудничество многое даёт для повышения самооценки и понимания общего процесса развития медицинских услуг. Получилось так, что к моменту принятия нацпроекта «Здоровье» мы подошли уже подготовленными. Не последнюю роль сыграло и то, что с того же 2000 года наша больница стала практической клинической базой для медицинского колледжа. А двумя годами позже — ещё и клинической базой для факультета высшего сестринского образования СибГМУ. С сентября 2002 года у нас открыта кафедра клинической практики и сестринского дела этого факультета. Такое сотрудничество взаимовыгодно. Мы стремимся использовать научный потенциал Сибирского государственного медицинского университета, который является одним из самых мощных в Сибири, а наши партнёры имеют возможность вести практическое обучение врачей и медицинских сестёр. Что же касается наших пациентов, то они у нас в больнице всегда найдут высококвалифицированную медицинскую и консультативную помощь. ■

главного врача по детству и родовспоможению, заслуженный врач России, врач-педиатр высшей категории Светлана Анатольевна Щирова; заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, врач высшей категории Ирина Карловна Копцева; заместитель главного врача по клинической работе Виктор Владимирович Дмитрук. Благодаря им постоянно отслеживаются качество и объём медицинской помощи на территории района, идёт принятие своевременных управленческих решений. А это позволяет нам оказывать первичную медико-санитарную помощь на достаточно высоком уровне.

— **Юрий Иванович, мы знаем, что это не единственный аспект, работая над которым вы сумели добиться успеха. Не менее плодотворно вы сотрудничаете и с зарубежными коллегами. Расскажите об этом.**

— То, что мы очень редко прибегаем к помощи областных лечебных учреждений, факт известный. Но не потому, что не имеем контактов, а как раз наоборот. Контакт есть, и дороги отличные. Просто со многими сложностями в состоянии наших больных мы справляемся сами. У нас и специалисты высокого уровня, и оборудование соответствующего качества. В 2000 году наша больница выиграла грант, работая с Американским международным союзом здравоохранения по теме «Первичная медико-санитарная помощь». Четыре года длилось наше сотрудничество. Вопросы, которые

мы успешно прорабатывали вместе, касались не только первичной медико-санитарной помощи, но и лидерства в сестринском деле. Этот опыт нам особенно пригодился, когда у нас в России начал действовать ПНП «Здоровье». В Томской области в это время появился пилотный проект по организации общих врачебных практик. В 2000 году была создана Ассоциация средних медицинских работников как раз в рамках лидерства в сестринском деле. В том же году наши заокеанские коллеги из штата Миннесота впервые побывали в Сибири. С удовольствием отмечу: нам было что показать. Например, они очень заинтересовались работой наших фельдшерско-акушерских пунктов.

На территории Томского района в 1998 году создано пять медицинских округов во главе с базовыми ЛПУ — муниципальными учреждениями здравоохранения, которые являются юридическими лицами, имеют свои уставы и самостоятельное финансирование.

Коечный фонд — 266 коек круглосуточного пребывания. Обеспеченность койками — 33,3 на 10 тысяч населения. Мощность амбулаторно-поликлинической службы составляет 1 320 посещений в смену; при поликлиниках также открыто 210 коек дневного стационара.

Обслуживаемое население — 81 393 человека, в том числе городское — 20 680 человек.

В ЛПУ трудятся 178 врачей и 457 средних медицинских работников. Обеспеченность врачами составляет 21,3 на 10 тысяч населения, средних медицинских работников — 56,1.





Негосударственное учреждение здравоохранения

«Отделенческая больница на станции Златоуст» ОАО «РЖД»

Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая больница на станции Златоуст» ОАО «РЖД» – многопрофильное лечебное учреждение с поликлиникой на 375 посещений в смену и стационаром на 180 коек, включающим терапевтическое, неврологическое, гинекологическое, хирургическое отделения. В состав Отделенческой больницы входят линейные амбулатории на станциях Вязовая, Кропачёво, Миасс, Нязепетровск, Бердяуш – общей протяжённостью 724 км.

Медицинское обеспечение безопасности движения поездов, требующее большой ответственности и специальной подготовки, – специфическая часть работы железнодорожных медиков. Коллектив больницы обслуживает 35 245 человек, в том числе 11 048 железнодорожников, а также проводит мероприятия по охране здоровья работников отрасли и членов их семей.

Больница оснащена новейшим медицинским оборудованием, высокими технологиями. В ней трудится опытный и профессиональный медицинский персонал. Двое из членов коллектива – кандидаты медицинских наук, семь врачей имеют высшую квалификационную категорию. Руководит коллективом главный врач Игорь Петрович Дубич.

Для лечения пациентов здесь созданы все условия. Скорейшему выздоровлению способствуют атмосфера доброжелательности и комфорта. Например, в стационаре лечебного учреждения имеется 9 одноместных и 16 двухместных палат, в том числе 8 – повышенной комфортности, с холодильником, душем, телевизором и санузелом.

Диагностическую основу в Отделенческой больнице обеспечивают цифровая рентгеновская аппаратура и ультразвуковая диагностика: аппарат Philips позволяет проводить исследования сердца, брюшной полости, простаты, гинекологической патологии, межпозвонковых дисков, щитовидной и молочной желёз и другие.

Приоритетным лечением в хирургическом отделении является применение малотравматичных эндоскопических вмешательств с использованием современного эндоскопического оборудования фирм OLYMPUS, PENTAX, DUFNER. Два года назад внедрён инновационный метод молекулярно-резонансной хирургии на аппарате Vesalius, обеспечивающий малотравматичность операций, быстрое послеоперационное заживление раны, сокращение длительности операции. Осваивается эстетическая хирургия, проводятся такие операции, как липосакция, абдоминопластика.

Физиотерапевтическое отделение предоставляет пациентам все виды классического массажа, а также лазеро- и магнитотерапию, ультразвуковое лечение, электролечение, ультразвуковые ингаляции.

В гинекологическом отделении осуществляются малоинвазивные оперативные вмешательства на органах малого



Игорь Дубич, главный врач больницы

В лаборатории больницы проводятся всевозможные виды исследований. Для диагностики заболеваний сердца, контроля свёртывающей системы крови проводятся исследования на миоглобин, тропонины, АСТВ, МНО.

Больница оказывает медицинскую помощь по Программе обязательного



и добровольного медицинского страхования, а также в рамках государственного заказа на оказание помощи территориальному населению. Ежегодно расширяется спектр услуг за счёт введения платных форм диагностики и лечения.

Высокий кадровый потенциал, полный объём материально-технического оснащения обеспечивают высокий уровень предварительных

и периодических медосмотров людей, связанных с движением поездов, с вредными условиями труда, даёт большие возможности для проведения мероприятий по охране здоровья населения.

456205, Челябинская область,
г. Златоуст, ул. Щербакова, 2
Тел./Факс.: (3513) 69-39-49, 69-22-47



таза, проводятся обследования по бесплодию, обследования на внутриутробные инфекции и другие.

Отделение функциональной диагностики проводит электрокардиограмму, велоэргометрию, холтеровское мониторирование, спирографию, ЭЭГ, реовазографию и т. д.



Четвёртая Китайско-Российско-Монгольская выставка по науке

■ ФОТОРЕПОРТАЖ АНАСТАСИИ НЕФЕДОВОЙ



Организаторы выставки:

Министерство науки и техники Китая, Природно-техническое управление науки и техники АРВМ, Правительство Новосибирской области, «ЭкспоНовосибирск – международные выставки», некоммерческое партнёрство «Сибирско-китайское сотрудничество»

Тематика выставки:

сотрудничество между научно-исследовательскими институтами Китая, России, Монголии



ИТехнике в Маньчжурии — ярмарка инновационных технологий

авительство АРВМ,
тво города Маньчжурия,
тавочные проекты»,
йский деловой альянс».

скими институтами



Организация
деловых поездок
по Юго-Восточной Азии

ЭкспоНовосибирск
Международный выставочный проект
ExpoNovosibirsk
International Exhibition Project

Россия, г. Новосибирск, Красный проспект, 29,
оф. 31. Тел.: (383)222-44-78, 254-06-76, 354-06-77, www.exponorsk.ru

