

# КТО ОСТЬ ОТЯ

Who is Who

№7(71)

2014

В М Е Д И Ц И Н Е

Михаил Мурашко,  
врио руководителя  
Федеральной  
службы  
по надзору  
в сфере  
здравоохранения:

«Главная миссия  
Росздравнадзора –  
обеспечение  
эффективности  
и безопасности  
медицинской  
помощи  
пациенту»

с. 12





Группа компаний «Novair» – один из ведущих мировых производителей систем генерирования кислорода, вакуумных станций и станций сжатого воздуха.



Головной офис и производственная база «Novair group» находятся во Франции. Современное оборудование Novair и Oxyplus для централизованного снабжения медицинскими газами работает более чем в 500 лечебных учреждениях в 70 странах мира.

### Концентраторы кислорода

Компания «OXYPLUS Technologies» входит в состав «Novair group» и производит кислородные концентраторы с 1995 года, постоянно совершенствуя и развивая технологии, чтобы выпускаемые концентраторы кислорода были наиболее качественными и надежными из существующих на рынке.

#### Серия PREMIUM HF

**Чистота 95 % ± 1 %.**

**Производительность:**

**от 42 до 1533 л/мин.**

Стационарные концентраторы кислорода для больниц с операционными залами и палатами реанимации.



#### Серия ModulO2

**Чистота 93 % ± 3 %.**

**Производительность:**

**от 10 до 20 л/мин.**

Мобильные и компактные генераторы кислорода, адаптированные для небольших лечебных учреждений и автономных отделений больницы.



### Станции сжатого воздуха для лечебных учреждений

Станции NOVAIR производят сжатый воздух медицинского качества в соответствии с мировыми стандартами. Системы могут комплектоваться масляными и безмасляными поршневыми или винтовыми компрессорами (производительность от 4 до 978 м³/ч), адсорбционными или рефрижераторными осушителями воздуха (производительность от 20 до 360 м³/ч) и специальной системой «Pharmagas», которая обеспечивает многоступенчатую очистку, в том числе антибактериальную инактивацию, чтобы обеспечить необходимую для медицинского применения чистоту.



### Станции централизованного вакуума для лечебных учреждений

За десятилетия эксплуатации наши вакуумные станции зарекомендовали себя как надежное и простое в обращении, установке и обслуживании оборудование. Их производительность варьируется от 12 до 1216 м³/мин.

Возможны различные конфигурации:

- Горизонтальные станции вакуума: смонтированы на раме ресивера.
- Вертикальные станции вакуума: смонтированы в вертикальной стальной раме.
- Модульные станции вакуума.
- На подставках и в контейнерах: в соответствии с техническим заданием заказчика.



В России более 50 больниц в 25 регионах используют оборудование «Novair group»



Официальный дистрибьютор  
Novair и Oxyplus Technologies в РФ.

Адрес: 125080, г. Москва,  
Волоколамское шоссе, д.1, стр.1, офис 208.7  
Почтовый адрес: 125080, г. Москва, а/я 71

7 (499) 553-01-94  
(многоканальный)  
[www.complexair.com](http://www.complexair.com)  
[info@complexair.com](mailto:info@complexair.com)



## IX 5

Полнофункциональный вентилятор  
для новорожденных,  
детей и взрослых.

## Охуаг

Реанимационный транспортный  
вентилятор для всех  
групп пациентов: новорожденные,  
дети, взрослые



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ

**КТО ЕСТЬ КТО**  
Who is Who  
 в медицине

Журнал издаётся с 2003 года  
 Онлайн-версия: [www.ktovmedicine.ru](http://www.ktovmedicine.ru)

Учредитель, главный редактор  
**Дмитрий НЕФЁДОВ**

Первый заместитель  
 главного редактора  
**Анастасия НЕФЁДОВА**  
 Заместители главного редактора  
**Наталья НУЙКИНА**  
**Мария НИГМАТУЛЛИНА**  
**Виктор КУТОВ**

Шеф-редактор  
**Наталья ЗАДОРЖНАЯ**  
 Редактор  
**Екатерина ШИПИЦИНА**  
 Редактор по работе с авторами  
**Светлана ЛЫБИНА**

Ведущий дизайнер  
**Надежда ВОРОНКОВА**  
 Дизайнер-верстальщик  
**Ирина КАРЕЛИНА**

Корректор  
**Татьяна САВИСЬКО**

Администратор редакции  
**Ольга КЛЕВАКИНА**

Связи с общественностью  
**Сергей КОСОВ**

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

Журнал «Кто есть кто в медицине» зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-26672 от 28.04.2003 (21.12.2006 – перерегистрация).

Отпечатано в типографии ООО «Риммини», г. Москва, ул. Вере́йская, д. 29, стр. 32 А  
 Тираж 7000 экз.  
 Подписано в печать 17.11.2014

Все права защищены. Перепечатка материалов без разрешения редакции запрещена. При использовании и цитировании материалов ссылка на источник обязательна. Редакция не несёт ответственности за содержание рекламных материалов. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Журнал распространяется на территории РФ. В свободную продажу не поступает. Фото на обложке: Анастасия Нефёдова ©

**16+** Журнал может содержать контент, не предназначенный для лиц младше 16 лет

Адрес редакции: 107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1.

Телефоны: (499)704-04-24 (многоканальный), (495)962-12-22, +7(916)346-50-57 (мобильный).  
 E-mail: 9621222@mail.ru

Филиал по Уральскому, Сибирскому, Дальневосточному федеральным округам РФ: 644043, г. Омск, ул. Фрунзе, 40, к. 7.

Телефон/факс (3812)21-25-03  
 E-mail: m9621222@mail.ru

Официальный сайт редакции:  
[www.kto-kto.ru](http://www.kto-kto.ru)

## Редакционно-экспертный совет



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



**КУЛАКОВ**  
**Анатолий Алексеевич**  
 директор Центрального научно-исследовательского института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, лауреат премии Правительства РФ



**ЯКОВЛЕВА**  
**Татьяна Владимировна**  
 заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ



**АПОЛИХИН**  
**Олег Иванович**  
 директор НИИ урологии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор



**КУЗЬМЕНКО**  
**Михаил Михайлович**  
 председатель Профессионального союза работников здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, академик Академии медико-технических наук РФ, заслуженный врач РФ



**ЛУКУТЦОВА**  
**Раиса Тимофеевна**  
 председатель Российского Красного Креста



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



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



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



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



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



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



**МИХАИЛ МУРАШКО**,  
врио руководителя  
Федеральной службы  
по надзору в сфере  
здравоохранения  
с. 12



**АНДРЕЙ КОРОТЕЕВ**,  
директор  
ФГБУ «Информационно-  
методический центр  
по экспертизе, учёту  
и анализу обращения средств  
медицинского применения»  
Росздравнадзора  
с. 16



**ИГОРЬ КОЗЛОВ**,  
директор  
ФГБУ «Всероссийский  
научно-исследовательский  
и испытательный институт  
медицинской техники»  
с. 18



**ИГОРЬ ИВАНОВ**,  
генеральный директор  
ФГБУ «Центр мониторинга  
и клинко-экономической  
экспертизы» Росздравнадзора  
с. 20



**ЕЛЕНА МАКСИМИКИНА**,  
директор Департамента  
лекарственного обеспечения  
и регулирования обращения  
медицинских изделий  
Минздрава России  
с. 24



**АНДРЕЙ КУЛИКОВ**,  
профессор кафедры  
организации лекарственного  
обеспечения и фармако-  
экономики Первого МГМУ  
им. И.М. Сеченова  
с. 25



**ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВА**,  
клинический фармаколог  
отдела Управления качеством  
медицинской помощи,  
г. Санкт-Петербург  
с. 26



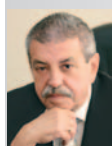
**СЕРГЕЙ КОСОВ**,  
генеральный директор  
компании «БИАС»,  
г. Москва  
с. 27



**АЛЕКСЕЙ ГРИНЁВ**,  
генеральный директор  
компании «ЦЕНТРОЛОД»  
с. 29



**ВЛАДИМИР УЙБА**,  
руководитель  
ФМБА России  
с. 30



**МИХАИЛ КУЗЬМЕНКО**,  
председатель  
Профессионального союза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации  
с. 36



**СЕРГЕЙ МИРОНОВ**,  
президент  
Ассоциации травматологов-  
ортопедов  
России  
с. 42



**ИНГА КОКАРЕВА**,  
руководитель  
Амбулаторно-поликлинического  
центра – ГП № 64  
г. Москвы  
с. 48



**ВАДИМ МИЛЕНИН**,  
главный врач  
Детской стоматологической  
поликлиники № 41  
Северо-Западного  
административного округа  
Москвы  
с. 52



**ОЛЬГА ЛЕБЕДЕВА**,  
главный врач  
ОГБУЗ «Поликлиника № 6»,  
г. Смоленск  
с. 56



**АЛЁНА ГАВРИЛОВА**,  
заведующая  
амбулаторно-поликлиническим  
отделением для обслуживания  
детского населения БУЗ  
Омской области  
«Наркологический  
диспансер»  
с. 60



**ЛАРИСА БЕЛОЦЕРКОВЦЕВА**,  
главный врач  
БУ «Сургутский клинический  
перинатальный центр»  
с. 62



**ТАТЬЯНА ЛАЗАРЕВА**,  
главный врач  
казённого учреждения  
ХМАО – Югры «Центр  
профилактики и борьбы  
со СПИД»  
с. 66



**АЛЕКСАНДР ГЛАЗУНОВ**,  
руководитель  
Бюро Главной судебно-  
медицинской экспертизы  
ФМБА России  
с. 70



**НИКОЛАЙ ГОРЯЕВ**,  
главный врач  
Краевой больницы № 3  
Забайкальского края  
с. 72

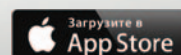


**РАУШАН ДОСМАГАМБЕТОВА**,  
ректор Карагандинского  
государственного  
медицинского университета,  
Республика Казахстан  
с. 76



## ЧИТАЙТЕ СТАТЬИ СВОИХ КОЛЛЕГ И ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К ДИАЛОГУ

онлайн-версия журнала  
[www.ktovmedicine.ru](http://www.ktovmedicine.ru)





Анастасия Нефедова

## Главный конкурс медицинского сообщества России: «Мы гордимся нашими победителями!»

■ Ольга Колесниченко

*В Государственном центральном концертном зале «Россия» состоялась церемония награждения победителей Всероссийского конкурса врачей и Всероссийского конкурса специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Министр здравоохранения России Вероника Скворцова поздравляла победителей.*

Конкурс проходит уже четырнадцатый раз, следующий год юбилейный. А этот год тоже будет отмечен в истории конкурса особо, так как впервые в число номинаций вошли средние медицинские специальности: «Лучший фельдшер», «Лучшая акушерка», «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая участковая медицинская сестра», «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучший лаборант». Конкурс открыт и демократичен. Врачи и медсёстры могут даже выдвигать себя сами для прохождения отборочных туров, но обычно рекомендуют врача на конкурс медучреждения, общественные организации или пациенты.

«С каждым годом конкурс становится всё более важным и значи-

мым, — отметила **Вероника Скворцова** перед началом церемонии награждения победителей. — Лучшие назначаются не искусственно, их выбирают трудовые коллективы. Это специалисты, проработавшие не менее десяти лет в медицине и не менее пяти лет в той медицинской организации, которая выдвигает их на конкурс. Критерии, предъявляемые к конкурсантам, касаются не только высоких оценок со стороны коллег, но, что особенно важно, это должны быть доктора, любимые своими пациентами, добрые и отзывчивые люди, кто всей душой служит своей профессии».

«Государство уделяет беспрецедентное внимание здравоохранению, медицинской науке, и мы по-

нимаем, что укрепление кадрового потенциала — это необходимость, без которой отрасль развиваться не может. Очень радует тот факт, что на современном этапе мы наблюдаем пик увлечённости медициной среди современной молодёжи. Это лучшие из лучших — самые высокие баллы по ЕГЭ у тех ребят, которые приходят в медицинские вузы.

Также нужно отметить, что в этом году на 27 тысяч увеличилось число ребят, которые поступили в медицинские колледжи, где впервые за последние годы конкурс составил 6 человек на одно место. Для отрасли здравоохранения это очень позитивный знак, так как фельдшеры и медсёстры — это базовые фигуры, на них опирается система первичной медицинской помощи. Сегодня они не просто помощники врачей, а персонал с абсолютно самостоятельными задачами и функциями. В удалённых фельдшерско-акушерских пунктах они даже отчасти выполняют функции врачей, фельдшерами в основном укомплектована скорая медицинская помощь, на их плечи ложится паллиативная помощь и патронажная помощь на дому. К среднему звену нужно относиться



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова

с таким же уважением, как к врачам. Нам необходимо довести соотношение врач : средний медицинский работник до модельного международного уровня 1 : 3 или 1 : 5. И мы почти приблизились к этим стандартам. Сегодня формируется новое поколение медицинских специалистов, хорошо образованных, высокопрофессиональных и чистых душой. Наш конкурс вносит свой вклад в формирование этого нового поколения, а также в повышение статуса медицинской профессии», — подчеркнула министр здравоохранения.

Вероника Скворцова особо отметила, что принимаются не только меры по повышению престижа медицинской профессии, но и полностью переоснащены учебные базы. Средний медперсонал готовят теперь в таких же современных компьютерных тренинговых центрах, как и в медицинских вузах. Такой уровень подготовки повысил и интерес к профессии медсестры, и требования к учащимся.

Обращаясь уже к залу, министр здравоохранения сказала: «Сегодня здесь собрались специалисты, которые не просто ведут отечественную медицину вперёд, а помогают воспитывать 2,5 миллиона медицинских работников нашей страны — около 600 тысяч врачей и огромную армию среднего медицинского персонала. Наша профессия особая, без неё не проживёт ни одна семья, ни один человек, без неё невозможно родиться и невозможно перенести те испытания, которые каждому судьба посылает в виде болезней. Врачи — это не

просто профессионалы, они должны быть ещё и добрыми людьми, которые в беде не воспользуются слабостью и уязвимостью другого человека, а помогут каждому человеку. Мы гордимся нашими победителями!».

Под аплодисменты на сцену поднимались доктора и медицинские сёстры. В каждой номинации было по три призовых места, а тому, кто занял первое место, торжественно вручили Хрустальную Гигиену — статуэтку древнегреческой богини здоровья.

Собравшихся в зале призёров конкурса приветствовали ведущие учёные страны, среди них — генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава РФ, академик РАН Евгений Чазов, директор Научного центра здоровья детей, академик РАН Александр Баранов, директор Московского НИИ пульмонологии Минздрава РФ, академик РАН Александр Чучалин.

**Евгений Чазов** обратился к собравшимся врачам и медсёстрам со сцены с напутствием: «Врач должен понимать, что перед ним не просто пациент как гражданин, а как близкий человек, которому он отдаёт все свои знания и всю свою любовь. Наши победители — это как раз те, кто создаёт медицину, любящую и уважающую народ». Слова академика Чазова о человеколюбии сегодня, когда в мире всё больше разгорается пожар войны, звучат особенно актуально. Евгений Чазов был первым в истории врачом, кто создал международное движение «Врачи мира за предотвращение ядерной войны». В 1985 году ему присуждена Нобелев-

ская премия мира. Чем больше будет людей, посвятивших свою жизнь медицине, тем более человеколюбивым и гуманным будет общество. Задача врача — не только заботиться о здоровье нации, но и хранить свет человеколюбия.

В этом году были награждены 123 специалиста со всех регионов России в 41 номинации. Врачи и медсёстры, приехавшие в Москву на церемонию награждения из самых разных городов и сёл России, выражали глубокую признательность за высокую оценку их труда министру Веронике Скворцовой и своим наставникам, учителям, сидящим в зале. Участники признались, что этот конкурс — самый главный для медицинского сообщества России. Его ждут, на него равняются, им гордятся, считая конкурс особым знаком признания в профессии. Со сцены звучали призывы не прятать дипломы дома, а размещать их в своих рабочих кабинетах, чтобы и коллеги, и пациенты видели результаты усилий медицинского сообщества и государства. Призёры пообещали, что не остановятся на достигнутом и будут с ещё большим рвением осваивать новые технологии, новые знания, новые методики, чтобы россияне были здоровой и благополучной нацией. И главное обещание — хранить доброе отношение к людям, к пациентам всю свою долгую профессиональную жизнь и передавать новому поколению медицинских работников не только свой профессиональный опыт, но и умение относиться к лечебному делу с душой, а к людям — с любовью и участием. ■



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова

## Победители Всероссийского конкурса врачей

### Номинация «Лучший анестезиолог-реаниматолог»

**Данилов Александр Владимирович**, заведующий отделением анестезиологии-реанимации № 1, врач анестезиолог-реаниматолог, БУЗ «Областная клиническая больница», Омская область

**Демьяник Олег Александрович**, заведующий отделением, врач анестезиолог-реаниматолог, ГБУЗ «Областной перинатальный центр», Челябинская область

**Унжаков Виталий Владимирович**, врач анестезиолог-реаниматолог, КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский край

### Номинация «Лучший врач лучевой диагностики»

**Чернова Оксана Николаевна**, заведующая отделением РКТ, ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», Челябинская область

**Хамнуев Георгий Филиппович**, врач-рентгенолог, заведующий рентгеновским кабинетом, ОГБУЗ «Осинская ЦРБ», Иркутская область

**Фомина Светлана Викторовна**, врач-рентгенолог, ГБУЗ «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова», Самарская область

### Номинация «Лучший врач инструментальной диагностики»

**Винокурова Ирина Геннадьевна**, заведующая отделением функциональной диагностики, врач функциональной диагностики, КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр «Вивея» Министерства здра-

воохранения Хабаровского края», Хабаровский край

**Олевская Елена Рафаиловна**, заведующая эндоскопическим отделением, врач-эндоскопист, ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница», Челябинская область

**Дерновой Бронислав Фёдорович**, заведующий, врач кабинета функциональной диагностики, ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Коми», Республика Коми

### Номинация «Лучший врач лабораторной диагностики»

**Андреева Татьяна Всеволодовна**, заведующая гормональной лабораторией, врач-лаборант, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», Красноярский край

**Полоз Татьяна Львовна**, заведующая цитологической лабораторией, врач-цитолог, НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД», Новосибирская область

**Партылова Елена Александровна**, врач клинической лабораторной диагностики, ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», Свердловская область

### Номинация «Лучший невролог»

**Борт Антон Андреевич**, заведующий неврологическим отделением, врач-невролог, БУЗОО «Областная клиническая больница», Омская область

**Гудкова Анна Алексеевна**, заместитель директора по медицинской части, врач-невролог, ГБУЗ «Научно-практический психонев-

рологический центр Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

**Колчина Эмма Михайловна**, заведующая неврологическим отделением, врач-невролог, ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Уфа», Республика Башкортостан

### Номинация «Лучший неонатолог»

**Полянская Светлана Александровна**, врач-неонатолог, ГБУЗ «Детская клиническая больница», г. Тамбов

**Супрунец Светлана Николаевна**, заведующая отделением анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии новорождённых, врач неонатолог-анестезиолог-реаниматолог, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2» г. Тюмень, Тюменская область

**Ульнирова Елена Генриховна**, врач-неонатолог отделения недоношенных и патологии новорождённых, ГУ «Республиканская детская больница», Республика Коми

### Номинация «Лучший оториноларинголог»

**Вавин Вячеслав Валерьевич**, заведующий оториноларингологическим отделением, врач-оториноларинголог, ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», Кемеровская область

**Желтова Анна Николаевна**, врач-оториноларинголог поликлиники № 1, БУЗ «Воронежская областная клиническая больница № 2», Воронежская область

**Магидова Елена Алексеевна**, врач-оториноларинголог, ОГБУЗ «Поликлиника № 6», Смоленская область





Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова

## Номинация «Лучший педиатр»

**Родыгина Надежда Васильевна**, заведующая педиатрическим отделением, врач-педиатр, ГБУЗ НО «Мошковская ЦРБ», Новосибирская область

**Тимофеева Татьяна Викторовна**, заведующая отделением вакцинопрофилактики консультативно-диагностической поликлиники, врач-педиатр, ГУЗ «Липецкая областная клиническая инфекционная больница», Липецкая область

**Торхова Людмила Александровна**, врач-педиатр, МУЗ ЛМР МО «Духовицкая ЦРБ», Московская область

## Номинация «Лучший психиатр»

**Калмыков Юрий Алексеевич**, врач-психотерапевт, ГБУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Республика Татарстан

**Жегулёва Татьяна Анатольевна**, заведующая диспансерным отделением, врач-психиатр, ГБУЗ НО «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», Новосибирская область

**Тулупова Ольга Викторовна**, заведующая отделением принудительного лечения, врач-психиатр, ГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбовская область

## Номинация «Лучший терапевт»

**Волкова Ольга Геннадьевна**, заведующая терапевтическим отде-

лением, врач-терапевт, МБУЗ «ГКБ городского округа Жуковский», Московская область

**Минакова Елена Васильевна**, врач-терапевт, БУЗ ВО «Павловская ЦРБ», Воронежская область

**Клочкова Галина Владимировна**, врач-ревматолог терапевтического отделения № 5 поликлиники для взрослых «Нефтяник», МБУЗ «Городская поликлиника № 4», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра

## Номинация «Лучший участковый терапевт»

**Дуспанова Сагира Тулегеновна**, врач участковый терапевт, МБУЗ «Городская больница № 3», г. Прокопьевск, Кемеровская область

**Панова Любовь Андреевна**, врач участковый терапевт, ММАУ «Городская поликлиника № 5», Тюменская область

**Шокина Елена Евгеньевна**, врач участковый терапевт, ГУЗ «Поликлиника № 20», Волгоградская область

## Номинация «Лучший уролог»

**Николаев Сергей Николаевич**, заведующий уронефрологическим отделением, ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 13», г. Москва

**Феофилов Игорь Викторович**, врач-уролог урологического отделения с рентгенооперационным кабинетом, ГБУЗ НО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирская область

**Триандафилов Константин Александрович**, заведующий отделением, врач-уролог, КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», Кировская область

## Номинация «Лучший участковый педиатр»

**Нарусон Наталья Петровна**, врач педиатр участковый, МБУЗ «Детская городская больница», г. Прокопьевск, Кемеровская область

**Кривохижа Надежда Петровна**, заведующая педиатрическим поликлиническим отделением, врач педиатр участковый, ГБУЗ «Городская больница г. Медногорска», Оренбургская область

**Богданова Светлана Павловна**, врач педиатр участковый Бегуницкой амбулатории, ГБУЗ ЛО «Волосовская МБ», Ленинградская область

## Номинация «Лучший эндокринолог»

**Милютин Владимир Игоревич**, заведующий 2-м эндокринологическим отделением, врач-эндокринолог, КОГБУЗ «Кировская клиническая больница № 7», Кировская область

**Бахтина Зоя Энверовна**, заведующая эндокринологическим лечебно-консультативным центром, врач-эндокринолог, РЭЦ ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», г. Архангельск

**Петренко Елена Владимировна**, врач-эндокринолог, КГБУЗ «Тальменская ЦРБ», Алтайский край

## Номинация «Лучший акушер-гинеколог»

**Нартова Светлана Юрьевна**, заведующая акушерско-гинекологическим стационаром перинатального центра, врач-акушер-гинеколог БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронежская область

**Шостак Ирина Анатольевна**, заведующая гинекологическим отделением № 1, врач-акушер-гинеколог, ГАУ КО «Региональный перинатальный центр», г. Калининград

**Гонзюк Светлана Николаевна**, главный врач, врач акушер-гинеколог, МБУ «Перинатальный центр» Управления здравоохранения администрации г. Новороссийска, Краснодарский край

## Номинация «Лучший военный врач»

**Прокин Евгений Генрихович**, главный медицинский специалист, врач анестезиолог-реаниматолог, ФГКУ ГКВГ ФСБ России, Московская область

**Дрёмин Дмитрий Анатольевич**, заместитель начальника отдела — начальник отделения, врач отдела лучевых методов диагностики, ФКГУ ГКВГ ФСБ России, Московская область

**Луппова Ирина Валерьевна**, начальник отдела нейрореабилитации реабилитационного центра, ЗФ ФКУЗ «ГКГ» МВД России, г. Москва

## Номинация «Лучший врач медицинской реабилитации»

**Бигбаева Наталья Фёдоровна**, заведующая отделением спортивной медицины, врач по лечебной физкультуре и спортивной медицине, ГАУЗ «Республиканский лечебно-физкультурный диспансер», Республика Башкортостан

**Адулас Елена Игоревна**, заведующая реабилитационным отделением, врач по лечебной физкультуре, ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 44», г. Санкт-Петербург

**Раднаева Татьяна Валериановна**, заведующая отделением, врач-физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре и спортивной медици-

не, ГАУЗ «Детская больница «Саган-Дали», пос. Оршан, Республика Бурятия

## Номинация «Лучший врач общей практики»

**Мещанинов Игорь Владимирович**, врач общей практики, ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница», Пензенская область

**Шашова Наталья Леонидовна**, врач общей практики отделения общей врачебной практики, ММАУ «Городская поликлиника № 17», Тюменская область

**Мукина Ольга Борисовна**, врач общей практики Баскаковской врачебной амбулатории, ОГБУЗ «Гагаринская ЦРБ», Смоленская область

## Номинация «Лучший врач службы крови»

**Шихмирзаев Тахир Алхолович**, врач-трансфузиолог, КГБУЗ «Краевая станция переливания крови» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский край

**Сендерова Ольга Михайловна**, врач-гематолог консультативно-диагностической поликлиники, ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак почёта» Областная клиническая больница», Иркутская область

**Костикова Оксана Николаевна**, врач-трансфузиолог, ГБУЗ «Станция переливания крови Калининградской области», г. Калининград

## Номинация «Лучший инфекционист»

**Дубинина Валентина Александровна**, заведующая дневным стационаром — врач-инфекционист, ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодарский край

**Ленив Иван Иванович**, врач-дерматовенеролог, ГБУЗ АО «Архангельский клинический кожно-венерологический диспансер», Архангельская область

**Кузнецова Анна Валерьевна**, главный врач — врач-инфекционист, КГБУЗ «Центр по профилактике

и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский край

## Номинация «Лучший кардиолог»

**Пермякова Нина Александровна**, врач-кардиолог, МБУЗ «Центральная районная больница Тисульского района», Кемеровская область

**Банщикова Геннадий Трофимович**, главный внештатный терапевт Департамента здравоохранения, врач-кардиолог, БУЗ «Областная клиническая больница», Вологодская область

**Кобцева Татьяна Михайловна**, врач-кардиолог, БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», Воронежская область

## Номинация «Лучший онколог»

**Сосновский Игорь Борисович**, заведующий 2-м онкологическим отделением, врач-онколог, ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», Краснодарский край

**Павлова Валерия Игоревна**, заведующая маммологическим центром, врач онколог-маммолог, ГБУЗ ТО «Областной онкологический диспансер», Тюменская область

**Лисянский Владимир Игоревич**, начальник онкологического отделения, врач-онколог, ФКУ ГК Военного госпиталя ФСБ России, г. Москва

## Номинация «Лучший офтальмолог»

**Гупало Ольга Даниловна**, начальник офтальмологического отделения, врач-офтальмолог, ФГУ Центральный клинический военный госпиталь ФСБ России, г. Москва

**Баларев Анатолий Юрьевич**, заведующий офтальмологическим отделением, врач-офтальмолог, МУЗ «Подольская городская клиническая больница», Московская область

**Рябоконева Елена Павловна**, заведующая отделением, врач-офтальмолог, ГБУЗ «Архангельская клиническая офтальмологическая больница», г. Архангельск

## Номинация «Лучший руководитель медицинской организации»

**Нагибин Олег Александрович**, главный врач, ГБУ РО «Городская поликлиника № 2», Рязанская область

**Фокина Альбина Павловна**, главный врач, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 4», Красноярский край

**Бадаев Феликс Иосифович**, главный врач, ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1», Свердловская область

## Номинация «Лучший санитарный врач»

**Плесовских Дмитрий Михайлович**, заведующий отделением экспертиз ионизирующих излучений, врач по радиационной гигиене, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Омской области», г. Омск

**Рожкова Елена Владимировна**, заведующая отделением эпидемиологии, врач-эпидемиолог, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Башкортостан», Республика Башкортостан

**Аухимович Светлана Генриховна**, заведующая отделением социально-гигиенического мониторинга, врач по коммунальной гигиене, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области», г. Ростов-на-Дону

## Номинация «Лучший врач скорой медицинской помощи»

**Николов Михаил Михайлович**, заместитель главного врача, врач скорой медицинской помощи, МБУЗ «Березниковская городская станция скорой медицинской помощи», Пермский край

**Игнатъев Геннадий Иванович**, врач скорой медицинской помощи (группа интенсивной терапии), КГБУЗ «Станция скорой медицинской помощи, г. Барнаул», Алтайский край

**Кириченко Юрий Николаевич**, врач скорой медицинской помощи врачебной общепрофильной выездной бригады Ленинской подстанции, ГБУЗ НО «Станция скорой медицинской помощи

г. Нижний Новгород», Нижегородская область

## Номинация «Лучший сельский врач»

**Шахмурадова Марьяна Салаватовна**, заведующая терапевтическим отделением поликлиники, ГБУЗ «Грачёвская ЦРБ», Ставропольский край

**Замбахидзе Георгий Полякаторович**, заведующий больницей, МБУЗ «Курганинская ЦРБ» Темиргоевская участковая больница, Краснодарский край

**Яковенко Владимир Алексеевич**, заведующий Болхунской участковой больницей, ГБУЗ АО «Ахтубинская районная больница», г. Астрахань

## Номинация «Лучший травматолог-ортопед»

**Стрельцов Андрей Владимирович**, заведующий отделением детской травматологии, врач травматолог-ортопед, ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирская область

**Щербаков Михаил Александрович**, врач травматолог-ортопед, заведующий отделением травматологии № 2, ГБУЗ «ГКБСМП им. Г.А. Захарьина», г. Пенза, Пензенская область

**Герасимов Олег Николаевич**, заведующий травматологическим отделением, врач травматолог-ортопед, МБУЗ «Городская больница» Осинниковского городского округа, Кемеровская область

## Номинация «Лучший фтизиатр»

**Тавровская Вера Ивановна**, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, врач-фтизиатр, ГКУЗ КО «НКПТД», Кемеровская область

**Шукаева Ольга Михайловна**, заведующая детским диспансерным отделением, врач-фтизиатр, ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулёзный диспансер», Республика Башкортостан

**Баскакова Александра Егоровна**, заведующая городским пульмонологическим центром, врач-

пульмонолог, ОГБУЗ «Окружная больница Костромского округа № 1», Костромская область

## Номинация «Лучший хирург»

**Глухов Владимир Иванович**, заведующий хирургическим отделением, врач-хирург, КГБУЗ «Октябрьская ЦРБ», Приморский край

**Дробышев Алексей Юрьевич**, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии, врач челюстно-лицевой хирург, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, г. Москва

**Аксельров Михаил Александрович**, заведующий детским хирургическим отделением № 1, ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Тюменская область

## Номинация «Лучший эксперт»

**Лупенко Ирина Валерьевна**, врач судебно-медицинский эксперт, заведующая отделом сложных экспертиз, БУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Омская область

**Рудаков Дмитрий Михайлович**, врач патологоанатом отдела общей патологии, МБУЗ «ГКБ № 13» ГО г. Уфа, Республика Башкортостан

**Азаров Павел Алексеевич**, заведующий отделом экспертизы трупов, врач судебно-медицинский эксперт, ГБУЗ КО ОТ «Новокузнецкое клиническое бюро судебно-медицинской экспертизы», Кемеровская область

## Номинация «Лучший стоматолог»

**Дремалин Андрей Васильевич**, врач стоматолог-терапевт, ГАУЗ КО «Областная клиническая стоматологическая поликлиника», Кемеровская область

**Муханова Лариса Хэшэгтуевна**, врач-стоматолог детский, ГАУЗ «Детская стоматологическая поликлиника», Республика Бурятия

**Кашина Софья Мидхатовна**, заведующая лечебным отделением, врач стоматолог-терапевт, МБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 4» ГО г. Уфа, Республика Башкортостан

## Специальная номинация

**Важенин Андрей Владимирович**, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», Челябинская область

**Мустафаев Магомед Шабавич**, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, ГБУЗ «Республиканская клиническая больница», Кабардино-Балкарская Республика

**Зленко Вячеслав Михайлович**, врач-эндоскопист, врач-гастроэнтеролог, МБУЗ «Городская поликлиника № 10», Ростовская область

## Победители Всероссийского конкурса специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием

### Номинация «Лучший фельдшер»

**Чудиновских Александр Михайлович**, фельдшер трассового пункта «Талица» ГБУЗ Свердловской области «Территориальный центр медицины катастроф», Свердловская область

**Балахтина Людмила Михайловна**, заведующая здравпунктом — фельдшер ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. С.З. Фишера», Волгоградская область

**Попова Валентина Дмитриевна**, фельдшер методического кабинета ГБУЗ «Баунтовская центральная районная больница», п. Багдарин, Республика Бурятия

### Номинация «Лучшая акушерка»

**Сулоева Елена Александровна**, старшая акушерка ГУЗ «Краевой центр планирования семьи и репродукции», Забайкальский край

**Мухаметзянова Эльвира Муратовна**, акушерка ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7», г. Казань, Республика Татарстан

**Шарманжиева Инга Анатольевна**, старшая акушерка женской консультации БУ Республики Калмыкия «Ики-Бурульская районная больница», п. Ики-Бурул, Республика Калмыкия

### Номинация «Лучшая медицинская сестра»

**Касымова Маргарита Андреевна**, медицинская сестра палатная ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск

**Рассохин Сергей Викторович**, медицинский брат, ГБУ Рязанской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Рязань

**Степановская Ольга Николаевна**, медицинская сестра-анестезист, БУЗ Вологодской области «Кичменгско-Городецкая центральная районная больница имени В.И. Коржавина», Кичменгский городок, Вологодская область

### Номинация «Лучшая участковая медицинская сестра»

**Андреева Лидия Николаевна**, участковая медицинская сестра, ГБУ Республики Саха (Якутия) «Якутская городская больница № 3», г. Якутск

**Курганова Ирина Викторовна**, медицинская сестра общей практики, ГБУ Самарской области «Самарская городская поликлиника № 6 Промышленного района», г. Самара

**Антипова Ольга Борисовна**, медицинская сестра участковая врачебной амбулатории п. Ручей ОГБУЗ «Усть-Кутская центральная районная больница», г. Усть-Кут, Иркутская область

### Номинация «Лучшая старшая медицинская сестра»

**Богущ Екатерина Александровна**, старшая медицинская сестра отделения реанимации и интенсивной терапии, ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер», г. Самара

**Бучко Ольга Александровна**, старшая медицинская сестра консультативной поликлиники БУЗ Омской области «Областная клиническая больница», г. Омск

**Осипова Наталия Алексеевна**, старшая медицинская сестра ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии», г. Астрахань

### Номинация «Лучший лаборант»

**Чекрякова Елена Николаевна**, фельдшер-лаборант клинко-диа-

гностической лаборатории ГБУЗ Нижегородской области «Городская клиническая больница № 3», Нижегородская область

**Итрина Оксана Николаевна**, фельдшер-лаборант ГАУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово

**Жавнова Виктория Викторовна**, лаборант клинко-диагностической лаборатории КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника № 1», г. Красноярск

### Номинация «Лучший фармацевт»

**Самсонова Ольга Викторовна**, фармацевт, Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городская больница № 15», г. Санкт-Петербург

**Соколова Наталья Ивановна**, старший фармацевт аптеки ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», г. Томск

**Кулешова Марина Михайловна**, фармацевт филиала областного государственного унитарного предприятия «Липецкфармация» Центральной аптеки № 18 г. Лебедянь, Липецкая область

### Номинация «За верность профессии»

**Сычева Ирина Семёновна**, старшая медицинская сестра, ГБУ Республики Марий Эл «Республиканская станция переливания крови», Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

**Гиенко Галина Ивановна**, главная медицинская сестра, ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород

**Суслопарова Галина Ивановна**, главная медицинская сестра Кировского областного ГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», г. Киров. ■

Новая форма,  
проверенно временем  
Димексида



## ДИМЕКСИД ГЕЛЬ

### Показания

- Лечение ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, деформирующего остеоартроза, артропатий, радикулита, невралгии тройничного нерва, ушибов, поврежденных связок, травматических инфильтратов, узловой эритемы.

### Преимущества

- Удобная в применении форма с 25% концентрацией действующего вещества;
- гель не имеет резкого запаха в отличие от раствора;
- препарат малотоксичен и не кумулируется, т.е. не накапливается в организме.

Спокойствие.  
Только спокойствие

НОВАЯ  
УПАКОВКА



## ВАЛЕМИДИН®

### Комбинированный состав:

- Валериана
- Пустырник
- Боярышник
- Мята
- Димедрол\*

\*Малая доза димедрола повышает эффективность и взаимодействие лекарственных настоек

### Преимущества:

- Валемидин обладает выраженным успокоительным и спазмолитическим действием, способствует естественному засыпанию, снижает артериальное давление, уменьшает тревожность.
- Не ухудшает память и мышление.
- Исключена возможность передозировки и привыкания.



Скорая помощь  
вашему сердцу



## НИТРОСПРИНТ

### Нитроглицерин

### Показания

- купирование приступов стенокардии;
- профилактика приступов стенокардии перед физической нагрузкой.

### Преимущества

- быстро и достаточно полно всасывается в системный кровоток через слизистую оболочку полости рта;
- эффективнее и дешевле (1 доза) подъязычной таблетки нитроглицерина\*;
- прозрачный флакон, пациент и врач видят остаток препарата;
- 4 года срок хранения;

\*В сравнении с сублингвальными таблетками нитроглицерина ООО «Фармамед».



## ИЗАКАРДИН

### Изосорбида динитрат

### Показания

- купирование и профилактика приступов стенокардии, в т.ч. перед физической нагрузкой;
- острый инфаркт миокарда, в т.ч. осложненный острой левожелудочковой недостаточностью.



### Преимущества

- высокая скорость купирования приступа и длительный терапевтический эффект до 2 часов;
- предотвращение следующих за болевым приступом ряда безболевых эпизодов ишемии миокарда;
- мягкое гипотензивное действие; низкая вероятность развития ложной толерантности и тахифилаксии.

Россия, Санкт-Петербург,  
5-й Верхний пер, 19  
(812) 647 02 46,  
farmamedspb.ru  
фармамед.рф

Фармамед.РФ

# Михаил Мурашко: «Росздравнадзор стал весомой опорой для здравоохранения»

■ ОЛЬГА КОЛЕСНИЧЕНКО

*В этом году Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения исполняется десять лет. За прошедшие годы Служба укрепила свои фонды, разработала новые законодательные инициативы и усовершенствовала методы контроля. О юбилее, достижениях и планах Росздравнадзора в интервью журналу рассказывает врио руководителя Михаил Мурашко.*

— **М**ихаил Альбертович, для Росздравнадзора 2014 год стал юбилейным — службе исполняется десять лет. Какова динамика её развития, насколько выросла служба за эти годы?

**Сегодня в Росздравнадзоре трудится почти полторы тысячи человек. Это опытные специалисты, все они являются экспертами в своём деле, десять процентов из них имеют учёные степени кандидатов и докторов наук, причём в разных сферах научной деятельности — медицинской, фармацевтической, технической, юридической. Кадровый потенциал службы столь велик, что позволяет с оптимизмом смотреть в будущее.**

— История Росздравнадзора началась в 2004 году, когда Указом Президента Российской Федерации была образована Служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Российской Федерации. При создании Службы в её центральном аппарате работало около ста тридцати специалистов, а в территориальных органах — пятьдесят сотрудников. Сегодня в Росздравнадзоре трудится почти полторы тысячи человек. Это опытные специалисты, все они являются экспертами в своём деле, десять процентов из них имеют учёные степени кандидатов и докторов наук, причём в разных сферах научной деятельности — медицинской, фармацевтической, технической, юридической. Кадровый потенциал службы столь велик, что позволяет с оптимизмом смотреть в будущее.

— **Это очень солидный коллектив. А какие ещё факторы, кроме человеческого, кадрового,**

**обуславливают столь успешную работу Росздравнадзора?**

— Кадровый состав — одна из трёх составляющих успеха в работе службы. Также важны предоставленный службе широкий круг полномочий и хорошая лабора-

торная база. Благодаря этим трём составляющим Росздравнадзор растёт и укрепляется с каждым днём, наполняя реальным смыслом ключевые цели организации здравоохранения: эффективность, доступность, безопасность и качество.

**Основной задачей Росздравнадзора сегодня является контроль за соблюдением законодательства и построением единой системы, обеспечивающей качественное оказание медицинской помощи на всей территории страны. А главная миссия Росздравнадзора — защита прав и интересов пациента, что осуществляется благодаря контролю качества оказания медицинских услуг населению, лекарственных средств и медицинского оборудования.**

— **Вы упомянули о широком круге полномочий. Что они включают?**

— Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения наделена следующими полномочиями:

— государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности;

— государственный контроль при обращении лекарственных средств;

— государственный контроль за обращением медицинских изделий;

— лицензирование отдельных видов деятельности, отнесённых к компетенции Росздравнадзора;

— контроль за реализацией мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье»;

— контроль осуществления полномочий в сфере здравоохранения, переданных на уровень субъектов Российской Федерации;

— контроль за реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации госучреждений, внедряющих информационные системы в здравоохранение;

— рассмотрение дел и составление протоколов об администра-

тивных правонарушений в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Стоит отметить, что основной задачей Росздравнадзора сегодня является контроль за соблюдением законодательства и построением единой системы, обеспечивающей качественное оказание медицинской помощи на всей территории страны. А главная миссия

Росздравнадзор — защита прав и интересов пациента, что осуществляется благодаря контролю качества оказания медицинских услуг населению, лекарственных средств и медицинского оборудования. Суммарно Росздравнадзор успешно выполняет более пятидесяти государственных функций и контролирует деятельность около 1,2 миллиона государственных, муниципальных и частных организаций, работающих в медицинской отрасли.

— **Есть какие-нибудь нововведения, расширяющие полномочия службы?**

— Правительство Российской Федерации ежегодно вносит в полномочия службы те или иные коррективы, что свидетельствует о необходимости усиления мер контроля по разным направлениям. В интересах защиты пациентов Росздравнадзор теперь осуществляет контроль за фондами обязательного медицинского страхования. Есть объективная необходимость усилить меры контроля, так как медицинские страховые компании, работающие по договорам с фондами, должны своевременно реагировать в случаях ущемления прав пациентов. Сегодня приходится констатировать, что так происходит не всегда. Ещё одно из последних изменений — наделение Росздравнадзора правом проверять процедуры прерывания беременности и проводить проверки в медицинских организациях по выявлению случаев курения в незаконных местах.

— **Что представляют собой структура и материально-техническая база службы?**

— В структуре службы функционируют девять управлений центрального аппарата и восемьдесят территориальных органов по субъектам Российской Федерации, а также Межрегиональное информационно-аналитическое управление и три подведомственных федеральных государственных бюджетных учреждения:

— ФГБУ «Информационно-методический центр по экспер-



Анастасия Нефёдова

### Досье

Михаил Альбертович Мурашко — врио руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения. Доктор медицинских наук.

Родился 9 января 1967 года в городе Свердловске.

С марта 2013 года исполняет обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор).

Награждён почётной грамотой Министерства здравоохранения России, почётной грамотой Республики Коми, почётной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития России.

Основатель и главный редактор журнала «Здоровье человека на Севере», член редакционного совета журнала «Детская медицина Северо-Запада».

Женат, воспитывает двоих детей.

тизе, учёту и анализу обращения средств медицинского применения»;

– ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы»;

– ФГБУ «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники».

Росздравнадзором создан необходимый технический потен-

**Росздравнадзором создан необходимый технический потенциал для проведения испытаний качества лекарственных средств фармакопейными методами любой степени сложности. Во всех федеральных округах страны открыты современные лабораторные комплексы, где проводятся проверки качества самых современных препаратов.**

циал для проведения испытаний качества лекарственных средств фармакопейными методами любой степени сложности. Во всех федеральных округах страны открыты современные лабораторные комплексы, где проводятся проверки качества самых современных препаратов (в Москве, Санкт-Петербурге, Казани, Ростове-на-Дону, Гудермесе, Екатеринбурге, Красноярске, Хабаровске и других городах). В текущем году заработает лаборатория в Симферополе, также началось проектирование с последующим строительством нового комплекса в Ярославле, где будут проводиться проверки качества самых современных иммунобиологических препаратов. При этом к каждой федеральной лаборатории прикреплена передвижная лаборатория экспресс-анализа, которая осуществляет скрининг качества лекарственных средств с использованием неразрушающего метода. Они обслуживают 67 регионов во всех девяти федеральных округах. Благодаря такому расширению лабораторной базы объём государственного контроля качества лекарственных средств за прошедшие десять лет увеличился в 36 раз (с 0,4 до 14,6 процента от общего количества серий, находящихся в обращении). В 2016 году планируется довести этот показатель до двадцати процентов.

В целом контроль при обращении лекарственных средств – это значимое направление деятельности Росздравнадзора. Силами специалистов службы проработан Федеральный закон № 61 и представлены соответствующие предложения в Министерство здравоохранения России.

**– Михаил Альбертович, в своих выступлениях вы часто подчёркиваете, что безопасность**

**медицинской помощи определяется несколькими составляющими, в том числе и качеством используемого при лечении медицинского оборудования, лекарственных средств и расходных материалов. О контроле качества фармпрепаратов вы рассказали, а как обстоят дела с медицинскими изделиями?**

**Росздравнадзор как участник Международного Форума регуляторов медицинских изделий выполняет контроль в соответствии с мировой практикой.**

– Совместно с Минздравом России, Федеральной антимонопольной службой, Минпромторгом России и другими службами Росздравнадзор работает над федеральным законом об обращении медицинских изделий. Это интересная работа, в законе планируется конкретные прописать не только все жизненные циклы медицинских изделий от разработки до утилизации, но и вопросы лицензирования и контроля. Формируются лабораторные комплексы в системе контроля качества медицинских изделий. Переоснащены лаборатории ФГБУ «ВНИИИМТ» Росздравнадзора, где медицинские изделия проверяются на наличие токсикологических веществ, электромагнитную совместимость, качество металлов и т.д. Только за последние девять месяцев на тер-

ритории Российской Федерации изъято из оборота более миллиона незарегистрированных медицинских изделий.

Согласно Федеральному закону № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на территории России могут обращаться только зарегистрированные в установленном порядке медицинские изделия, с подтверждёнными безопасностью и эффективностью. Процедура регистрации претерпела значительные изменения, связанные с предъявлением новых требований к медицинским изделиям, учитываются требования всех заинтересованных сторон (производителей, врачей и пациентов). Служба как участник Международного форума регуляторов медицинских изделий выполняет контроль в соответствии с мировой практикой.

**– За десять лет Росздравнадзор добился многого, авторитет службы в системе здравоохранения растёт день ото дня, Правительство Российской Федерации опирается на ваши данные при разработке законопроектных. Можно ставить точку в развитии и двигаться**

**по уже проторённой дорожке или же всё-таки чего-то не хватает для обеспечения контроля, что-то ещё нужно поменять?**

– Совершенствование российского законодательства в сфере деятельности Росздравнадзора необходимо продолжать. В частности, Росздравнадзор в рамках государственного контроля за оборотом медицинских изделий и лекарственных средств должен иметь право на внезапные проверки участников рынка. Так, Федеральный закон № 294 «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» должен позволять осуществлять контроль без уведомления участников рынка.



— С какими основными организационными выводами Росздравнадзор вступил в новое десятилетие?

— Принципиально важно создать чётко отлаженную систему, исключаящую любую дискриминацию населения в отношении доступности медицинской помощи. Росздравнадзор усиливает контроль за выполнением модернизации фондов здравоохранения, в 2015 году будет проведено в два раза больше контрольно-надзорных проверок в сравнении с 2014 годом. Сегодня прорабатываются внутренние механизмы, чтобы контроль выполнения госпрограмм по модернизации стал ещё эффективнее. Результаты предыдущих проверок показали, что новое высокотехнологичное оборудование, поступающее в учреждения здравоохранения, используется не на сто процентов. Каждое медицинское учреждение должно относиться ответственно к тому колоссальному ресурсу, который им даёт государство. Каждый врач, каждая медицинская сестра, каждый руководитель больницы или поликлиники обязаны приложить все усилия для того, чтобы все потребности пациентов были полностью учтены. На пути оптимизации использования выделенных ресурсов Росздравнадзор вместе

с несколькими важными составляющими, это не только качество лабораторных исследований, надлежащий инфекционный контроль внутри медицинской организации и управление рисками, но и, конечно, работа с кадрами.

Требования к врачам сегодня возросли. Росздравнадзор следит за выполнением стандартов

**Каждое медицинское учреждение должно относиться ответственно к тому колоссальному ресурсу, который им даёт государство.**

**Каждый врач, каждая медицинская сестра, каждый руководитель больницы или поликлиники обязаны приложить все усилия для того, чтобы все потребности пациентов были полностью учтены.**

лечения. Необходимо не только повышение квалификации каждые пять лет для подтверждения юридических оснований работы врача, но и постоянное поддержание профессиональных навыков. Медицинская специальность сочетает в себе много компонентов — от профессионального мастерства и мануальных навыков (что особенно важно для оказания экстренной медицинской помощи) до научной деятельности.

— **Сегодня ни одна государственная структура не может работать без информационных технологий. Темп их развития стремителен. Что за прошедшие десять лет удалось сделать в ИТ-направлении?**

— Очень важно отметить внедрение информационных технологий в работу службы. За прошедшие годы информационная система Росздравнадзора трансформировалась в единую защищённую государственную информационную систему — интерактивную среду взаимодействия с участниками отрасли здравоохранения и всеми гражданами, интегрированную с государственными информационными системами (Единый портал государственных

услуг, система межведомственного электронного взаимодействия и документооборота и т.д.).

Созданная в Росздравнадзоре информационная система позволяет оперативно получать информацию обо всех объектах отрасли здравоохранения, а также обеспечить прозрачность деятельности службы и своевременное инфор-

мирование через официальный сайт широкой аудитории юридических лиц и граждан.

— **Михаил Альбертович, управляя такой сложной структурой в сфере здравоохранения, вы должны олицетворять собой образ активного и здорового человека, как символ того, что система здравоохранения в стране успешна и эффективна. Что вам как человеку помогает восстанавливать силы, чтобы не терять здоровье?**

— Конечно, спорт! Очень люблю покататься на велосипеде, лыжах, поиграть в хоккей, теннис, сквош, бадминтон... Жаль, что времени на отдых не хватает, но активный спортивный отдых восстанавливает силы лучше всего. Советую всем сотрудникам Росздравнадзора заниматься любимыми видами спорта.

— **Заключительный вопрос, как небольшой итог. Можете ли вы одной ёмкой фразой охарактеризовать десятилетний рубеж Росздравнадзора?**

— Сегодня можно с уверенностью сказать, что наша служба доказала свою востребованность и эффективность.

Росздравнадзор стал гармоничной составляющей российской и мировой системы надзора в сфере здравоохранения, обеспечивая при этом базовые права граждан на медицинское обслуживание и высокое качество жизни. ■

**Сегодня можно с уверенностью сказать, что служба доказала свою востребованность и эффективность. Росздравнадзор стал гармоничной составляющей российской и мировой системы контроля в сфере здравоохранения, обеспечивая при этом базовые права граждан на медицинское обслуживание и высокое качество жизни.**

с руководством Министерства здравоохранения России ставит перед собой цель: в итоге нужно прийти к ситуации, когда показатели здоровья, средней продолжительности жизни и младенческой смертности не будут различаться между сельским и городским населением.

— **Ещё одна важная тема — медицинский персонал. Какое мнение у вас о подготовке врачей?**

— Обеспечение качества медицинской помощи включает не-

# Андрей Коротеев: «Современные лабораторные комплексы — одно из решений проблемы безопасности лекарств»

■ ЕКАТЕРИНА НОВОТРОИЦКАЯ

*Гарантия качества, эффективности и безопасности лекарственных средств – приоритетное направление политики РФ в области здравоохранения. Чтобы эти три составляющие были в точности соблюдены в реальности, Росздравнадзором ещё в 2008 году предложены основные направления совершенствования системы госконтроля качества лекарственных средств (ЛС).*

*Одним из направлений задано развитие лабораторной базы и создание высокотехнологичных лабораторных комплексов, способных проводить испытания качества лекарственных средств любой сложности. Как построена эта работа, мы узнали у директора Федерального государственного бюджетного учреждения «Информационно-методический центр по экспертизе, учёту и анализу обращения средств медицинского применения» Росздравнадзора Андрея Владимировича Коротеева.*



Анастасия Нефёлова

**— Андрей Владимирович, в настоящее время во всех федеральных округах созданы лабораторные комплексы, которые объединены под началом вашего Центра. Сыграла ли положительную роль идея централизации?**

— Безусловно. Сегодня все лабораторные комплексы работают под началом ФГБУ «Информационно-методический центр по экспертизе, учёту и анализу обращения средств медицинского применения» Росздравнадзора. Все они функционируют на единой методологической основе и по единым стандартам. В структуру ФГБУ ИМЦЭУАОСМП Росздравнадзора входит 12 подразделений в Москве, Санкт-Петербурге, Гудермесе, Ростове-на-Дону, Хабаровске, Екатеринбурге, Красноярске, Ставрополе, Тамбове, Казани, Курске, Симферополе.

Московский лабораторный комплекс на сегодняшний день является самым крупным. Это обусловлено тем, что в Центральный ФО входит 17 субъектов РФ. В Центральном ФО, в первую очередь в Москве и Московской области, сосредоточено большое количество предприятий по производству лекарств, крупных оптовых фарма-

цевтических организаций и самое большое количество розничных аптечных организаций. Кроме того, лабораторный комплекс будет осуществлять роль организационно-методического центра.

**— Какие ещё новые решения работают на главное благо — конкретнее, здоровье людей, спасение которого как раз зачастую зависит от качества употреблённых лекарств?**

— В настоящее время Правительством РФ принята Программа развития фармпромышленности до 2020 года. Документ предусматривает создание фармацевтических кластеров — симбиоза науки и производства. Разработка и экспертиза качества современных лекарственных препаратов требуют применения новейших методов исследования, использования современного дорогостоящего оборудования, обучения персонала, особых требований к помещениям лабораторного комплекса. Наличие единого лабораторного комплекса внутри фармкластера может обеспечить входной контроль, контроль качества готовой продукции, а также участие в разработке новых лекарственных препаратов, отработке технологий и методик контроля качества для фармпредприятий,

входящих в состав кластера. Инициатором создания единого лабораторного комплекса при кластере стала Ярославская область. В настоящее время учреждением ведётся работа по созданию проекта лабораторного комплекса в Ярославле.

**— Как создавались федеральные лабораторные комплексы? И что было взято за основу?**

— Федеральные лабораторные комплексы создавались по единой системе с учётом международного опыта. Организационная структура такого комплекса включает орготдел, лабораторию физико-химических испытаний, микробиологическую лабораторию, фармакологическую лабораторию.

В Красноярском и Московском лабораторных комплексах дополнительно созданы лаборатории по контролю качества иммунобиологических препаратов.

Указанная структура позволяет в полном объёме решать задачи по проведению испытаний качества ЛС. Созданная система электронного взаимодействия между филиалами, единая база данных нормативной документации позволяют проводить испытания качества ЛС самыми сложными методами анализа в сроки, установленные законодательством.

— Вызывает интерес формулировка о том, что проверка качества лекарств проводится самыми сложными методами анализа. При помощи чего организуются испытания нерядового уровня?

— Наши аналитические лаборатории включают в себя полный набор оборудования для анализа ЛС. Жидкостные и газовые хроматографы способны обеспечить весь перечень хроматографических исследований, включая специфические методы детекции, такие как электрохимические и амперометрические. Атомно-абсорбционный спектрометр способен обеспечить анализ на содержание металлов и металлоидов. Имеется современное оборудование для определения спектральных характеристик и реологических свойств лекарственных препаратов. Лаборатории оснащены также высокоэффективным оборудованием для контроля технологических параметров ЛС: система счёта частиц довидимого диапазона в парентеральных растворах, установки для контроля таких показателей качества как растворение, распадаемость, истираемость, определения твёрдости твёрдых лекарственных форм.

Микробиологические лаборатории организованы в соответствии с требованиями отечественных и международных стандартов и позволяют проводить работу с микроорганизмами III и IV групп патогенности. Чёткое разделение чистых и грязных зон обеспечивают: воздушные шлюзы для персонала, двери которых снабжены системой inter-lock, предотвращающей одновременное открывание дверей шлюзов; передаточные шлюзы, оснащённые ультрафиолетовыми облучателями, вертикальным ламинарным потоком и встроенными HEPA-фильтрами.

Иммунобиологическая лаборатория имеет в своём распоряжении уникальный комплекс оборудования и систем для исследования лекарственных средств биологического происхождения. Номенклатура иммунобиологических препаратов очень широка и включает в себя

компоненты крови, иммуноглобулины, эубиотики, рекомбинантные белки, вакцины.

— Несмотря на интенсивное развитие физико-химических методов контроля, фармакологические методы в ряде случаев остаются единственными, позволяющими определить отдельные показатели качества ЛС. Каков же уровень фармакологической лабораторной базы?

— Фармакологическая лаборатория, кроме определения пирогенности, токсичности, аномальной токсичности, имеет также возможность проведения сложных испытаний. В частности, поставлены методы определения активности препаратов биологическими методами, определения гистаминоподобных веществ, проводятся испытания на депрессорные вещества. Имеется возможность работы на изолированных органах. Комплекс оборудования фармакологической лаборатории и возможность содержания пяти видов животных делает возможным проведение доклинических исследований.

— А внутренняя среда производственных помещений отвечает необходимым требованиям?

— Производственные помещения центров оборудованы в соответствии с требованиями международных и отечественных стандартов, в них также есть многоуровневая система вентиляции и кондиционирования воздуха, зонирование рабочих помещений (чистые зоны), проходные и передаточные шлюзы, современная организация аварийной системы безопасности.

— Поговорим также о стандартах качества проводимых исследований — насколько лабораторные комплексы соответствуют их требованиям?

— Лабораторные комплексы соответствуют российским и международным стандартам качества. Все филиалы ФГБУ ИМЦЭУА-ОСМП Росздравнадзора соответствуют критериям аккредитации, имеют технические возможности и квалифицированный персонал,



Лисовый, Малахов

что подтверждается аттестатами аккредитации, выданными Федеральной службой по аккредитации. В 2014 году на техническую компетентность и независимость аккредитована Московская испытательная лаборатория контроля качества лекарственных средств.

В 2013 году филиалы в Красноярске и Ростове-на-Дону аккредитованы международной организацией ACLASS на соответствие стандарту ISO/IEC 17025:2005. В том же году лабораторный комплекс в Ростове-на-Дону прошёл переквалификацию ВОЗ.

Высокое качество подготовки персонала, технологичность оборудования неоднократно отмечались специалистами американской фармакопеи, независимыми консультантами А-класса.

— И в завершение — ещё об одном действенном и сравнительно новом методе выявления недоброкачественных и фальсифицированных ЛС — скрининге. Что сделано для его осуществления?

— На базе лабораторных комплексов существуют передвижные экспресс-лаборатории, которые позволяют приблизить контроль качества ЛС непосредственно к объекту инспекционной проверки: аптеке, аптечному пункту, больнице, поликлинике. Спектроскопия в ближнем ИК-диапазоне была выбрана в качестве экспресс-метода в силу ряда преимуществ перед другими аналитическими методами: возможность использования БИК-спектрометра в полевых условиях, оперативность при проведении анализа (до 3 мин), информативность.

Диалог о новшествах в сфере безопасности лекарственного обеспечения можно продолжать — решение для этого найдено много! ■

## Миссия ВНИИИМТ — обеспечение отечественного здравоохранения качественными, высокоэффективными и безопасными медицинскими изделиями

■ Геннадий Габриэлян



Игорь Михайлович Козлов,  
директор ВНИИИМТ

— Миссией Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники Росздравнадзора, — говорит Игорь Михайлович, — является обеспечение отечественного здравоохранения качественными, высокоэффективными и безопасными медицинскими изделиями. Главная магистраль для достижения этой цели — совершенствование экспертной и испытательной составляющих государственного контроля в сфере обращения медицинских изделий.

Для реализации контрольных мероприятий, повышения качества экспертной работы ВНИИИМТ создан специализированный экспертный отдел из 47 специалистов, которые осуществляют государственную экспертизу для целей государственной регистрации медицинских изделий. Институт имеет госзадание: на текущий год нам предписано провести 2600 экспертиз с целью регистрации и 250 испытаний и экспертиз — с целью государственного контроля.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники» (ВНИИИМТ) Росздравнадзора — одно из первых государственных экспертных учреждений в России.*

*За 15 лет деятельности институт получил широкое признание, достиг внушительных результатов в области испытаний медицинских изделий и их экспертизы.*

*Целью учреждения является научная и научно-техническая деятельность, направленная на применение новых знаний, их эффективное использование для решения технологических, инженерных, социальных и иных проблем в сфере здравоохранения Российской Федерации. Говоря конкретно, речь идёт о развитии новой медицинской техники и изделий медицинского назначения, а также деятельности в области стандартизации, метрологического обеспечения, оценки соответствия нормативных документов, различных видов испытаний (токсикологических, технических и других), контроля эффективности и безопасности использования медицинских изделий. Подробнее обо всём — в разговоре с директором учреждения Игорем Михайловичем Козловым.*

Работа экспертов многогранна и сложна. Протоколы технических, токсикологических, клинических испытаний, масса технической документации — всё это надо проанализировать, в первую очередь с точки зрения соответствия изделия государственным стандартам, прежде чем вынести постановление о его пригодности к государственной регистрации и последующему применению для медицинских целей.

**— Какие медицинские изделия составляют основную долю при проведении экспертиз?**

— Можно сказать, что это расходные материалы. И, несмотря на кажущуюся технологическую простоту, скажем, таких изделий как перевязочный или шовный материал, в действительности они требуют огромного внимания эксперта, так как играют в обеспечении здоровья человека прямую и ответственную роль. Не говоря уже о том, что потребляются огромные объёмы расходных материалов.

**— Что происходит, если эксперт выносит отрицательное решение?**

— Такой цели — не допустить кого-то на рынок — нет; есть другая: достичь максимальной открытости при экспертизе и определении пригодности изделия для эксплуатации. Однако надо сказать, что за 2013 год и первую половину 2014 года положительных экспертиз было примерно 60 процентов, отрицательных — 40. При этом достаточно высокий процент отказа объясняется зачастую лишь некорректным оформлением заявительной документации.

С конца июля текущего года в соответствии с постановлением Правительства РФ в случае недостаточности для вынесения экспертом заключения материалов и сведений, содержащихся в заявлении о регистрации документов, эксперт не всегда выносит отрицательное заключение о возможности проведения клинических испытаний, а ставит вопрос о представлении ему необходимых материалов и сведений. Это позволит снизить количество отказов, связанных с техническими ошибками и недостаточностью представленных материалов.

Еженедельно проводятся заседания экспертного совета, на которых проходит обсуждение сложных случаев, возникших при экспертизе медицинских изделий. В работе экспертного совета принимают участие эксперты ФГБУ ЦМИКЭЭ Росздравнадзора, сотрудники кафедр МГТУ им. Н.Э. Баумана, РМАПО, МЭИ, МГУПИ, специалисты профильных медицинских организаций.

**— Что можно сказать о контроле медицинских изделий, уже присутствующих на рынке?**

— С течением времени Росздравнадзор стал уделять повышенное внимание именно государственному контролю обращения медицинских изделий. Рынок насыщается всё больше, а значит, по объективным причинам возможно повышение удельного веса фальсификата, недоброкачественных либо незарегистрированных изделий и так далее. Росздравнадзор имеет право приостановить применение медицинского изделия на срок, не превышающий двадцати рабочих дней, и осуществить проверку представленной о нём информации в соответствии со статьей 10 Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля». По результатам проверки Росздравнадзор принимает решение об изъятии из обращения медицинского изделия или возобновлении его применения и обращения. Публикуются официальные списки изъятых либо приостановленных в обращении медицинских изделий. ВНИИИМТ в ходе проверок субъектов обращения медицинских изделий обеспечивает отбор образцов, а также испытания и экспертизу контролируемых медицинских изделий. ВНИИИМТ является единственной организацией, аккредитованной для целей испытания медицинских изделий в рамках государственного контроля.

**— Каковы характерные особенности вашего учреждения в системе Росздравнадзора?**

— Их объясняет само название института: ВНИИИМТ — это ещё

и испытательный институт. Такой профиль, можно сказать, в системе головного учреждения имеем только мы.

**— Расскажите подробнее об этой стороне деятельности.**

— Проведение испытаний медицинских изделий — важнейшее направление для института. В соответствии с утверждённым планом его модернизации — а на это выделено более 350 млн рублей — проводится трёхэтапное оснащение испытательного лабораторного центра. Подготовлен проект вивария, соответствующий требованиям GLP (надлежащей лабораторной практики) — вероятно, он вступит в строй уже в будущем году. Одновременно впервые в рамках государственного контроля разработана программа контроля в сфере инвитро-диагностики — медицинских лабораторных тестов, определяющих в биологическом материале, полученном от человека, биохимические, гематологические, иммунологические, коагулологические и другие показатели состояния организма, а также маркеры возбудителей инфекционных заболеваний. Подготовлена концепция создания национального референтного центра инвитро-диагностики. С июня 2014 года специалисты ВНИИИМТ принимают участие в проведении плановых и внеплановых проверок субъектов обращения медицинских изделий, осуществляемых сотрудниками Росздравнадзора и его территориальных органов, обеспечивая отбор образцов медицинских изделий, их испытания и экспертизу.

В институте действует система менеджмента качества, подтверждаемая сертификатом соответствия требованиям ГОСТ ИСО 9001–2011 («Системы менеджмента качества»). Испытательные лаборатории работают в заявленной области аккредитации в соответствии с аттестатами аккредитации испытательной лаборатории на техническую компетентность и независимость в соответствии с ГОСТ ИСО/МЭК 17025–2009 («Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий»).



**— Каковы горизонты научно-практической деятельности вашего коллектива?**

— Профессионализм сотрудников органично входит в понятие качества проводимых экспертиз и испытаний. В институте трудятся пять докторов и пятнадцать кандидатов наук. Специалисты ВНИИИМТ принимают активное участие во всероссийских, международных конгрессах, симпозиумах, конференциях. Совместно со специалистами Росздравнадзора они участвуют в организации и проведении обучающих семинаров для отечественных производителей медицинских изделий. Свои статьи по вопросам обеспечения контроля качества, эффективности, безопасности медицинских изделий сотрудники института публикуют на страницах многочисленных журналов, таких как «Вестник Росздравнадзора», «Управление качеством в здравоохранении», «Менеджер здравоохранения», «Медицинская техника», «Клиническая лабораторная диагностика», «Медицинская физика» и др. Кроме того, сотрудниками ВНИИИМТ за последние четыре года подано восемь заявок на патенты.

Важнейшим направлением своей деятельности ВНИИИМТ видит возвращение некогда высоких позиций в сфере научных исследований. Надеемся, что разрабатываемая нами концепция развития научно-исследовательской деятельности, ориентированная на развитие отечественных медицинских изделий, импортозамещение, повышение качества оказания медицинской помощи, найдёт поддержку и позволит реализовать творческий потенциал ВНИИИМТ, одновременно повышая качество отечественных медицинских изделий. ■

# ЦМИКЭЭ: экспертиза, образование, консультации

■ Геннадий Габриэлян



Анастасия Нефедова

*ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» (ЦМИКЭЭ) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, созданное по приказу Минздрава России в 2003 году, проводит по заданию Росздравнадзора экспертизу в целях государственной регистрации медицинских изделий и государственного контроля их обращения на территории РФ, а также выполняет работы, связанные с лицензированием медицинской и фармацевтической деятельности, деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, производства и технического обслуживания медицинской техники. Кроме того, ЦМИКЭЭ осуществляет образовательную деятельность по повышению квалификации в сфере организации здравоохранения.*

## Досье

Игорь Владимирович Иванов окончил в 2000 году Иркутский государственный медицинский университет, в 2004 году получил учёную степень кандидата медицинских наук.

2004–2006 – заместитель директора областного Центра психолого-медико-педагогического сопровождения, директор Центра профилактики наркозависимости несовершеннолетних.

С 2007 по 2013 год занимал различные должности в административных органах Иркутской области, включая должность министра по физической культуре, спорту и молодёжной политике.

2013–2014 – вице-президент некоммерческого партнёрства «Байкальская медиа-группа», затем первый заместитель председателя – руководитель аппарата Московского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Союз машиностроителей России».

С марта 2014 года – генеральный директор ФГБУ «ЦМИКЭЭ» Росздравнадзора.

Особое внимание Центра ко всем изменениям законодательства РФ, регулирующего отношения в сфере лицензирования, а также оперативное применение новых норм, наличие в штате высококвалифицированных сотрудников, в том числе док-

и ответственно эксперт подошёл к оценке каждого отдельно взятого медицинского изделия, зависит вывод экспертизы о его регистрации. А спектр таких изделий очень велик и включает в себя как простейшие изделия (бинты, вата, иные перевязочные средства и пр.),

## Поле действия Центра мониторинга и клинико-экономической экспертизы – качество, безопасность и эффективность медицинских изделий, которые регистрируются на российском рынке.

торов и кандидатов наук, дают основание говорить о ЦМИКЭЭ как об организации, поддерживающей стабильно высокий профессиональный уровень работы в своей области. Руководит учреждением кандидат медицинских наук Игорь Иванов.

— **Игорь Владимирович, какова роль вашего учреждения в системе органов Росздравнадзора?**

— Качество, безопасность и эффективность медицинских изделий, которые регистрируются на российском рынке, — вот поле действия нашей экспертной организации. Соответствующее госзадание учреждению даёт Росздравнадзор. Эксперты ЦМИКЭЭ имеют большой опыт работы в лабораториях и испытательных центрах. От того, насколько качественно проведена экспертиза, насколько вдумчиво

сложнейшую медицинскую технику (рентгеновские комплексы, томографы и др.), так и изделия с высоким классом потенциального риска применения (имплантаты, изделия диагностики in-vitro и т.д.).

Это то, что касается экспертизы в части госрегистрации. Кроме того, мы занимаемся экспертизой в части госконтроля за медицинскими изделиями — теми, которые уже находятся в обороте в медицинских учреждениях и организациях. Горизонт экспертизы неизменен: качество, безопасность и эффективность. Это важное направление деятельности связано с необходимостью выявлять либо незарегистрированные изделия, либо те, которые не соответствуют заявленным регистрационным параметрам. Иницирует подобные плановые или внеплановые

проверки Росздравнадзор. Следует сказать, что Центр проводит мероприятия по осуществлению мониторинга безопасности медицинских изделий.

Отдельно замечу, что эксперты ЦМИКЭЭ не только компетентны, но и независимы от производителя изделий, что является необходимым условием для вынесения непредвзятых заключений.

Чтобы обрисовать объём работы, скажу, что госзадание, которое определено Росздравнадзором, предписывает нам проводить более 1,5 тыс. экспертиз в год по регистрации и 160 экспертиз в части госконтроля.

**— Охарактеризуйте, пожалуйста, образовательную деятельность Центра.**

— ЦМИКЭЭ имеет образовательную лицензию для проведения курсов повышения квалификации,

и на этом основан ещё один вид нашей деятельности, в данном случае внебюджетный. Мы тесно работаем с медицинскими учреждениями по лицензированным образовательным программам различного содержания и объёма — от 72 до 144 учебных часов. За время деятельности нашего учреждения в нём прошли подготовку и переподготовку около 10 тыс. специалистов. Часть преподавателей, в том числе доктора и кандидаты наук, входят в штат центра, однако есть и приглашённые специалисты — признанные и уважаемые эксперты и практики.

Надо сказать, что курсы повышения квалификации проходят не только на территории Центра, нашей основной базе, но и «на выезде», так как нас часто приглашают регионы. Эта услуга весьма конкурентна, и наше учреждение предлагает достаточно гибкую ценовую политику. Мы работаем в данной сфере как с государственными организациями, так и с малым и средним бизнесом. Для последних разработана специальная система скидок и стимулов. В нынешнем году выездные семинары состоялись в Московской области, а также в Москве,

Абакане, Санкт-Петербурге, готовятся в Пензе, Великом Новгороде и других городах.

**— Назовите основные темы очно-заочных циклов последипломного профессионального обучения, которые предлагает ЦМИКЭЭ.**

— Я готов их перечислить:

«Управление качеством в сфере здравоохранения»;

«Экспертная деятельность в сфере непрерывного улучшения качества медицинской помощи»;

«Стандарты медицинской деятельности, Медицинские технологии»;

«Организация деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ»;

**ЭКСПЕРТЫ ЦМИКЭЭ НЕ ТОЛЬКО КОМПЕТЕНТНЫ, НО И НЕЗАВИСИМЫ ОТ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ ИЗДЕЛИЙ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ НЕПРЕДВЗЯТЫХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ.**

«Экспертная деятельность в сфере профпригодности, предварительные и периодические медицинские осмотры»;

«Безопасность применения лекарственных средств и организация системы фармаконадзора»;

«Менеджмент качества в управлении и экономике фармации»;

«Контроль качества организации профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений на современном этапе»;

«Методика организации и проведения клинических исследований лекарственных средств».

Кроме того, по данным тематикам возможно проведение семинаров по сокращённой программе.

**— Ещё одно направление работы Центра — это консультационная деятельность.**

— Верно, и мы придаём ей большое значение. Наши специалисты оказывают помощь по вопросам, связанным с предоставлением или переоформлением лицензий на осуществление медицинской деятельности, в том числе при оказании первичной, специализированной медико-санитарной помощи, высо-

котехнологичной и скорой медицинской помощи, медицинских осмотров, освидетельствований и экспертиз; по фармацевтической деятельности — речь идёт об оптовой торговле лекарственными средствами для медицинского применения и их хранении. Обращаются к нам и по вопросам деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированием наркосодержащих растений. Консультационные услуги затрагивают также проблемы обращения медицинских изделий при осуществлении деятельности по производству и техническому обслуживанию медицинской техники. В Центре работают высококвалифицированные специалисты, с большим опытом

и глубокими знаниями законодательства РФ в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств

и медицинских изделий, успешно достигающие высокого результата и нацеленные на долгосрочное сотрудничество. Юридическое сопровождение в Центре осуществляют юристы, обладающие профессионализмом и широким кругозором в сфере здравоохранения, которые всегда в курсе последних изменений в соответствующих разделах законодательства и ведомственных распоряжений.

**— В чём состоят задачи и перспективы Центра на ближайшее будущее?**

— Сегодня важным направлением деятельности является работа по экспертизе качества медицинской деятельности. Законодательством определены три уровня: внутренний, ведомственный и государственный контроль качества, — и они должны рассматриваться как части единого целого.

Идёт подготовка к VII Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество — 2014», запланированной на декабрь. Её участники, как ожидается, должны сказать новое слово в области контроля качества медицинской деятельности в России. ■

# Российскому фармрынку есть чем гордиться

■ Ольга Колесниченко



Анастасия Нефёдова

*В Москве прошла ежегодная XVI Всероссийская конференция «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий – ФармМедОбращение 2014». Конференция была приурочена к празднованию 10-летия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.*

С приветственным посланием к 800 участникам конференции обратились заместитель председателя Правительства РФ **Аркадий Дворкович** и министр здравоохранения РФ **Вероника Скворцова**. В зачитанных обращениях от представителей Правительства было сказано, что ежегодный фармацевтический форум стал авторитетной дискуссионной площадкой для выработки решений по одной из самых актуальных задач государственной политики в сфере здравоохранения – обеспечения населения качественными, эффективными и безопасными лекарственными препаратами. Все вырабатываемые экспертами идеи по совершенствованию законодательства и новым технологиям для медицинской отрасли в ходе секционных заседаний всегда учитываются на практике.

В пленарном докладе врио руководителя Росздравнадзора **Михаил Мурашко** отметил, что за последние годы программа модернизации здравоохранения позволила

поставить более 400 тыс. новых высокотехнологичных медицинских изделий в медучреждения. Среди наиболее передовых глава Росздравнадзора упомянул позитронно-эмиссионную томографию, методы диагностики деменции и болезней сердца, саморассасывающиеся стенты, хирургические наноножи, работающие на уровне клеточной мембраны. Рост этого рынка в период максимальных поставок в 2011–2012 годы достигал 35%. За прошлый год объём рынка медизделий превысил 242 млрд рублей. Доля отечественного производства составляет 20%. Российские медизделия экспортируются в другие страны с годовым приростом 5–8%.

Михаил Мурашко также привёл данные по отечественному фармрынку. Ежегодный прирост производства российских фармпрепаратов составляет 14%. Доля российских фармпрепаратов на отечественном рынке превысила 60%. В рамках Стратегии разви-

тия медицинской науки РФ на период до 2025 года создано 14 научно-исследовательских платформ по всем важным и приоритетным направлениям. Несомненно, такая интенсивная научная работа должна дать ощутимый результат для отечественного фармрынка (и не только фармрынка, но и методов диагностики и лечения) в ближайшей перспективе. Михаил Мурашко особо подчеркнул, что меры по поддержке отечественного фармацевтического производителя на современном этапе беспрецедентны. Российскому рынку есть чем гордиться, включая и качество, и более низкие цены для конечного потребителя.

— Современная медицина ориентируется на философию четырёх «Р»: Personalization (индивидуальный подход к каждому пациенту, подбор терапии на основе комплексной диагностики), Prediction (предсказательный подход в отношении развития заболеваний, стратификация групп пациентов), Preventive (профилактическая медицина, обнаружение заболеваний на ранней стадии), Participating (совместное участие врачей и пациентов в процессе лечения), — разъяснил Михаил Мурашко. Данная философия позволяет сместить акцент со стационарного звена на амбулаторную поликлиническую помощь.

Стремление к снижению средней продолжительности пребывания больного в стационаре и сокращение коечного фонда либо его перепрофилирование на амбулаторные формы восстановительного лечения и дневные стационары — общемировая тенденция. Избыточные стационарные мощности современные экономисты относят к главной причине структурной неэффективности системы здравоохранения, так как содержание стационаров потребляет основную долю бюджетных ресурсов, выделяемых на здравоохранение. В среднем по странам две трети расходов на здравоохранение направляются на финансирование



стационарной помощи. Средняя продолжительность пребывания россиян в стационаре остаётся выше в сравнении с европейскими странами. Важным представляется поддержка научно-практического поиска и внедрение более эффективных и экономичных медицинских технологий и методов лечения.

Росздравнадзор с целью обеспечения эффективного лечения населения осуществляет госконтроль качества и безопасности медицинской деятельности, за обращением лекарственных средств и медицинских изделий, а также за реализацией госпрограмм в сфере здравоохранения. Масштабы впечатляют: в стране работают более 350 тыс. объектов в сфере медпомощи и более 110 тыс. аптек. Это количество ежегодно растёт. На период до 2020 года в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» выделено более 26 трлн рублей. Уже с 2016 года задача для Росздравнадзора существенно усложнится. Сейчас начата работа по написанию 15 нормативных актов для общего рынка ЕврАзЭС, нужны единые правила для стран (помимо России, Беларусь, Казахстан, Армения) по обращению лекарственных средств, включая требования к клиническим исследованиям препаратов, и единые принципы регистрации медизделий.

Директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий МЗ РФ **Елена Максимкина** поздравила Росздравнадзор с 10-летием, подчеркнув, что Служба имеет высокий кадровый потенциал и значимую эффективность осуществления госконтроля во всех федеральных округах страны. Говоря о Стратегии лекарственного обеспечения, Е. Максимкина рассказала о работе над ФЗ № 61 «Об обращении лекарственных средств», важности детального прописывания процедур регулирования отдельных групп лекарственных препаратов, а также о новых подходах Минздрава, основанных на доказательной медицине и фармакоэкономической оценке.

Очень позитивным моментом является то, что сегодня фармакоэкономика стала ключевым понятием для здравоохранения. По мере развития фармакоэкономического подхода будут создаваться модели для каждого из регионов и привлекаться всё больше экономистов для командной работы с медицинскими специалистами. Тогда госзатраты в здравоохранении будут рассматриваться как инвестиции в лечение той или иной болезни с точки зрения суммарного влияния на экономику в целом.

Общую картину данных дополнила директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России **Ольга Колотилова**, отметив, что объём фармацевтического рынка России в этом году достигнет 866 млрд рублей (в 2011-м он был равен 680 млрд рублей). Объём производства лекарств в России за последние пять лет вырос в два раза. Минпромторг с целью увеличения доли российских лекарств и медизделий на рынке подготовил проект постановления по ограничению допуска иностранных лекарственных средств и медизделий при государственных закупках. Если при поступлении заявок в перечень на рассмотрение попадают два российских производителя, то заявки иностранных производителей отклоняются и выбор идёт только между российскими производителями.

Особо О. Колотилова остановилась на теме инвестиций в научные исследования. Сейчас они составляют 21,2 млрд рублей, из них на направление по лекарствам выделено 12,5 млрд рублей, остальное — на направление по медизделиям. В ближайшие годы инвестиции в фармобласть увеличатся до 36 млрд рублей. Суммы выделяются не абстрактно, а под конкретную государственную задачу — к 2018 году доля отечественных препаратов из группы жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) должна достичь 90% на российском рынке. Это требование лекарственной безопасности страны.

Насколько сложен путь по созданию собственной фармпромышленности, показал предыдущий опыт. В рамках ФЦП «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу» с 2011-го по 2013 год Минпромторг заключил 130 госконтрактов на выполнение НИОКР по разработке отечественных технологий и организации производства лекарств из перечня ЖНВЛП, не производимых отечественными производителями. Общая бюджетная стоимость этих контрактов составила 4,5 млрд рублей, а внебюджетная — 8,1 млрд рублей. В настоящее время выполнено 72 контракта, и только два новых препарата прошли регистрацию. Всего по ФЦП реализуется более 600 проектов. Из перечня ЖНВЛП разработано 19 международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных препаратов. А в целом перечень ЖНВЛП включает 559 МНН лекарственных препаратов, из них 365 имеют отечественное производство. Особая гордость — 29 лекарственных препаратов из категории ЖНВЛП делают только в России.

Минпромторг активно участвует в развитии в России фармацевтических кластеров. В этом аспекте предстоит работать над такими вопросами, как защита интеллектуальной собственности, регистрация и сертификация фармпродукции, конкуренция и снижение уровня административных барьеров. Планируется укреплять кластеры путём привлечения национальных грантов, фондов, программ посевного финансирования разработок, стартапов, инкубаторов, технопарков и создавать центры передового опыта по продвижению отечественных лекарственных средств в федеральных округах страны.

В работе конференции приняли участие зарубежные представители из Сербии, США, Аргентины, КНР, Белоруссии, Казахстана, а также Европейский директорат по качеству лекарственных средств и здравоохранению. ■

# Наступление фармакоэкономики: от государственного регулятора до практикующего врача

■ Ольга Колесниченко, Светлана Лыбина

*Лекарственное обеспечение населения относится к наиболее важной сфере государственной деятельности. Всё большее развитие в связи с этим приобретает фармакоэкономика, и впереди – не только её повсеместное применение, но и переход к практике фармакоэкономического обоснования каждого шага, касающегося лекарственного обеспечения пациентов. На уровне отдельного лечебного учреждения вопросы экономической эффективности заботят теперь не только руководящий состав, но и являются приоритетом в повседневной практике клиницистов, определяя высококачественное лечение больного.*

## Первый этап Стратегии лекарственного обеспечения успешно выполняется

Директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России **Елена Максимкина**, выступая с докладом на XVI Всероссийской конференции «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий – ФармМедОбращение 2014», рассказала об основных фармакоэкономических подходах министерства к Стратегии лекарственного обеспечения.

Основной целью Стратегии является повышение доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов. В этом документе говорится о создании в России новой модели лекарственного обеспечения, которая охватит в целом всё население России. «Поставлено пять задач: обеспечить рациональное использование лекарственных препаратов; усовершенствовать порядок формирования перечней лекарственных средств; обеспечить безопасность, эффективность и качество лекарств; усовершенствовать государственное регулирование цен; повышать квалификацию медицинских и фармакологических работников», — от-

метила Е. Максимкина. Основной документ, над которым Минздрав работает — ФЗ № 61 «Об обращении лекарственных средств».

«По данным мониторинга ситуации по всем субъектам РФ, удовлетворённость граждан лекарственным обеспечением составляет 97 %... Фармацевтическая промышленность России сегодня поднимается. В результате реализации готовящегося закона россияне получают лекарства, которые зарегистрированы в стране в соответствии с заявленными параметрами качества, безопасности и эффективности. Также появится больше полномочий для выведения с рынка не отвечающих требованиям препаратов», — подчеркнула директор Департамента.

В рамках Стратегии уделяется внимание стандартизации лекарств, доступности их в удалённых регионах. Идёт борьба с фальсифицированной продукцией. Создаются условия для проведения ускоренных экспертиз. Особое внимание — гармонизации законодательства со странами ЕвразЭС. «Регуляторика быстро развивается, и она должна отвечать на те запросы рынка, которые существуют в настоящее время. Необходимо совершенствование системы ценообразования», — считает Елена Максимкина. Стоит отме-



Анастасия Нефёдова

**Елена Максимкина**, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России

тить, что за прошлый год из 5 тыс. наименований отечественных препаратов только на 1200 были поданы заявки на перерегистрацию цен с их повышением с учётом инфляции. Особое внимание уделяется закупкам препаратов по семи высокозатратным нозологиям. Цены удаётся сдерживать на уровне нижней планки. Всё больше субъектов переходят на централизованные закупки в рамках стационарного и лабораторного обеспечения лекарственными препаратами.

«Мы движемся к единому перечню лекарственных препаратов. Переходим от перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) к перечню государственных гарантий, чтобы были учтены все нозологии. Стремиться к расширению перечня не стоит, так как государство должно концентрировать ресурсы только на определённом объёме, который оно реально может гарантировать населению», — подчеркнула Елена Максимкина.

Каждый препарат будет проходить экспертизу в одном из учреждений, которое имеет в уставе право на этот вид деятельности. На первом этапе качество проведённых клинических исследований препарата оценивается с точки зрения доказательности и убедительности

данных. Второй этап — клинико-экономические исследования по двум важным направлениям: влияние на бюджет и затраты на эффективность. Третий этап связан с введением в стандарты медицинской помощи. Затем оценку даёт комиссия, заседание которой можно наблюдать по интернет-трансляции. Таким образом, процедура включения (исключения) того или иного препарата в перечень стала максимально прозрачной.

## Фармакоэкономика ставит новые задачи перед учёными

Для того чтобы на уровне государственного регулятора законы по лекарственному обеспечению работали как часы, необходима длительная и масштабная научная



проработка фармакоэкономических вопросов. Об этом мы спросили у представителя науки, профессора **А.Ю. Куликова** (г. Москва).

— **Андрей Юрьевич, на какие вопросы помогает ответить новая, бурно развивающаяся научная дисциплина — фармакоэкономика?**

— Фармакоэкономика позволяет сравнить несколько альтернативных технологий лечения или несколько альтернативных лекарственных средств с точки зрения их эффективности и отдалённых последствий их применения, например, влияния на продолжительность и качество жизни. Зачастую при принятии решения о закупке препарата оцени-

вается его курсовая стоимость, но это только верхушка айсберга. Часто значительно большие затраты требуются не на лекарственную терапию, а на лечение побочных эффектов, реабилитацию, пребывание пациента в стационаре, а также на непрямые расходы — затраты на оплату больничных, пособий по инвалидности, потери ВВП в связи с невыходом пациента на работу и др. Фармакоэкономика позволяет оценить не стоимость лекарства, а стоимость результата лечения.

— **Как это исследовать?**

— Необходимо тщательный выбор критериев. Например, при исследовании препаратов для лечения острых нарушений мозгового кровообращения важнейшими критериями могут быть смертность и частота инвалидизации пациентов. На практике зачастую в протокол клинического исследования могут включаться суррогатные точки, которые не имеют фармакоэкономического значения. Например, увеличение дистанции безболевой ходьбы или снижение уровня артериального давления на несколько миллиметров. Но какое значение для государства имеет то, что у человека дистанция безболевой ходьбы увеличилась со 100 до 200 м или АД — на несколько миллиметров ртутного столба? А вот если за счёт этого достигнуты целевые показатели терапии, то мы смогли предотвратить острое нарушение мозгового кровообращения или инфаркт миокарда, продлить жизнь — вот это существенно. Именно поэтому чаще всего для фармакоэкономического анализа важно, как параметры, полученные в клиническом исследовании, скажутся на конечных точках — показателях смертности, выживаемости, а частоте случаев госпитализации.

Исследование может быть посвящено сравнению различных препаратов между собой, расчёту стоимости лечения болезни, анализу отдалённых последствий применения препарата. Исследования могут быть очень масштабными. В этом случае используется фармакоэкономическое моделирование на длительный срок. Также важно,

какие затраты будут оцениваться в исследовании: прямые медицинские (диагностика, лекарства и пр.) или непрямы (оплата больничного, снижение трудоспособности и пр.). Самые актуальные области фармакоэкономических исследований сегодня — это лечение онкологии, сахарного диабета, ревматологических заболеваний, неврологических расстройств.

— **Кому нужна фармакоэкономика?**

— Государству. Государственный бюджет на закупку лекарственных средств ограничен, поэтому работникам госорганов постоянно приходится принимать решения о том, какие направления приоритетны. На что выделить средства в первую очередь — на лечение наиболее распространённых заболеваний, например артериальной гипертензии, или наиболее высокочастотных, например рака молочной железы? Или выбрать в качестве приоритета закупку инновационных препаратов, которые могут в целом изменить методологию лечения? Эти решения помогают принять фармакоэкономика. Данные фармакоэкономических исследований всё чаще оказываются востребованными в региональных министерствах здравоохранения для принятия решений в рамках региональных программ. Например, в лечении острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу применение лекарственных средств Цитофлавин, Актовегин, Глиатилин, Мексидол, Цераксон и Церебролизин на основании действующих стандартов оказания медицинской помощи больным инсультом в сумме прямых затрат на годовой курс лечения одного больного ОНМК с учётом длительности пребывания в стационаре составили 283 933 руб., 318 717, 322 186, 321 023, 284 918 и 390 113 руб. соответственно. А анализ «затраты — эффективность» продемонстрировал фармакоэкономическое преимущество применения Цитофлавина по сравнению с другими нейропротекторами, т.к. потребует наименьших затрат на предотвращение одного случая смерти больного ОНМК.

Врачам. С одной стороны, лечащий врач должен в первую очередь думать об эффективности препарата, а не о цене. Но если говорить о главных врачах, заведующих больничными учреждениями, начальниках медицинских служб, которые принимают решения о закупках, то для них фармакоэкономическая эффективность очень важна. Сегодня при принятии решения о государственных закупках лекарственных средств фармакоэкономическое обоснование пока необязательно, как это требуется, например, в Европе. Однако всё больше крупных лечебных учреждений обращают внимание на наличие фармакоэкономических исследований при принятии решения о закупке препарата.

Пациентам. На основании фармакоэкономических исследований государством принимаются решения, которые напрямую отражаются на пациентах. Например, исследование может выявить, что государству выгоднее закупить то или иное лекарство на бюджетные деньги, чем бороться с последствиями в случае отсутствия лечения. В результате пациенты получают больше льготных лекарств, в стационарах чаще применяются инновационные, а не устаревшие препараты.

## Практическая фармакоэкономика: не всякое дорогое лекарство эффективнее дешёвого

Не менее важным является мнение практикующего специалиста. Поэтому следующий наш собеседник — клинический фармаколог отдела Управления качеством медицинской помощи, к.м.н., доцент кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии СПбГУ Т.А. Сергеева.

— Лекарственная терапия составляет около 90 % всех лечебных назначений, и на неё в системе здравоохранения расходуется в среднем 25 % финансовых средств, — рассказывает Татьяна Анатольевна. — Следовательно, оптимизация системы лекарственного обеспечения в условиях сегодняшнего ограничения



финансовых средств является одной из основных задач, которые остро стоят перед стационарными ЛПУ.

Фармакоэкономика — междисциплинарная область прикладной медицины, которая динамично развивается на границе нескольких дисциплин: фармакологии, экономики и фармакотерапии.

Концепция экономической эффективности, ранее знакомая только организаторам здравоохранения, теперь является приоритетом у клиницистов и становится лейтмотивом высококачественного лечения больного.

Отправной точкой бурного развития фармакоэкономических исследований стал рост медицинских затрат, а именно при использовании более эффективных и безопасных, но, как правило, более дорогих ЛС.

В последнее время фармакоэкономика заявила о себе как о новом, самостоятельном направлении в науке в целом и медицине в частности.

— На примере одного из препаратов проведите фармакоэкономический анализ лечения медицинской технологией с его применением.

— В качестве примера можно привести фармакоэкономическую оценку применения лекарственного препарата Реамберин в сравнении с Раствором Рингера, Плазма-Литом и Стерофундином. В ходе проведенного российскими авторами исследования были использованы

классические методы фармакоэкономического анализа: анализ затрат, анализ «затраты — эффективность», анализ чувствительности, моделирование. В результате установлено, что лечение перитонита лекарственным средством Реамберин обеспечивает более высокую эффективность по сравнению с технологиями лечения с использованием вышеперечисленных препаратов сравнения, применяемых в ретроспективе. Например, если сравнивать показатель летальности при лечении перитонита данными препаратами, Реамберин значительно снижал этот показатель (9,76 %), в то время как у препаратов сравнения было около 16,5 % на фоне применения Раствора Рингера и Стерофундина; 20,7 % — при применении препарата Плазма-Лит.

Затраты на технологию лечения перитонита на одного пациента при использовании Реамберина составили 395 201 руб., в то время как при использовании альтернативных препаратов — Раствора Рингера, Плазма-Лита, Стерофундина — 452 042 руб., 417 826 руб. и 418 127 руб. соответственно. Фармакоэкономика очевидна на данном примере. Поэтому увеличение доли больных, получающих в качестве инфузионной терапии перитонита препарат Реамберин, приводит к сокращению затрат на терапию перитонита в лечебном учреждении. Количество сэкономленных денежных средств прямо пропорционально количеству пациентов, переведённых на медицинскую технологию с применением Реамберина. Существенным является и то, что этот оригинальный отечественный препарат производится в России и является доступным, независимо от мировой экономической и политической обстановки. В отличие от препаратов сравнения: Стерофундин (Б. Браун, Германия), Плазма-Лит (Бакстер, Великобритания), Раствор Рингера (Хемофарм, Сербия) — этот уникальный препарат входит в перечень ЖНВЛП и Стандарты оказания медицинской помощи. Разрешён для использования у взрослых и детей, начиная с 1 года. ■

# Контроль качества и хранение лекарственных средств

(Говорят участники конференции «ФармМедОбращение»)

■ Геннадий Габриэлян

*Одной из ведущих тем XVI Всероссийской конференции «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий – ФармМедОбращение 2014» стало качество производства и хранения лекарственных средств. Бесперебойно функционирующей системой, обеспечивающей оптимальный температурный режим хранения и транспортировки ЛС на всех этапах пути их следования от предприятия-изготовителя до потребителя, является холодовая цепь. В этой связи мы обратились с вопросами к производителям и поставщикам изделий медицинского назначения, обеспечивающих такую бесперебойную систему.*

## Компания «БИАС»

**Сергей Васильевич Косов**, генеральный директор компании «БИАС», подчёркивает, что главным в деятельности своей компании считает полноценное участие в поддержании холодовой цепи — лекарственные средства должны доходить до потребителей в надлежащем состоянии. Если же говорить о практической стороне дела, продолжает он, то основным содержанием деятельности компании является поставка оборудования для обеспечения и контроля холодовой цепи: термоконтейнеров, хладоэлементов, термоиндикаторов различного уровня и действия.

Компания «БИАС» приступила к производству термоконтейнеров в 2008 году, и тогда же началась их регистрация в качестве изделий медицинского назначения. Таким образом, мы попали в число пионеров подобного производства. Сегодня мы выпускаем тысячи контейнеров в месяц, у нас есть постоянные крупные клиенты, которые пользуются нашей продукцией. География поставок — от Владивостока до Бреста, включая страны СНГ: Казахстан, Белоруссию, Украину.

— **Какие виды изделий преобладают?**

— Термоконтейнеры, выполненные из пенополиуретана — матери-

ала, который на сегодняшний день является по цене и качеству самым лучшим. Специалисты компании «БИАС» взяли за основу те конструкции, которые уже существовали, и обогатили их конструкторскими идеями с учётом замечаний и пожеланий клиентов. Так, были изменены закрывающие элементы, крышки и замковая часть крышек, а также увеличена толщина стенок контейнера, что позволило улучшить теплофизические свойства изделия. С учётом требований потребителей мы изменили ряд габаритных размеров, закрыв недостающие на рынке позиции.

— **Есть ли какие-то особенности эксплуатации контейнеров?**

— Для страны с большим количеством часовых поясов и климатических зон определённые сложности есть: иногда условия транспортировки меняются от +20 до –45 градусов. В Европе плечо доставки не превышает суток, а у нас может растянуться до трёх суток и более. И контейнеры, и хладоэлементы приходится готовить особым образом.

— **Следующий технологический шаг, насколько известно из мировой практики, это создание так называемых активных термоконтейнеров?**

— Да, активные, или, как их можно, наверное, назвать, «умные»,



Анастасия Нефёлова

контейнеры способны реагировать на температуру окружающей среды и соответственно корректировать собственное поведение. Они, как правило, применяются для перевозки дорогостоящих лекарственных препаратов и биоматериалов в небольших количествах, а также препаратов крови, которые необходимо срочно доставить из пункта А в пункт Б. Потребность в них есть и достаточно большая. Поэтому наша компания, наряду с другими производителями контейнеров, работает над созданием такого изделия, чтобы заполнить нишу.

— **Как скоро можно ожидать опытный образец?**

— Он уже разработан и проходит внутренние испытания. Компания «БИАС» предполагает продемонстрировать опытный образец на предстоящей выставке «Здравоохранение — 2014», которая состоится в середине декабря этого года. После того как получим отзывы и пожелания от посетителей выставки, начнём заниматься проверкой характеристик в специализированных лабораториях, которые аккредитованы именно для этих це-



## ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ

+7 499 705-29-95(96), +7 963 765-15-55  
info@biastech.ru, www.biastech.ru



лей. Что касается прогнозируемого объёма производства, то для начала речь может идти, наверное, о сотнях экземпляров в год.

— **Перейдём к электронным термоиндикаторам. Насколько можно видеть по вашему сайту, у вас есть один крупный и давний партнёр — «ЛогТэг Рекордерс», Новая Зеландия. Каким образом вы его выбрали из числа поставщиков всего мира?**

— Мы положились на рекомендацию Всемирной организации здравоохранения, затем обратились к руководителям этой компании, они посетили Москву, мы оговорили условия сотрудничества. Со своей стороны, мы весьма им довольны, поскольку компания «ЛогТэг Рекордерс» гибко отвечает на все замечания, которые мы высказываем, в том числе и на пожелания наших клиентов. Что касается программного обеспечения для считывания индикаторов, которые являются по сути дела логгерами (они позволяют архивировать информацию в электронном виде), то новозеландские партнёры помогли нам русифицировать софт, что очень важно.

— **Что ждёт этот раздел индустрии в будущем?**

— Появляются возможности считывания информации на расстоянии, в том числе и с привязкой посредством GPS или ГЛОНАСС. В обозримом будущем, не вскрывая контейнер, можно будет понимать, что происходит внутри, за сотни километров от устройства. И регулировать температурный режим. Рассчитываем оказаться в первых рядах дистрибьюторов такого оборудования.

Несмотря на стремительное развитие электронных средств контроля, следует развивать контроль холодовой цепи и термохимическими флаконными индикаторами типа VVM (Vaccine vial monitor), которые обеспечивают мониторинг температуры каждого лекарственного средства от момента производства до момента потребления.

— **Как вы выстраиваете отношения со своей клиентской сетью?**

— Сама по себе клиентская сеть к поставщику не приходит. Главное состоит в том, что цели получить максимальную прибыль от реализации каждого изделия у компании нет. Мы стремимся держать цены на доступном для потребителя уровне. Что касается ценовой политики в отношении бюджетных организаций: детских домов, школ, госпиталей для ветеранов и так далее, то мы стремимся предоставлять им скидки в рамках, которые позволяют налоговое законодательство.

— **Теперь об интерактивном сотрудничестве с клиентами. На вашем сайте есть раздел, посвящённый обучению и консультированию. Расскажите об этом.**

— В компании «БИАС» существует негласный лозунг «Обучая — обучайся». Соответственно, в общении с клиентами мы находим обоюдный интерес, который позволяет и нам развиваться, и им оптимально применять то оборудование, которое мы предлагаем.

— **А каково содержание термина «консультирование»?**

— Во-первых, не все клиенты и потенциальные клиенты чётко представляют себе ту нормативно-правовую базу, которая определяет

применение термоиндикаторов — сколько их должно быть, какие температурные режимы должны соблюдаться и так далее. Основными нормативно-правовыми документами для обеспечения холодовой цепи являются санитарные правила и нормы, а также методические указания, разработанные Роспотребнадзором. Они, в свою очередь, базируются на соответствующих приказах министерств и ведомств, Росстандарта, документации различных специализированных лабораторий. Тщательно следя за их видоизменениями, мы как раз и получаем возможность консультировать нынешних и потенциальных клиентов по этой нормативно-правовой базе. При этом мы стараемся участвовать в процессе принятия решений при создании новых документов, опираясь на накопленный опыт и практику.

Кроме того, специалисты компании «БИАС» проводят полноценный аудит холодовой цепи. В финальном заключении имеются следующие обязательные пункты: анализ текущей ситуации (используемое оборудование, периодичность его калибровки, характеристика помещения с разбивкой на зоны), статистика выявленных нарушений, сравнительный анализ данных, полученных с использованием оборудования клиента и продукции «БИАС», и, наконец, рекомендации по улучшению системы контроля за соблюдением температуры холодовой цепи.

— **Какие шаги регулятора вы бы сочли своевременными и эффективными?**

— Регулятор, конечно, должен стоять на страже того, чтобы изделия были качественными, но, с другой стороны, он не должен ограничивать конкурентные возможности производителей — у потребителей должна существовать возможность оптимизации расходов без потери качества. Другое пожелание касается того, чтобы руководящие документы были не просто директивными, но и указывали, посредством чего обеспечить то или иное требование. Потребитель зачастую не знает, как это сделать.

## «ЦЕНТРОЛОД»

А вот комментарии **Алексея Александровича Гринёва**, генерального директора компании «ЦЕНТРОЛОД».

— Целью нашего участия в работе конференции является возможность услышать из первых уст позицию государственного органа, который контролирует обращение лекарственных средств и медицинских изделий.

В рамках действующего законодательства Контрольно-надзорные мероприятия Росздравнадзора регулярно выявляют нарушения порядка обращения лекарственных средств.

Одно из самых грубых нарушений, выявляемых в ЛПУ и аптеках, — это несоблюдение утверждённых Приказом Минздравсоцразвития от 23.08.2010 № 706Н и ст. 58,59 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 правил хранения лекарственных средств, требующих защиты от воздействия различных факторов внешней среды. По результатам проверок региональными органами Росздравнадзора составляются протоколы и накладываются крупные штрафы на юридических и физических лиц.

Информация о системных нарушениях порядка обращения лекарственных средств направляется в лицензирующий орган субъекта РФ для решения вопроса о приостановлении действия лицензии.

Материалы о проведённых мероприятиях публикуются на сайте [www.roszdravnadzor.ru](http://www.roszdravnadzor.ru)

Анализируя материалы проверок, мы видим большие риски при

использовании торговых и бытовых холодильников для хранения лекарственных средств.

— **А чем отличаются торгово-бытовые холодильники от фармацевтических?**

— Во-первых, температурный режим хранения у торгово-бытовых холодильников имеет по ГОСТу диапазон работы +1...+10 °С. Фармацевтические холодильники допускают отклонение от заданной температуры всего +– 2 °С при диапазоне использования +1...+15 °С. Отклонение от заданной температуры сопровождается звуковой сигнализацией.

Во-вторых, большинство торгово-бытовых холодильников имеют открытый, «плачущий» испаритель на задней стенке рабочей камеры. Это противоречит правилам хранения лекарственных средств, требующих защиты от воздействия влаги и пониженной температуры.

Прикосновение или близкое расположение к испарителю могут привести к замерзанию лекарственных препаратов, например инсулинов, а также к нарушению целостности упаковки препаратов.

Фармацевтические холодильники оснащены изолированной динамической системой охлаждения, исключаяющей подобное воздействие на лекарственные препараты.

Соблюдение лицензионных требований к холодильному оборудованию приобретает особую актуальность сейчас, когда Росздравнадзор передаёт значительную часть своих полномочий местным органам ис-



Анастасия Нерёдова

полнительной власти в субъектах РФ. Государственные учреждения здравоохранения, лабораторные службы, серьёзные игроки фармацевтического ритейла успешно используют фармацевтические холодильники для хранения лекарственных препаратов, вакцин и биологических материалов. Наличие Регистрационного удостоверения Росздравнадзора на фармацевтические холодильники значительно упрощает контроль за соблюдением правил хранения и качеством лекарственных средств.

**Пользуясь случаем, хотел бы поздравить сотрудников Росздравнадзора с десятилетним юбилеем их нужной и эффективной деятельности в сфере обеспечения качества и безопасности лекарственных средств.** ■



## Енисей ХШФ

**Гарантия соблюдения правил хранения лекарственных средств**

**РУ № РЗН 2013/224**

**ООО «ВАРИАНТ-999»**

**ООО «ЦЕНТРОЛОД»**

**+7(812)942-55-14**

**[www.en-med.ru](http://www.en-med.ru)**

**[en-med@ya.ru](mailto:en-med@ya.ru)**

Реклама

# Профессия — выстоять в любой экстремальной ситуации

■ Ольга Колесниченко

*В Федеральном медико-биологическом агентстве состоялся торжественный вечер, посвящённый важному юбилею — 10-летию успешного функционирования ведомства. В рамках торжественной части прошла церемония награждения наиболее отличившихся сотрудников. Руководитель ФМБА России Владимир Уйба выступил перед коллективом с речью.*

— Десять лет, которые мы вместе с коллективом отслужили, это не так уж и много с точки зрения жизни человека. А в масштабах истории страны или даже цивилизации — это и вовсе мгновение, — с таких слов начал своё обращение к собравшимся в зале сотрудникам агентства Владимир Уйба.

Однако трудно переоценить значение той сферы деятельности, которой занимается ФМБА России ради благополучия как отдельного человека, так и страны, да и всего мирового человечества. Радиационная, химическая, биологическая защита, санитарно-эпидемиологический надзор и многое другое — критически важные рубежи безопасности жизни населения. Владимир Викторович вспомнил, как ему показывали археологические раскопки на берегах Иртыша, где учёные обнаружили свидетельства о существовании человека в глубокой древности — за 30 тысяч лет до нашей эры. В ходе истории исчезали целые культуры и народы, но никогда ещё человек не создавал столь опасную для себя среду обитания, с какой мы вступили в новое, третье тысячелетие нашей эры. Радиационное, химическое или бактериологическое массовое заражение (на военном языке — оружие массового уничтожения, или ОМУ) способно поставить точку в эволюции всего живого на планете. «Эти прошедшие десять лет с точки зрения соотношения с мировой историей — миг, но мы прошли их с честью и пользой для Родины», — подчер-

кнул глава Федерального медико-биологического агентства.

— В 2004 году стало понятно, что в структуре новой реформы власти нужно из нашего Управления создать Агентство. Мы даже нашли указание в российском законодательстве на подходящую для нас форму, когда агентство с учётом функций надзора наделяется полномочиями службы, — отметил Владимир Викторович. — 11 октября 2004 года, в момент проведения совещания по биологической безопасности, пришло известие, что подписан Указ Президента РФ «О Федеральном медико-биологическом агентстве». Это была победа!

— За последующие после нашей победы десять лет мы подняли несколько фундаментальных пластов, например, заложили основы материальной базы медико-социальной экспертизы. Другой пласт, который мы подняли, это служба крови. Донорство было проблемой в масштабах страны. Мы написали концепцию, получили одобрение руководства страны, и донорство стало развиваться системно, на уровне отдельной программы модернизации службы крови. А наше агентство стало нести ещё одну функцию — надзора и контроля над службой крови. Ещё один пример и важная веха: учитывая сложное положение Института биофизики и Клинической больницы № 6, мы, при помощи Правительства, написали программу по созданию Федерального медицинского биофизического центра. Для этого нужна



Анастасия Нефёдова

была новая идеология. Всё мною перечисленное определило развитие целых направлений новых технологий и методов защиты. И в 2009 году на агентство были возложены дополнительные функции — по медико-санитарному и медико-биологическому обеспечению спортсменов сборных команд Российской Федерации. В сфере медицинского обеспечения спорта высших достижений мы вернули тот высокий уровень обеспечения, который был во времена Советского Союза и даже выше, так как при СССР единой центральной структуры управления спортивной медициной, которая теперь сформирована нами, не было. Агентством создана модель спортивной медицины, отлично показавшая себя на практике, — перечислил основные достижения руководитель Федерального медико-биологического агентства. При этом Владимир Уйба особо подчеркнул, что успехи стали возможны только благодаря тому заделу, который был заложен на протяжении уже более 60 лет, ещё со времен Третьего главного управления.

— Благодаря труду сотен тысяч специалистов, которые более по-



## Награждения

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени награждены: **Николай Филиппович Осадчий** — консультант отдела медицины катастроф, гражданской обороны и медицинского обеспечения работ по утилизации химического оружия Управления организации медицинской помощи, **Игорь Михайлович Полозков** — начальник Управления здравоохранения, **Олег Владимирович Ушкин** — начальник отдела планово-финансового управления. Также в соответствии с Указом Президента Российской Федерации главному врачу Клинического центра стоматологии ФМБА России **Валентине Николаевне Олесовой** присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации», начальнику МСЧ № 5 ЦМСЧ № 119 ФМБА России **Ларисе Викторовне Соколовской** и заведующей дневным стационаром ЦМСЧ № 119 ФМБА России **Ирине Павловне Марченко** присвоено почётное звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

Почётными грамотами Президента Российской Федерации награждены следующие сотрудники: **Наталья Николаевна Михайлова** — заместитель руководителя ФМБА России, **Елена Юрьевна Хавкина** — заместитель руководителя ФМБА России.

Ряд сотрудников были отмечены в соответствии с Приказом руководителя ФМБА России. Нагрудным знаком «Серебряный крест ФМБА России»: **Сергей Викторович Губин** — заместитель начальника Управления надзора и контроля в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического контроля, **Елена Петровна Канева** — заместитель начальника Управления здравоохранения, **Александр Трудовславович Левитов** — начальник отдела Управления организации научных исследований, **Галина Георгиевна Швец** — главный специалист-эксперт Специального управления. Советник Управления



Анастасия Нефёлова

делами, кадрового и правового обеспечения **Елена Борисовна Попсуевич** удостоена нагрудного знака «Бронзовый крест ФМБА России».

Объявлены благодарности **Оксане Витальевне Беленковой** — начальнику отдела Управления материально-технического обеспечения и капитального строительства, **Вере Николаевне Гавриковой** — начальнику общего отдела Управления делами, кадрового и правового обеспечения, **Александр Романовне Ефремовой** — ведущему специалисту-эксперту Управления делами, кадрового и правового обеспечения, **Юлии Викторовне Карамышевой** — заместителю начальника Управления здравоохранения, **Ольге Владимировне Лукичевой** — заместителю начальника отдела Управления материально-технического обеспечения и капитального строительства, **Максиму Александровичу Петрову** — заместителю начальника отдела планово-финансового управления, **Анастасии Васильевне Поповой** — заместителю начальника Управления организации спортивной медицины, **Ольге Валерьевне Эйхлер** — заместителю начальника Управления здравоохранения.

лувека в структурах, объединённых Третьим главным управлением, развивали научную и практическую базу, мы сегодня создаём современные и работающие модели управления в столь сложных областях. Низкий им поклон! — завершил своё выступление глава ФМБА России.

Федеральное медико-биологическое агентство прокладывает тропу к медицине будущего, где деятельность человека выходит за рамки природы, и без специального медико-биологического обеспечения невозможна его жизнедеятельность. Будь то космос или спорт высоких достижений,

покорение мирного атома или сложные химические производства. Не просто идти рука об руку с техническим прогрессом, а опережать его, предвидеть слабые места, чтобы быть готовыми к любым неожиданным ситуациям, какой, например, была черномыльская катастрофа. А сегодня, в эпоху глобальных потоков людей и товаров, бушуют одна за одной эпидемии. Нельзя забывать и о таком новом риске, как биологический терроризм.

— Хочу искренне поблагодарить всех работников Федерального медико-биологического агентства за достойную работу в те-

чение прошедших десяти лет. Спасибо вам большое! — такими словами руководитель ФМБА России выразил свою признательность особо отличившимся сотрудникам агентства и затем лично вручил им награды. ■



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёдова



Анастасия Нефёдова

## Россия — лидер в спорте высших достижений и его медобеспечении

■ ОЛЬГА КОЛЕСНИЧЕНКО

*В Москве в Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации прошла научно-практическая конференция, посвящённая 5-летию службы спортивной медицины ФМБА России «Медицинское обеспечение спорта высших достижений».*

Выступая перед участниками конференции, глава ФМБА России **Владимир Уйба** сказал: «За пять лет прошли такие грандиозные спортивные события как XXVII Всемирная летняя универсиада в Казани, Всемирные игры боевых искусств в Санкт-Петербурге, XIV Чемпионат мира по лёгкой атлетике в Москве, XXII Олимпийские зимние игры и XI Зимние паралимпийские игры в Сочи. Главное — Россия снова заняла своё достойное, но ранее утраченное место в лидерах мирового спорта, доказав, что мы снова сильны и способны на лидерство». Прозвучали имена основателей спортивной медицины, тех, с кого начинался этот победоносный путь, и кого уже нет, к сожалению, в живых.

**Зоя Сергеевна Миронова** — основатель спортивной травматологии в СССР, заслуженный мастер спорта и чемпионка СССР по конькобежному спорту, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, заведующая отделением спортивной, балетной и цирковой травмы ЦИТО и глав-

ный врач сборной СССР на всех олимпийских играх с 1956 года по 1980 год.

**Нина Даниловна Граевская** — основатель Федерации спортивной медицины, военный хирург в годы ВОВ, была награждена орденом Красной Звезды, орденом Отчужденной войны, медалями «За взятие Берлина», «За освобождение Варшавы», доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Спорткомитета СССР, автор учебников по спортивной медицине, заведующая кафедрой спортивной медицины в Московской государственной академии физической культуры.

**Лев Николаевич Марков** — главный врач XXII Летних олимпийских игр в Москве в 1980 году, создатель первого в стране врачебно-физкультурного диспансера и его главный врач, разработчик уникальной медико-биологической программы подготовки спортсменов и космонавтов и программ по антидопинговому контролю, заслуженный тренер СССР, заслуженный врач России, президент Федерации спортивной

медицины России, профессор Российской академии физической культуры и спорта, награждён орденом Дружбы народов и двумя орденами «Знак Почёта».

Были упомянуты и те, кто своим долголетием и активным образом жизни служит живым примером для спортсменов, на кого и сегодня опирается новая смена спортивных врачей.

**Олег Маркович Белаковский** — заложил основы медицинского обеспечения спортсменов, мониторинга функционального состояния и восстановления травмированных спортсменов, военный врач в годы ВОВ, полковник медицинской службы, заслуженный врач Российской Федерации, врач-испытатель (совершил более 150 прыжков с парашютом), врач сборных команд СССР по футболу и хоккею, начальник врачебно-спортивного диспансера и замначальника ЦСКА по медицинскому обеспечению в годы СССР, награждён орденами «За заслуги перед Отечеством IV степени», Отчужденной войны (I степени) дважды, Красной Звезды и др.

**Афанасий Варламович Чоговадзе** — основатель Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов, заслуженный деятель науки РСФСР, награждён медалью лауреа-



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова

та Нобелевской премии П. Эрлиха «За особые достижения в лечебной и социальной медицине», с 1979 по 2004 год – президент Российской ассоциации по спортивной медицине и реабилитации больных и инвалидов (РАСМИРБИ), с 2004 года почётный президент РАСМИРБИ, профессор кафедры спортивной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова.

Продолжая выступление, руководитель ФМБА России Владимир Уйба отметил, что основные принципы, заложенные в работу службы спортивной медицины ФМБА России, это бережное отношение к здоровью спортсменов и своевременное оказание медицинской помощи на самых ответственных этапах спортивной карьеры. Развитие в стране спортивной медицины определяется потребностями государства в достижении максимальных результатов в спорте. «Для этого необходимо системное, качественное медицинское обеспечение, которое не может быть оторвано от медицинской науки и практики, а, наоборот, как показали последние пять лет, должно быть интегрировано в общую медицину и расти из неё. Нужно использовать все фундаментальные достижения медицинской науки и максимально быстро внедрять это в свою практику, – подчеркнул Владимир Уйба, говоря о стратегическом подходе в развитии спортивной медицины в стране. – Наша основная задача – сохранить за Россией статус ведущей спортивной державы. Необходимо создать и реализовать на практике новые технологии и программы медицинского обеспечения спортсменов. Впереди новые высоты, а лидеру нельзя эти высоты терять».

Сравнивая организацию медобеспечения спортсменов на XXX Летних олимпийских играх в Лондоне в 2012 году с Зимней олимпиадой в Сочи, отмечают, что структура медобеспечения усложнилась, но без потери эффективности. Также в Сочи были успешными противоэпидемические мероприятия ФМБА России, направленные на предотвращение вспышек инфекционных заболеваний в местах скопления людей, спортсменов. Российские специалисты в период после Олимпиады в Лондоне и до Олимпиады в Сочи провели огромный объём работы. В общую победу в командном зачёте и завоёванные 33 медали, несомненно, внесли вклад и специалисты ФМБА России.

«Хочу поблагодарить всех наших коллег из Минздрава России, Минспорта России, Олимпийского и Паралимпийского комитетов России, из спортивных федераций, врачей, медперсонал, тренеров – всех тех, кто ежедневно своим трудом и полной самоотдачей способствовал спортивному триумфу Родины, кто смог доказать, что спортивная медицина в России жива», – произнёс слова благодарности глава ФМБА России.

**Рамил Хабриев**, директор ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», генеральный директор Российского антидопингового агентства «РУСАДА» в своём выступлении отметил, что на ниве медицинского обеспечения спорта высших достижений ФМБА России взяло эффективный старт, и этот темп снижать нельзя. Уровень медобеспечения соревнований, включая олимпиаду в России, был очень высоким. За прошедшие пять лет в аспекте допинг-контроля спортивные мероприятия показали

высокий уровень доверия к российским специалистам, к их честному выполнению контроля. В период подготовки к зимним Олимпийским и Паралимпийским играм в Сочи было обучено и подготовлено более 300 специалистов по допинг-контролю и проведено более 60 семинаров для спортсменов и медперсонала, где подробно разъяснялись все вопросы, связанные с допингом.

Рамил Хабриев подчеркнул, что организационные подходы к антидопинговому контролю меняются, это касается и биологического паспорта спортсмена, и обновления Всемирного антидопингового кодекса. С января 2015 года будет действовать более гибкая система расследования случаев применения допинга, спортсмен может получить послабление в санкциях, если будет давать показания на врачей. Эти новые правила требуют от спортивных врачей большей бдительности и большего взаимодействия с антидопинговым агентством на всех этапах медобеспечения – от повышения трудоспособности до восстановления спортсмена.

Для обеспечения антидопинговой безопасности уже после конференции Российское антидопинговое агентство «РУСАДА» и ФМБА России заключили соглашение о взаимодействии. Теперь испытательные лаборатории ФМБА России уполномочены осуществлять лабораторные исследования в рамках системы добровольной сертификации «Антидопинг». Эти меры защитят от непреднамеренного использования допинга и будут гарантировать чистоту той продукции, которая попадает к спортсменам.

Директор Департамента науки и образования Министерства спорта РФ **Сергей Евсеев** выразил мнение,



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова

что перевод пять лет назад спортивной медицины в ведение ФМБА России полностью оправдан, в Сочи спортивная медицина России показала себя лидером. Важно, что сегодня делается упор на укрепление роли государства в сфере медобеспечения спорта высших достижений. Сергей Евсеев также отметил, что, укрепляя госрегулирование, нужно обратить внимание на спортивный резерв. Это не менее, а даже более важно, чем спортивные команды высшей лиги. Нужно заранее думать о будущем, развивать детский и юношеский спорт, а вместе с ним и его медобеспечение. Сергей Евсеев заметил, что для такого массового подхода не хватает врачебно-физкультурных диспансеров.

Заложивший основы кадровой политики и методического научного обеспечения спортивной медицины в рамках ФМБА России **Борис Поляев**, главный специалист Министерства здравоохранения РФ по спортивной медицине и лечебной физкультуре, заведующий кафедрой реабилитации и спортивной медицины Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, президент РАСМИРБИ, как и предыдущие спикеры, отметил высокий уровень работы ФМБА России. Все задачи, которые были поставлены пять лет назад, успешно выполнены — медобеспечение спорта высших достижений насыщается передовыми научными разработками.

**Евгений Ачкасов**, заведующий кафедрой лечебной физкультуры и спортивной медицины Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, после слов о том, что ФМБА России подняло не только на должный мировой уровень отече-

ственную спортивную медицину, но и престиж профессии спортивного врача, остановился на вопросах подготовки врачей. ФМБА России — это не просто структура с клиническими базами, но и огромный образовательный ресурс, где есть лаборатории и экспериментальные базы. За прошедшие пять лет агентство активно включилось не только в разработку новых средств повышения работоспособности спортсменов, но и в подготовку спортивных врачей.

Научно-практическую конференцию «Медицинское обеспечение спорта высших достижений» посетило более 550 специалистов в области спортивной медицины и лечебной физкультуры из различных регионов РФ, стран ближнего зарубежья и Европейского союза. В рамках конференции прошла выставка «Медицинское обеспечение спорта высших достижений», организаторами которой выступили подведомственные ФМБА России Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации, ДПО «Институт повышения квалификации», ГНЦ «Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна». Были представлены последние мировые и отечественные разработки медицинского оборудования и фармакологической промышленности. В ходе конференции был презентован формуляр лекарственных средств для применения в детско-юношеском спорте, подготовленный в рамках НИР ФМБА России большой группой отечественных специалистов.

Для повышения эффективности медицинского обеспечения спортсменов в агентстве разработана концепция, которая включает повышение эффективности системы

управления медперсоналом, оптимизацию организационно-штатной структуры, совершенствование системы подготовки кадров и обеспечение преемственности лечебно-диагностического процесса, а также внедрение наиболее перспективных проектов и новых технологий. Так, внедряется проект по генетическому скринингу воспитанников спортивных школ. Сегодня уже существует такое понятие, как «спортивные гены», и можно выявлять генетические маркеры выносливости, быстроты и силы для конкретных видов спорта. Владимир Уйба, рассказывая о первых результатах проекта, отметил, что с выводами, сделанными на основе такого скрининга, согласились все тренеры: некоторым юным спортсменам было рекомендовано поменять вид спорта, исходя из наличия предрасположенности.

Глава ФМБА России при этом подчёркивает, что генетический скрининг не касается массового спорта и физподготовки в школах, где каждый ребёнок будет заниматься спортом на любительском уровне. Эти новые технологии будут применяться только к спортсменам, чтобы государственные затраты на воспитание новой смены высшей лиги не были напрасными. Подобная практика может быть внедрена повсеместно, если государство окажет поддержку данному проекту, подчеркнул Владимир Уйба. Страны, которые уже внедрили этот вид тестирования юных спортсменов, показывают серьёзные результаты. Помимо отбора важны и новые подходы в подготовке спортсменов. В этом аспекте ФМБА России применяет разработки не только спортивной, но и военной, авиакосмической и экстремальной медицины. ■

**Организация  
диагностики,  
лечения  
и реабилитации  
в Германии**

**Обучение  
медицинского  
персонала  
в Германии**

**Заочные  
консультации  
немецких  
специалистов**

**Страхование  
в Германии**

**Покупка  
немецких  
лекарств**

**Оказание  
юридической  
помощи**

**Санитарная  
авиация**

## **Европейское медицинское образование с DIXION**

Ключ к успеху любого современного медицинского учреждения европейского уровня – это грамотное оснащение клиники, возможность проведения полного комплекса клинических лабораторных исследований, высокая квалификация и профессиональный опыт врачей.

Зачастую акцент делается в основном на высокотехнологическом оснащении помещений, упуская из виду, что проведения ремонта с применением современных материалов и по европейским стандартам не достаточно для достижения учреждением уровня европейского качества. В данном вопросе важны медицинская интеграция и сотрудничество, которые способствуют успешной работе медицинского учреждения, предлагающего своим пациентам высокий уровень обслуживания.

Сервисная медицинская компания DIXION осуществляет подготовку и организует курсы повышения квалификации для среднего медицинского персонала из России в ведущих клиниках Германии, что даёт возможность регулярно и систематически совершенствовать свои знания.

Для медицинских учреждений мы готовы предложить индивидуальные групповые программы

обучения, включающие теоретический курс лекций и практическую работу в клинике. Программа обучения составляется совместно с заказчиком, исходя из поставленных целей обучения. В штате нашей компании работают профессиональные медицинские переводчики, которые будут сопровождать участников программы на всех этапах пребывания.

Обучение в клиниках Германии позволит получить неоценимый опыт и усовершенствовать навыки по любому направлению медицины, наладить контакты с коллегами из многих стран мира, заложить основу для научно-практической деятельности в будущем. Таким образом, специалисты получают возможность обмениваться опытом, информацией и применять свои знания на практике в российских медицинских учреждениях, повышая как свой уровень знаний и умений, так и уровень предоставляемых услуг в российских лечебных заведениях в целом.

Если Вы заинтересованы в повышении качества работы своей клиники, стремитесь мотивировать и развивать свой персонал, сервисная медицинская компания DIXION рада оказать Вам полную административную поддержку и добиться поставленных задач!



# Профсоюз медработников РФ: защита трудовых интересов медиков остаётся актуальной

■ ГЕННАДИЙ ГАБРИЭЛЯН

*Профессиональный союз работников здравоохранения РФ объединяет около 3 млн человек – работников учреждений системы здравоохранения, научных центров, аптечных, санаторно-курортных организаций, студентов и учащихся учреждений высшего и среднего профессионального образования. С 1990 года во главе этого – одного из крупнейших в России – профессионального союза стоит доктор медицинских наук, действительный член Академии медико-технических наук РФ Михаил Кузьменко. Наш разговор с ним начался с определения общей темы.*

— **М**ихаил Михайлович, какова та новая обстановка, в которой оказывается профсоюз по мере продвижения в стране медицинской, пенсионной и других реформ?

— Одним из основных направлений деятельности отраслевого профсоюза на всех уровнях продолжает оставаться работа по обеспечению защиты трудовых, профессиональных, экономических интересов членов Профсоюза.

При этом специфика последнего периода заключается в том, что практически одновременно идущие процессы реформирования бюджетной сферы в целом – такие как изменение правового положения учреждений со снятием ответственности государства за деятельность государственных учреждений, изменение формы собственности муниципальных учреждений с передачей их в собственность субъектов РФ – потребовали адаптации организаций профсоюза всех уровней к «системе координат» происходящих процессов.

В этот период основная задача Профсоюза заключалась в том, чтобы в условиях изменения источников финансирования и механизмов финансового обеспечения оказания медицинских услуг в рамках госзадания предотвратить сбой в финансировании лечебных учреждений и, как следствие, обеспечить стабильную и достойную заработную плату работникам.

На этап указанных преобразований бюджетной сферы накладывается специфический процесс формирования и внедрения новой правовой базы по оказанию медицинской помощи населению. Наше участие в обсуждении федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» позволило заложить ряд норм, направленных на обеспечение трудовых прав работников.

— **В чём состоят приоритеты руководства Профсоюза? Какие задачи самые актуальные?**

— Первое – это заработная плата его членов. Второе – огромная



## Досье

Михаил Михайлович Кузьменко окончил в 1967 году 2-й Московский государственный медицинский институт имени Н.И. Пирогова. Доктор медицинских наук, действительный член (академик) Академии медико-технических наук РФ.

На профсоюзной работе около сорока лет. В 1990–1995 годах – председатель Российского республиканского комитета Профсоюза медицинских работников и ЦК Профсоюза работников здравоохранения РСФСР. С 1995 года – председатель Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации.

Является также председателем Постоянной комиссии Генсовета ФНПР по нормотворческой деятельности и защите прав профсоюзов, членом коллегии Министерства здравоохранения РФ, вице-президентом Европейской федерации профсоюзов общественного обслуживания.

Заслуженный врач Российской Федерации. Имеет государственные награды: орден Дружбы, медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени. Отмечен также большим количеством правительственных и профсоюзных наград.

неукомплектованность лечебных учреждений, а значит, и недопустимо большая нагрузка на работающих. Эти две проблемы ставят третью: как привлечь в здравоохранение больше сотрудников. Коэффициент совместительства сейчас по стране 1,5, то есть два врача или две медицинские сестры работают за трёх человек. Появляется ещё одна производная проблема — текучесть кадров.

Остановимся на зарплате. Штука не в том, чтобы просто её повышать, и не в установлении режима уравниловки. Надо добиться, чтобы появились стандарты оплаты труда — по аналогии со стандартами оказания больному медицинской помощи. Тарифы более или менее равны сейчас у всех, в системе ОМС, но почему тогда базовые оклады разные? На отдельных территориях — две-три тысячи рублей, тогда как на соседних — шесть, восемь, девять тысяч? Вот он, стимул для текучести: медики из Тулы, Смоленска, Владимира, Твери и даже Московской области едут в Москву. Там зарплата 25–30 тыс. рублей, здесь 60–70 и до 120 тысяч.

Хорошая иллюстрация: в Уфе на станции скорой медицинской помощи резко обострилась обстановка в коллективе. На фоне значительной перегрузки в связи с недоукомплектованностью штатов здесь уменьшили размер доплаты в ночное время. Мы вместе с министерством выехали в Уфу, надбавки удалось вернуть. Но дело же во всей системе! Если мы хотим создавать действенные стандарты, то какие-то вещи должны быть определены на уровне государства. Взять те же ночные: какая разница, где работает врач — в Калуге или Москве? Но там может быть двадцать процентов, а здесь — сто. Я бы вообще не переводил скорую помощь на ОМС — это, можно сказать, специальная медицинская служба, наподобие психиатрической или противотуберкулёзной, и она должна быть казённой.

Обобщая, повторю: унифицированная система оплаты труда отсутствует — имея одну квалифи-

## О Профсоюзе

Профессиональный союз работников здравоохранения Российской Федерации, один из самых крупных отраслевых профсоюзов России, объединяет работников учреждений системы здравоохранения, научных центров, аптечных, санаторно-курортных и других организаций, студентов и учащихся учреждений высшего и среднего профессионального образования.

Численность — около 3 млн человек (по состоянию на начало 2014 года).

кацию, стаж работы и прочее, два работающих в соседних областях врача могут получать разную зарплату. В государственной системе такого быть не должно.

Чтобы уйти от несправедливой оплаты труда, надо сделать так, чтобы постоянная часть зарплаты составляла не менее 60–70 процентов. Дальше могут идти премирование и прочие бонусы. Сегодня постоянная часть не превышает 30 процентов. Всё остальное — доплаты. Причём такие, которые главный врач может дать, а может и не дать... В условиях перехода на одноканальное финансирование с возмещением всех статей расходов из средств ОМС, вхождения

здоров и медицинской общественностью над созданием стандартов нагрузки по каждой врачебной специальности — а их почти полторы сотни.

Наконец, проблема узких специалистов, которых повсеместно убирают из поликлиник первого уровня. Есть основания полагать, что такое решение может иметь неоднозначные последствия.

— Как идёт дело с выполнением указа президента о повышении зарплаты медикам к 2018 году?

— Ожидается, что она должна составлять двести процентов от средней по региону. Замечательная идея. Но никто не может

### Одним из основных направлений деятельности отраслевого профсоюза на всех уровнях продолжает оставаться работа по обеспечению защиты трудовых, профессиональных, экономических интересов членов Профсоюза.

в систему ОМС специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, всё большее значение приобретает вопрос формирования тарифов на медицинские услуги и определения доли заработной платы в тарифах. Именно поэтому мы настаивали на отражении в законе об ОМС нормы об обязательном участии организаций отраслевого профсоюза в этом процессе.

Следующий узел проблем касается норм нагрузки; в медицине этих норм, к сожалению, не существует, хотя это тоже своего рода производство. В системе стандартов, регулирующих отрасль, должна присутствовать единая шкала нагрузок — сегодня их допустимый предел определяет руководитель лечебного учреждения. И мы продолжаем работать вместе с Мин-

сказать, как считать. Вот сегодня врач получил зарплату, и она уже почти двести процентов. А что туда вошло — одна ставка или полторы? И ещё дежурства? Если полторы ставки — тогда надо стремиться к трёмстам процентам? Как можно сравнить зарплату по региону, ведь в других сферах деятельности люди в основном работают на ставку, а медики — на полторы, две и даже выше.

Я говорил на эти темы и с президентом, и с председателем правительства. Создаётся впечатление, что мы услышаны; продолжаем искать новые подходы. Сейчас мы осуществляем постоянный мониторинг реализации «дорожных карт», предусматривающих этапы достижения указанных контрольных показателей, активно в этом плане работают региональные

## Создание Профсоюза

8 января 1990 года на учредительной Российской конференции Профсоюза медицинских работников создан Российский республиканский комитет Профсоюза медицинских работников и утверждён его состав.

1992 год — Министерством юстиции Российской Федерации зарегистрирован Устав профсоюза работников здравоохранения РФ.

16 июня 1995 года Министерством юстиции РФ зарегистрирован Профсоюз работников здравоохранения РФ за № 3009.

организации профсоюза — и, должен отметить, подавляющее большинство субъектов РФ их обеспечивает.

— **Как же учесть разную стоимость потребительской корзины в разных районах страны и другие экономические условия, активно влияющие на зарплату?**

— Для этого существуют коэффициенты! Базовый оклад должен быть общим, а коэффициенты станут приводом к реальным зарпла-

допущен до своей деятельности — значит, должны быть и должностные обязанности. Что касается стандартов оказания медицинской помощи и клинических протоколов, то с точки зрения профсоюза главное — чтобы они определяли ещё и нагрузку на медицинского работника.

— **Что и в какую сторону изменилось в системе охраны труда?**

— Проблема интенсификации труда специалистов имеет один

того, чтобы учитывались весьма значительная психоэмоциональная нагрузка, которой подвергаются медики, опасность заражения при работе с кровью и другие факторы. Тут речь идёт в целом о неизвестной «вредности», которую перестали учитывать.

Что касается обеспечения безопасных условий труда, то организация контроля в этой сфере осуществляется технической инспекцией труда ЦК Профсоюза, внештатной технической инспекцией труда региональных организаций, уполномоченных по охране труда в медицинских организациях. За последние годы численность этих органов возросла, например, количество уполномоченных по охране труда составляет более 36 тыс. человек. За последние пять лет профсоюзными органами было проведено более 300 тыс. проверок, выявлено более полумиллиона нарушений.

— **Как коснулись медиков возможные изменения в системе пенсионного обеспечения?**

— Не входя в детали, можно сказать, что ни одна из обсуждаемых структур пенсии не способна обеспечить достойную старость наших медиков. Традиционные для обеспеченных стран мира 40–50 процентов от имевшейся зарплаты у нас уже сегодня кое-где превращаются в 70 процентов — и что толку? Снова базовый вопрос: от чего считать? С изъятием накопительной части пенсии мы не согласны. Её, пожалуй, можно было бы заменить корпоративной пенсией, однако

**НАШЕ УЧАСТИЕ В ОБСУЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЗАКОНОВ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» И «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» ПОЗВОЛИЛО ЗАЛОЖИТЬ РЯД НОРМ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТРУДОВЫХ ПРАВ РАБОТНИКОВ.**

там в разных местах. Вы спросите: почему эта простая и понятная механика не приведена в действие? Видимо, потому, что государство не хочет брать на себя дополнительные обязанности. Формально говоря, в Трудовом кодексе есть такое короткое словечко «может» — то есть государство может устанавливать базовые стандарты оплаты труда. Но не обязано. И лишь майским Указом Президента Правительству РФ поручено установление базовых окладов, а последующими нормативными актами Правительства предусмотрено их утверждение в 2015 году. Профсоюз мониторит ситуацию по подготовке к решению этого вопроса.

— **Тогда как, по-вашему, должны уживаться стандарты, клинические протоколы и просто должностные обязанности врача в новой «корзине» требований, предъявляемых к современному работнику здравоохранения?**

— Стандарты подготовки врачей — да, должны быть. Если врач

критичный аспект — это фактическое отсутствие типовых норм труда, на что наш профсоюз неоднократно обращал внимание отраслевого министерства. Следует отметить, что необходимость совершенствования нормирования труда также учтена Программой поэтапного совершенствования оплаты труда; Минздрав России с участием ЦК Профсоюза и с привлечением профильной научной организации приступил к этой работе.

**КОГДА МЫ ВЫДВИГАЕМ КАКИЕ-ТО ТРЕБОВАНИЯ К АДМИНИСТРАТИВНЫМ ИЛИ ФИНАНСОВЫМ СТРУКТУРАМ, ТО ИСХОДИМ ИЗ ПРИНЦИПА РЕАЛЬНОСТИ, ПРОСЧИТЫВАЕМ, ГДЕ И КАКИЕ РЕСУРСЫ МОЖНО ПРИВЛЕЧЬ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ПРОБЛЕМЫ.**

Скажем, когда-то медики получали за работу на определённых участках дополнительный отпуск, сокращённый рабочий день или дополнительную оплату. Сегодня же, с появлением новых правил, внедряемых Министерством труда, эти льготы повсеместно отменяются. И мы не можем пока добиться

в сегодняшних условиях разговаривать об этом очень сложно. Надо сказать, что и внутри Федерации независимых профсоюзов России, ФНПР, окончательного согласия по пенсионной реформе нет: нам и профсоюзу педагогов пришлось писать письмо президенту с изложением особой позиции, и нельзя



сказать, что нас никто в этом вопросе не поддержал. Достаточно упомянуть Министерство финансов и Счётную палату.

— **Насколько люди на местах знакомы с позицией руководства профсоюза по ключевым вопросам?**

— Начнём с того, что наш бесплатный журнал «Профсоюзная тема» имеет постоянную рубрику, посвящённую защите прав и профессиональных интересов работников здравоохранения. Журнал читают в каждой из 14 тысяч первичных организаций. Специальные освобождённые работники, в том числе юристы и экономисты, последовательно проводят на местах политику профсоюза. Не всегда, наверное, члены профсоюза на разных территориях способны занять единую позицию по какой-то проблеме, но в целом можно сказать, что люди понимают, ради чего они борются. Когда мы выдвигаем какие-то требования к административным или финансовым структурам, то исходим из принципа реальности, просчитываем, где и какие ресурсы можно привлечь для решения той или иной проблемы. Вот последний пример: в Смоленской области начала падать заработная плата, люди забеспокоились. Выясняется: в августе губернатор изъял из фонда ОМС 170 млн рублей. Снизил тарифы фонда — от пяти до десяти процентов. А тарифы — это и зарплата, и медикаменты, и всё прочее. Связались с Федеральным фондом ОМС — они, кстати, не знали об этой местной инициативе, выясняем, работаем.

Что касается людей — они верят нам, у нас большое членство, охват 72 процента. И члены профсоюза делают в некоторых случаях взносы даже тогда, когда им задерживают зарплату, это о чём-то говорит.

— **Какие реальные действия предпринимаются для того, чтобы власти услышали голос профсоюза?**

— Важнейшим направлением деятельности профсоюза на всех уровнях является представительство в органах законодательной и исполнительной власти. В резуль-

тате этой работы только на федеральном уровне удалось решить ряд важных для медицинских работников вопросов.

Если говорить о повседневной жизни, то вот свежий пример: мы участвовали во Всероссийской акции профсоюзов в рамках Всемирного дня действий «За достойный труд!». Президиум ЦК профсоюза работников здравоохранения РФ поддержал решение Исполкома ФНПР о её подготовке и проведении 7 октября под девизом «За достойный труд в мире без войн и санкций!». Основной формой акции профсоюзов стали митинги и шествия. Однако с учётом конкретных обстоятельств, связанных с социально-экономической ситуацией в отрасли региона, использовались дополнительные формы коллективных действий: пикеты у учреждений здравоохранения, на которых происходят задержки выплаты заработной платы, ревизия коллективных договоров, нарушение прав профсоюзных организаций; пикеты в местах массового скопления граждан с раздачей информационных материалов о деятельности профсою-

**ПРОБЛЕМА ИНТЕНСИФИКАЦИИ ТРУДА СПЕЦИАЛИСТОВ ИМЕЕТ ОДИН КРИТИЧНЫЙ АСПЕКТ — ЭТО ФАКТИЧЕСКОЕ ОТСУТСТВИЕ ТИПОВЫХ НОРМ ТРУДА, НА ЧТО НАШ ПРОФСОЮЗ НЕОДНОКРАТНО ОБРАЩАЛ ВНИМАНИЕ ОТРАСЛЕВОГО МИНИСТЕРСТВА.**

**СЛЕДУЕТ ОТМЕТИТЬ, ЧТО НЕОБХОДИМОСТЬ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА ТАКЖЕ УЧТЕНА ПРОГРАММОЙ ПОЭТАПНОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА; МИНЗДРАВ РОССИИ С УЧАСТИЕМ ЦК ПРОФСОЮЗА И С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ ПРОФИЛЬНОЙ НАУЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИСТУПИЛ К ЭТОЙ РАБОТЕ.**

за, его региональных организаций и территориальных объединений, а также дополнительные коллективные действия, направленные на защиту социально-трудовых прав работников отрасли.

— **Теперь давайте поговорим о достижениях профсоюза за последний период. Что можно сказать о них?**

— Если брать масштабный подход, последние, скажем, десять лет, то был период, когда профсоюзу медработников приходилось неоднократно останавливать деятельность своих учреждений по всей стране, от Камчатки до Калинин-

## Деятельность Профсоюза

Основная цель деятельности — представительство и защита индивидуальных, коллективных социально-трудовых, профессиональных, экономических и иных прав и интересов членов Профсоюза. В своей деятельности не зависим от органов исполнительной власти, органов местного самоуправления, работодателей, их объединений, политических партий и других общественных объединений, им не подотчётен и неподконтролен. Взаимоотношения с ними строит на основе социального партнёрства, диалога и сотрудничества.

града, с требованиями о повышении зарплаты. И она увеличилась за упомянутый период в 18 раз! Если бы не было реального, силового давления с нашей стороны — ничего бы не произошло. И в Трудовом кодексе мы добились нужной записи — о ежегодном повышении зарплаты хотя бы в режиме индексации.

Далее. По нашим предложениям был установлен ряд доплат

в здравоохранении, которых раньше не было, за стаж работы, например. Она может доходить до половины должностного оклада, и это опять же ведёт к реальному повышению дохода медработника. Появились доплаты за производственную вредность, ночные часы работы — как раз те, которые сейчас исчезают. Добились того, что сегодня медики получают прибавку к пенсии за выслугу лет.

По инициативе профсоюза, с целью привлечения специалистов на работу в сельскую местность, на федеральном уровне решён во-

## Членство в иных организациях

Профсоюз работников здравоохранения Российской Федерации является членской организацией:

- с 1990 года – Федерации независимых профсоюзов России (ФНПР) и Международной конфедерации профсоюзов работников здравоохранения (МКПРЗ);
- с 1993 года – Ассоциации профсоюзов работников непроизводственной сферы РФ;
- с 1996 года – Интернационала общественного обслуживания;
- с 2009 года – Европейской федерации профсоюзов общественного обслуживания.

прос о единовременных компенсационных выплатах (1 млн рублей) молодым специалистам до 35 лет, пришедшим после окончания учебных заведений работать в сельское здравоохранение. Теперь они могут приобрести жилое помещение или земельный участок для жилищного строительства. Наконец, мы вспомнили, что в советское время сельским медикам оплачивали расходы на коммунальные услуги – жильё, свет и так далее. В 1995 году это было отменено. Нам пришлось поднимать губернаторов и других местных руководителей, заставляя их принимать постановления о социальной поддержке медиков, прежде всего сельских. Сегодня это сделано на всех территориях, соответственные права медиков восстановлены.

Эффективным инструментом профсоюзного контроля соблюдения трудового законодательства являются проверки учреждений здравоохранения, и результаты говорят сами за себя. Осуществляя профсоюзный контроль в рамках реализации статьи 370 ТК РФ, в 2013 году представители профсоюза провели более 190 тыс. проверок соблюдения работодателями норм трудового законодательства; добились возмещения членам профсоюза более 900 млн рублей. На личном приёме у правовых и технических инспекторов труда ЦК Профсоюза побывало более 84 тыс. человек. По результатам проверок выявлено более 330 тыс. нарушений норм трудового законодательства, работодателям выдано более 16 тыс. представлений об устранении выявленных нарушений. В органы прокуратуры направлено 60 материалов, в ор-

ганы надзора и контроля – свыше ста требований о привлечении к административной ответственности работодателей, и по 77 случаям требования были удовлетворены; подготовлено и направлено в судебные органы более 2 тыс. исковых заявлений.

**– Как видоизменяется с течением времени трёхсторонний договор, который заключается ФНПР с учётом мнений отраслевых профсоюзов?**

– В нём нас интересуют, прежде всего, положения, касающиеся базовых окладов, а также вопросов охраны труда. Помимо этого, мы заключаем отраслевое соглаше-

**Что касается людей – они верят нам, у нас большое членство, охват 72 процента. И члены профсоюза делают в некоторых случаях взносы даже тогда, когда им задерживают зарплату. Это о многом говорит.**

ние с министерством – здесь мы стараемся заявить более широкий спектр требований, но получается это не всегда, поскольку возможности министерства ограничены. Однако подходы к формированию заработной платы для работников учреждений здравоохранения, науки, учебных заведений в системе Минздрава мы прописываем. Областные организации профсоюза мы нацеливаем на то, чтобы они, заключая отраслевые соглашения с местной администрацией, использовали эти параметры в борьбе за повышение зарплат.

**– Как часто вы бываете на местах, в глубинке?**

– Обычно шестьдесят процентов рабочего времени я провожу на территориях. Бываю не только

в областных комитетах профсоюза, но и в первичных организациях – поликлиниках, больницах, встречаюсь с руководителями здравоохранения, губернаторами.

В последнее время плотно занимались Крымом. Приняли в члены профсоюза 50 тыс. наших коллег в Крыму и ещё пять тысяч в Севастополе, организовали областные комитеты. Провели обучение местного актива из первичных организаций – вывозили туда своих специалистов: юристов, экономистов, технических инспекторов. Кстати, наша ежегодная спартакиада медиков тоже состоялась в этом году в Крыму – со всей страны прибыло около пятисот участников.

**– Молодёжная политика профсоюза – как она выстраивается сегодня?**

– Своевременный вопрос: 32 процента наших членов – это люди до 30 лет. Частично это объясняется тем, что они вступают в профсоюз, ещё обучаясь в училище или вузе, сейчас только медицинских вузов в стране сорок восемь. В учебных заведениях профсоюзный охват очень высок –

96–98 процентов. На всех уровнях работают молодёжные комиссии, для этого сегмента выделяются специальные средства, от шести до семи процентов бюджета. Есть семьдесят стипендий ЦК Профсоюза вузовским студентам и определённое количество стипендий учащимся средних медицинских учебных заведений, которые устанавливаются областными комитетами профсоюза. Напомню также, что благодаря старанию профсоюза молодые специалисты-медики получают от государства доплату – от двух до четырёх тысяч рублей в месяц. Да и в центральном аппарате профсоюза только в этом году мы взяли на работу семь молодых специалистов при общем числе – шестьдесят сотрудников. ■



# XIV КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА РОССИИ

18–19 марта 2015

Главное событие 2015 года  
в жизни терапевтического сообщества  
Северо-Запада России

Информация:

[congress.spb.ru](http://congress.spb.ru)



Санкт-Петербургское  
общество терапевтов  
им. С. П. Боткина



Комитет  
по здравоохранению  
Администрации  
Санкт-Петербурга



Санкт-Петербургский  
государственный  
медицинский  
университет  
им. акад. И. П. Павлова



Фармамед.РФ





Анастасия Нефедова

# X Всероссийский съезд травматологов-ортопедов России: юбилей ставит новые задачи

■ ГЕННАДИЙ ГАБРИЭЛЯН

*Свыше тысячи делегатов – цвет отечественной медицины в области травматологии и ортопедии – собрал X (юбилейный) Всероссийский съезд. Это мероприятие, как и Первый съезд травматологов-ортопедов СССР 1974 года, открылось в помещении Центрального академического театра Российской Армии. Его организаторами выступили Министерство здравоохранения России, Правительство Москвы, Ассоциация травматологов-ортопедов России, а также Центральный научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова и межрегиональная общественная организация «Человек и его здоровье». Мероприятие было поддержано Министерством промышленности и торговли РФ в рамках реализации федеральной целевой программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу».*



Анастасия Нефедова

**С**ъезд открыл президент Ассоциации травматологов-ортопедов России (АТОР), главный внештатный специалист Министерства РФ, академик РАН **Сергей Миронов**. В его официальном обращении к участникам съезда подчёркивается: «Проведение общенациональных форумов является важным шагом в деле консолидации профессионального сообщества... Руководство страны, выстраивая государственную политику и реализуя конкретные шаги в сфере здравоохранения, намерено опираться на позицию профессионального медицинского сообщества».

Затем к съезду обратился президент Национальной медицинской палаты, директор Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии **Леонид Рошаль**. Одной из главных задач он назвал создание профессиональных стандартов в области травматологии и ортопедии; они необходимы прежде всего для пред-

стоящей в ближайшем будущем аккредитации специалистов. Стандарты заложат базу для мотивации врачей постоянно повышать свою квалификацию, что будет также существенно сказываться на оплате их труда. Роль медицинского сообщества и его профессиональных организаций сегодня повышается, подчеркнул профессор Рошаль: именно им, а не министерствам поручены, в соответствии с законом, разработка клинических рекомендаций и протоколов и их внедрение. В соответствии с распорядительными документами, напомнил Леонид Михайлович, государство передаёт ряд функций, включая аттестацию, тем общероссийским организациям одной специальности, в которой состоит более половины специалистов данного профиля в стране. В этом направлении нам ещё многое предстоит сделать, подчеркнул Леонид Рошаль. Кроме того, он остановился на текущих проблемах отрасли, таких как отсутствие достаточного



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова



Анастасия Нефёлова

количества обучающих симуляционных центров, без которых невозможна качественная подготовка молодых специалистов, а также недостаточное оснащение пунктов оказания травматологической помощи материалами и инструментами.

Участники съезда заслушали приветственное письмо Департа-

представитель ассоциации травматологов-ортопедов Крыма, который сообщил о решении этого объединения вступить в АТОР.

С отчётным докладом на тему «Состояние травматологии и ортопедии России» выступил президент АТОР, директор Центрального института травматологии и орто-

**Важной проблемой остаётся подготовка и повышение квалификации специалистов, а также обучение специалистов общего профиля лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих лечение травматолого-ортопедических больных.**

мента здравоохранения Москвы, выразившее уверенность в том, что конструктивная работа съезда позволит существенно повлиять на показатели доступности и качества оказания медицинской помощи. Травматологическая служба города Москвы является одной из ведущих в Российской Федерации, подчёркивается в приветствии, и в этой связи Департамент «надеется, что идеи и решения съезда быстро придут в практическое здравоохранение и положительно скажутся на показателях здоровья жителей Москвы».

С обращениями к съезду выступили руководитель Республиканского центра патологии позвоночника, почётный директор Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии профессор **Николай Фомичёв**, ветеран отечественной травматологии и ортопедии **Вячеслав Ключевский**, а также

педии им. Н.Н. Приорова Сергей Миронов. В докладе, в частности, говорится:

— За четыре года, прошедшие с момента IX Съезда травматологов-ортопедов России, значительных положительных изменений в травматолого-ортопедической службе не произошло. Заболевания костно-мышечной системы — огромное бремя на всей системе здравоохранения в целом. В 2013 году по поводу патологии костно-мышечной системы обратилось свыше 19 млн человек. Рост заболеваемости зарегистрирован среди взрослого населения на 4,4% и среди детей подросткового возраста на 2,3%.

При этом вся травматолого-ортопедическая служба испытывает огромный дефицит кадров, поскольку физических лиц травматологов-ортопедов всего 11 137 специалистов. Дефицит травматологов-орто-

педов по стране в целом составляет 39,5%, в амбулаторно-поликлиническом звене – 45%. Население сельских районов, как правило, лишено амбулаторной специализированной травматолого-ортопедической помощи. Определённые проблемы испытывает специализированная стационарная помощь, которая остаётся доступной для населения крупных городов. В течение последних четырёх лет происходило дальнейшее сокращение специализированных травматологических коек.

Специализированная ортопедическая помощь детскому населению представлена 3000 койками. Все они расположены в республиканских, краевых, областных и городских больницах. По сравнению с 2010 годом, число детских ортопедических коек сократилось на 14,9%. Особого внимания требует медицинская реабилитация инвалидов вследствие тяжёлых травматических повреждений и заболеваний костно-мышечной системы. На сегодняшний день вопросам реабилитации и восстановительного лечения у травматологических и ортопедических больных не уделяется должного внимания. Существующие в лечебно-профилактических учреждениях отделения (кабинеты) восстановительного лечения в большинстве случаев не соответствуют современным требо-

ваниям по оснащению диагностическим и лечебным оборудованием, а специалисты не всегда владеют современными методиками восстановительной медицины.

В целом ситуация, сложившаяся в травматолого-ортопедической помощи населению, показала отсутствие чётко выстроенной системы, в рамках которой было бы сформировано понятное разделение полномочий между медицинскими учреждениями, налажена преемственность в оказании помощи.

Основная задача – создание в рамках региона системной вертикали управления специализированной травматолого-ортопедической помощью, с едиными принципами и стандартами, с равно эффективными и хорошо оснащёнными медицинскими учреждениями, независимо от места их расположения. Это позволит создать систему оказания травматолого-ортопедической помощи населению, ориентированной на раннее выявление ортопедических заболеваний и оказание квалифицированного специализированного лечения. Предстоит также большая работа по разработке и внедрению единых лечебно-диагностических стандартов специализированной медицинской помощи при травмах и заболеваниях костно-мышечной системы. Необходимо соз-



Анастасия Нефедова

дание регистров заболеваний костно-мышечной системы среди как взрослого, так и детского населения. Они позволят получать достоверную статистическую информацию и анализировать заболеваемость, результативность лечения по любым заданным параметрам, достоверно планировать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия. Кроме того, внедрение регистров позволяет оценивать качество медицинской помощи в конкретном лечебно-профилактическом учреждении не только с позиции выполнения клинических рекомендаций и стандартов, но и на основе сопоставления с результатами других учреждений.

Важной проблемой остаются подготовка и повышение квалификации специалистов, а также обучение специалистов общего профиля лечебно-профилактических учреждений, осуществляющих лечение травматолого-ортопедических больных.

В рамках X Всероссийского съезда травматологов-ортопедов состоялся **I Съезд Общероссийской общественной организации «Ассоциация травматологов-ортопедов России» (АТОР).**

В работе съезда приняли участие представители практического здравоохранения всех субъектов РФ, ведущие специалисты научно-исследовательских учреждений, высших учебных заведений и институтов последиplomного образования. Всего в I Съезде Ассоциации травматологов-ортопедов России приняли участие 1270 специалистов из всех регионов РФ, дальнего и ближнего зарубежья. В соответствии с уставом Организации на съезде были выбраны персональные составы президиума и ревизионной комиссии, а также утверждена кандидатура председателя исполкома АТОР.

**Президиум:** президент Ассоциации травматологов-ортопедов России – академик РАН, профессор С.П. Миронов (Москва), вице-президенты: член-корреспондент РАН, профессор А.Г. Баиндурашвили (Санкт-Петербург), академик РАН, профессор Г.П. Ко-

тельников (Самара), профессор Р.М. Тихилов (Санкт-Петербург), профессор А.А. Очкуренко (Москва).

**Ревизионная комиссия:** председатель – профессор И.А. Кузнецов (Санкт-Петербург), члены комиссии – д.м.н. А.С. Самков и профессор А.В. Балберкин (Москва).

**Исполком:** председатель – профессор Н.Г. Гончаров (Москва), заместитель председателя – профессор Н.А. Еськин (Москва), ответственный секретарь – к.м.н. В.А. Перминов (Москва). В состав исполкома также были предложены представители от всех федеральных округов России, включая Республику Крым и Севастополь.

Общероссийская общественная организация «Ассоциация травматологов-ортопедов России» является общественным объединением профессионалов и создана в соответствии с Конституцией РФ, действующим законодательством Российской Федерации. Организация является добровольным, самоуправляемым, некоммерческим формированием и служит для достижения следующих целей:



В рамках состоявшегося мероприятия прошла также отчётно-выборная конференция по реорганизации Межрегиональной ассоциации травматологов-ортопедов в Ассоциацию травматологов-ортопедов России. В докладе профессора А.А. Очкурченко был представлен отчёт о работе Межрегиональной ассоциации и перспективах дальнейшего совершенствования, развития и первоочередных задачах Ассоциации травматологов-ортопедов России. Были выбраны управляющие органы Ассоциации.

### Научные заседания

Научные заседания X Съезда прошли 17–19 сентября в здании Правительства Москвы. Их до предела насыщенная программа вместила в себя несколько сотен лекций, секционных заседаний, сателлитных симпозиумов, а также так называемых ланч-симпозиумов, проводившихся в экспресс-режиме — за один час. Кроме врачей из России, в за-

седаниях и дискуссиях принимали участие их коллеги из Белоруссии, Армении, Китая, Швейцарии, Бельгии, Германии, Франции, Великобритании, Латвии, Турции, Португалии, Греции, Украины, Польши, Узбекистана, Чехии, Казахстана, США и Словении.

В рамках юбилейного мероприятия состоялся конкурс молодых учёных, в работе которого приняли участие специалисты в возрасте до 35 лет.

### Из приветствия участникам и гостям X (юбилейного) Всероссийского съезда травматологов-ортопедов министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой

«На рубеже XX и XXI веков травматизм и заболеваемость костно-мышечной системы представляют огромную проблему не только национального, но и мирового значения. Как свидетельствует Всемирная организация здравоохранения, травмы представляют угрозу для здоровья людей в каждой стране мира, от которых каждый год погибает более пяти миллионов человек и ещё многие и многие миллионы получают телесные повреждения.

В связи с этим одной из важнейших задач травматологии и ортопедии является внедрение современ-

ных инновационных высокотехнологичных методов медицинской помощи. Для решения данной задачи имеются высококвалифицированные медицинские кадры и новейшие технологии.

Современное развитие травматологии и ортопедии невозможно без тесного взаимодействия с различными медицинскими специальностями, внедрением и использованием новейших достижений инженерной мысли, биомедицинской науки, тканевых и клеточных технологий. Этим аспектам в программе съезда уделяется повышенное внимание.

Находясь в открытом диалоге и опираясь на поддержку профессионального сообщества, Министерство здравоохранения Российской Федерации много внимания уделяет разработке нормативно-правовой базы вашей специальности, развитию территориальных программ оказания травматолого-ортопедической помощи.

Выражаю надежду, что съезд, объединивший специалистов высочайшего профессионального уровня, будет способствовать продуктивному обмену опытом российских и зарубежных коллег, обсуждению самых насущных проблем травматологии-ортопедии и определению перспектив развития на ближайшие годы».

— улучшение здоровья и снижение смертности населения России от травм и заболеваний костно-мышечной системы посредством непрерывного улучшения оказания специализированной медицинской помощи в области травматологии и ортопедии населению России;

— представление и защита прав и общих интересов членов Организации в государственных структурах.

Для достижения указанных целей Организация осуществляет

— содействие развитию травматологии и ортопедии в практическом здравоохранении;

— содействие профессиональной консолидации, укреплению и развитию профессиональных связей и гуманитарных контактов между специалистами травматологами-ортопедами страны;

— создание условий для наиболее эффективной реализации творческого потенциала членов Организации в интересах развития теории и практики медицины;

— представление законных интересов, содействие защите профессиональных, гражданских, социальных, авторских и смежных прав членов Организации в ор-

ганах государственной власти и иных учреждениях и организациях;

— содействие в организации профессиональных и научных связей между специалистами и обществами других медицинских специальностей, развитие международных научных связей;

— содействие развитию науки в области травматологии и ортопедии;

— объединение усилий общества и власти для решения приоритетных задач практического здравоохранения, используя при этом передовые достижения медицины;

— организация и проведение общенациональных форумов, являющихся консолидирующим фактором профессионального сообщества.

Этот перечень задач можно продолжить, а жизнь будет ставить всё новые и новые вопросы, которые необходимо решать только профессиональным сообществом!

*Организационно-методический отдел  
ФГБУ «ЦИТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России*

# «Платиновая унция» начинает свою работу

■ ДАРЬЯ СЕЛИВЕРСТОВА

*В гостинице «Националь» состоялась пресс-конференция «Платиновая унция», посвящённая открытию единственного в своём роде конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция – 2014», который проводится уже пятнадцатый раз. За полтора десятка лет мероприятие приобрело статус главного события отрасли, где традиционно собираются самые заметные участники фармацевтического рынка.*

Конкурс «Платиновая унция» – это своеобразная площадка для профессионального общения на самом высоком уровне, где определяется лучшее, что произошло в фармацевтической отрасли за последний год. Он не только подводит итоги, но и намечает основные тренды российского фармацевтического рынка, называет лучших дистрибьюторов и производителей, выявляет перспективные аптечные сети и бренды. Каждый год количество участников растёт, вместе с этим увеличиваются и изменяются сами номинации. В частности, подноминации «Региональная

фармацевтических работников. «Лучшая производственная площадка», представленная в формате «Специальная номинация оргкомитета», зафиксированы лучшие достижения, которые могут обнаружиться в пределах нашей страны.

Традиционно открыл пресс-конференцию председатель Организационного комитета конкурса **Юрий Крестинский**. В первую очередь он обозначил состав оргкомитета: «В этом году оргкомитет представлен следующими компаниями: IMS Health, Институт развития общественного здравоохранения, DSM Group, Synovate Comcon. Помимо данных компаний в ко-

миссии, вследствие этого номинации постоянно изменяются, объединяются или исключаются из списка».

Затем Юрий Крестинский обозначил способы определения победителей: «В этом году мы выбрали несколько методов оценки участников. Основной из них – это голосование Экспертного совета, в предварительный список которого включено более 350 профессионалов фармацевтической отрасли, представляющих различные её сегменты». В отдельных номинациях, продолжил председатель оргкомитета, применяется метод интернет-голосования, например, в номинации «Работодатель года». «Вполне возможно, что часть победителей будет определена на основании социологических опросов», – заметил он.

Обозначив основные организационные моменты мероприятия, Юрий Крестинский передал слово генеральному директору компании «IMS Health Россия и СНГ» **Николаю Демидову**, который представил презентацию «О кризисе, его влиянии на российский фармрынок, перспективах и сравнении с развитыми рынками». Он проанализировал местоположение России с точки зрения затрат на здравоохранение: «Я полагаю, что в данном вопросе мы примерно в одной группе с нашими соседями по БРИК. Если посмотреть на уровень затрат ВВП на душу населения, то мы находимся приблизительно на одном уровне с развивающимися странами. Отмечу, что с ростом ВВП страны, так или иначе, сокращается доля затрат потребителей на здравоохранение и лекарственное обеспечение».

Николай Демидов сделал вывод, что большинство стран, имеющих развивающийся рынок, приходят к сокращению потребления медикаментов за счёт средств граждан и переводят их в более современные схемы. Очевидно, что Россия не избежит этой участи. «Отмечу,

**ЗА 15 ЛЕТ СВОЕГО СУЩЕСТВОВАНИЯ КОНКУРС «ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ» ПРИОБРЕЛ СТАТУС ГЛАВНОГО СОБЫТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ, ГДЕ ТРАДИЦИОННО СОБИРАЮТСЯ САМЫЕ ЗАМЕТНЫЕ УЧАСТНИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА.**

аптечная сеть» и «Аптечная сеть» в 2014 году объединены в номинацию «Аптечная сеть года». В номинации «Компания года» объединены подноминации «Иностранная компания-производитель ЛС» и «Российская компания-производитель ЛС» в единую подноминацию «Производитель ЛС». Также в этом году, возможно, список пополнит номинация «Сделка года», которая отметит самые важные с точки зрения субъектов отрасли сделки на фармацевтическом рынке. Активно обсуждается номинация «Field forced года», где предложено оценивать отдельно медицинских работников и фар-

мацевтических работников. митет вошли исследовательская компания CegeDim, компания Headhunter, редакция газеты «Фармацевтический вестник». Членом оргкомитета на правах исполнительной дирекции конкурса является рекламно-коммуникационная группа «Аарон Ллойд». Аудитором конкурса несколько лет подряд выступает крупнейшая международная компания EY».

Председатель также озвучил причины изменения номинаций: «Каждый год мы стараемся придумать что-то новое, подчеркнуть самое важное, что произошло на фармацевтическом рынке Рос-



что в целом аптечный рынок России в период январь – август 2014 года вырос на 10,5%. Несмотря на действие негативных факторов, розничный рынок в 2014 году, скорее всего, покажет динамику не ниже, чем в 2013 году. Остановлюсь также на том, что в настоящий момент наблюдается долгосрочный тренд замедления темпов роста безрецептурного сегмента в стоимостном и натуральном выражении. Если говорить о долгосрочных прогнозах, то внешнеполитическая ситуация нашей страны добавляет всё больше неопределённости (длительность и сила ухудшения внешнеполитических отношений, экономических санкций и нефтяной конъюнктуры). Пока негативный эффект не выглядит существенным».

Обсуждение тенденций продолжил директор подразделения здравоохранения Synovate Comson **Олег Фельдман**: «В настоящий момент теме здравоохранения уделяется большое внимание, однако мы до сих пор сталкиваемся с бюджетными проблемами, снижением доходов населения. К сожалению, мы оказались заложниками определённых процессов, вследствие которых попадаем в некие финансовые ямы. Здравоохранение достигло такой стадии, где необходимы достаточно серьёзные изменения, где должна определиться роль самих лекарственных препаратов, их производителей, а также роль производителей медицинской техники. Это создаёт совершенно новые основы развития рынка и является большим толчком в развитии маркетинга».

Директор отдела стратегических исследований DSM Group **Юлия Нечаева** завершила аналитическую составляющую пресс-конференции: «По первому полугодю 2014 года рост рынка в целом составил 7,3%, при этом коммерческий сегмент показал рост на уровне 10%. Особенностью этого года является снижение темпов роста рынка. Если раньше рынок рос на уровне 12–14%, то по итогам первого полугодия ком-



Анастасия Нефёлова

мерческий сегмент рынка показал падение на 4,5%, причём основное снижение приходится на летние месяцы. В упаковках показатели более низкие: прирост рынка в натуральном выражении – минус 6,2%. В летние месяцы – минус 10%. На мой взгляд, главной причиной стала инфляция, которая за первые восемь месяцев 2014 года составила 6,3%, а это в два раза выше, чем в прошлых годах. Если в предыдущие годы рост рынка обеспечивался за счёт из-

менения структуры потребления, перехода потребителя на более дорогие и эффективные препараты и, соответственно, покупки более экономичных упаковок, рассчитанных на курс лечения, то в 2014 году основной фактор роста рынка – это инфляция. Также особенностью этого года является более быстрый рост рецептурных препаратов. Рассматривая разрез по импортным и отечественным препаратам в натуральном выражении, мы видим, что импортные сократились всего на 2%, тогда как отечественные препараты упали практически на 10%. Такой фактор объясняется вымыванием дешёвых отечественных продуктов. Мы просмотрели структуру рынка

**Каждый год организаторы конкурса стараются придумать что-то новое, подчеркнуть самое важное, что произошло на фармацевтическом рынке России.**

по ценовым сегментам и увидели, что доля сегмента с ценой до 50 рублей становится меньше от года к году. Рост показывают препараты с ценой от 150 рублей. Наибольший вклад в падение рынка внесли бактерицидный пластырь, валерьяна, цитрамон, уголь активированный, ацетилсалициловая кислота, нафтизин, корвалол, анальгин, парацетамол, валидол. На данный сегмент приходится самая высокая инфляция – 15,3%, это в 2,5 раза выше, чем общерыночная ин-

фляция на готовые лекарственные средства. Добавлю, что по предварительным итогам сентября рост рынка возобновился и составил 9–10%, причём в августе этот показатель был равен 1,7%».

– Итак, «Всероссийский открытый конкурс профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция» начинает свою работу! – заявил по завершении пресс-конференции председатель Организационного комитета конкурса Юрий Крестинский.

Впереди – отборочные этапы. Финальная, пятнадцатая по счёту юбилейная церемония награждения победителей «Платиновой унции – 2014» состоится 23 апреля 2015 года. ■

# Инга Кокарева: «Командой работать эффективнее»



Анастасия Нефедова

■ ГЕННАДИЙ ГАБРИЭЛЯН

*Нынешней весной наш журнал рассказывал об Амбулаторно-поликлиническом центре – ГП № 64 города Москвы (№ 5/69, 2014). По прошествии полугода разговор идёт о дальнейшем продвижении учреждения дорогой модернизации, на которой, собственно говоря, происходит главное: повышается качество медицинских услуг и одновременно они становятся более доступными для населения. Руководитель учреждения Инга Кокарева конспективно перечисляет главные достижения АПЦ «за отчётный период», о которых более подробно расскажут её коллеги – заведующие тремя филиалами, но сначала мы просим главного врача ответить на некоторые концептуальные вопросы.*

**— Инга Викторовна, возникает ли перед вашим учреждением такая проблема как уменьшение количества узких специалистов на первом уровне, которое способно вызвать сокращение их доступности?**

— Мы оставляем всех таких специалистов во всех четырёх поликлиниках АПЦ, которые, замечу, укомплектованы на сто процентов. Главный врач имеет право на подобное решение, и я этим правом воспользовалась. Однако в целом считаю, что перераспределение врачей-специалистов в пользу второго уровня имеет больше положительных последствий, чем отрицательных. Эффективно время приёма у специалиста по новой системе увеличивается.

Отмечу также, что во всех филиалах амбулаторного центра каждую субботу по очереди дежурят все специалисты для обслуживания участников Великой Отечественной войны и приравненных к ним лиц. Они могут прийти без записи и вне очереди посетить те кабинеты, которые выберут. Разумеется, они вольны также выбрать любой из филиалов.

**— Что изменилось в кадровом составе головного учреждения?**

— В штате появился медицинский психолог, который проводит еже-

месячные тренинги по вопросам врачебной этики — деонтологии, которая представляет собой совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников. Одна из главных тем — как правильно вести себя с пациентом в конфликтной ситуации.

**С РЕФОРМОЙ МОСКОВСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТКРЫЛСЯ НОВЫЙ ПРОСТОР ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ВЫПОЛНЯТЬ ЛЕЧЕБНУЮ РАБОТУ.**

Обучение началось с регистратуры: от медицинского регистратора, мы считаем, во многом зависит то, как человек будет чувствовать себя у нас на протяжении всего визита. Результат этой работы измерить легко количеством жалоб, которое уменьшается. Новый вид подготовки приобретает особую актуальность уже этой осенью. С первого ноября, согласно новому распоряжению Департамента здравоохранения, свободная запись остаётся только к двум специалистам — участковому терапевту и хирургу, кроме экстренной помощи. На первом этапе это может вызвать озабоченность и беспокойство со стороны населения.

**— Что такое для вас коллегиальность?**

— Неотъемлемое условие оптимального функционирования команды. Дважды в неделю, во вторник и пятницу, мы садимся за стол вчетвером и обсуждаем большие и ма-

ленькие проблемы. Скоро часть такого общения переместится, должно быть, в зону скайп-конференций — наступлению технологий сопротивляться невозможно, — но коллективистский дух, я уверена, останется с нами... Командой работать и легче, и эффективнее.

**Новые условия — новые возможности**

За круглым столом встретились ключевые сотрудники АПЦ, и тут выяснилось, что главные врачи всех трёх поликлиник, присоединённых в ходе реорганизации к головному учреждению в виде филиалов, продолжают руководить ими и по сей день — и это единственный такого рода пример в административном округе, а кто-то говорит, что и во всей Москве. Интересная деталь.

**Заведующий филиалом № 1 Борис Тимофеевич Хряпов:**

— Мы обслуживаем свыше сорока тысяч человек. Особенность филиала — дневной стационар на двенадцать коек, их профиль — терапевтический и неврологический.

В две смены через поликлинику проходит в среднем полторы тысячи человек, все вызовы на дом выполняются в полном объёме. Это



Анастасия Нефёнова

немалая нагрузка, но наши терапевты (у нас два терапевтических отделения) хорошо к ней адаптированы. Учреждение полностью укомплектовано и персоналом, и оборудованием.

Что можно сказать о режиме нашей работы? Его в значительной мере упорядочила новая, и я бы сказал, многофункциональная система записи к врачу: 75–80 процентов записи происходит через четыре инфомата, которые стоят в вестибюле, рядом с ними, надо сказать, постоянно находится дежурный администратор. На прямые телефонные звонки, колл-центр и портал госуслуг приходятся остальные 20 процентов.

Теперь терапевту удобнее планировать рабочее время, легче выполнить оптимальный объём нагрузки — 24 приёма в смену и 7–8 посещений на дому.

Преимуществом новой организации работы медучреждений, которое трудно переоценить, я считаю возможность маневрирования персоналом: отсутствующий по любой возможной причине врач будет немедленно заменён коллегой-дублёром из головного учреждения или другого филиала.

Раньше такой возможности не существовало в принципе, а сегодня она не только помогает оперативно реагировать на нужды населения и качественно выполнять работу, но и, конечно, развивает командный дух внутри АПЦ.

Наши планы? В частности, перестроить работу регистратуры так, как это сделано в головном учреждении: по сигналу из приёмного окошка регистратуры амбулаторная карта доставляется в нужный кабинет из специального хранилища, которое для пациента остаётся невидимым. Это и выглядит, и функционирует очень технологично.



Анастасия Нефёнова

### Заведующая филиалом № 2 Гаянэ Гарниковна Базунцева:

— Наша поликлиника находится на первом этаже жилого дома, что предъявляет свои требования к обслуживанию, и по мощности тоже отличается от других филиалов: прикрепленного населения у нас всего 28,5 тыс. человек; в смену принимаем 450 человек.

Вместе со всей отраслью мы благополучно пережили период реорганизации системы здравоохранения, который, конечно, не мог пройти совершенно гладко. Немалое количество врачей были вынуждены менять место работы, а это всегда стресс. Что касается пациентов, то им некоторое время казалось, что привычное разрушается, а новое непонятно. Хочу сказать — и знаю, что меня поддержат коллеги, — что благодаря грамотным организационным действиям главного врача мы прошли этот период плавно и почти безболезненно, начиная с оперативной установки Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) и заканчивая чисто

психологическими вещами. Решительно приветствую также электронный рецепт: одно удовольствие вывести на монитор всю лекарственную базу, выбрать нужную позицию и тут же распечатать. А при следующем посещении пациента просто указать его фамилию — и повторить рецепт. Следующий шаг, которого ждут врачи, это электронная история болезни. Он будет сделан, может быть, уже в следующем году.

Если коснуться материальной стороны лечебного процесса, то полученные поликлиникой новейшие аппараты, что особенно важно — в их совокупности, открыли перед нами совершенно новые возможности. Из-за расположения в жилом доме рентген и стоматология нам недоступны, но мы это наверстаем: филиал стоит в плане на строительство. Мы уже видели генеральный план нового здания на улице Буракова, в управе состоялось представление макета, так что через два-три года приглашаем на новоселье.

### Заведующий филиалом № 3 Камиль Магомедович Юсуфов:

— Мы большая поликлиника, приписанный контингент — 47,5 тыс. человек. У нас есть то, чего нет в других филиалах: отделение кардиологии, отделение эндокринологии, а также дневные стационары по этим профилям. Скоро открывается дневной стационар по хирургии и колопроктологии. Плановые операции, которые входят в ОМС, будут делаться бесплатно. Одновременно откроем часть платных услуг с применением высоких технологий — в частности, лазерного оборудования. Хочу заметить, что в филиале работают превосходно подготовленные хирурги: один имеет за спиной практику в институте Склифосовского, другой — в центральной районной больнице Тверской области. Объём оперативных вмешательств, надо сказать, ограничивается только нашими возможностями: нам не полагается анестезиолог, и все операции будут малоинвазивными — но очень интересными с профессиональной точки зрения!



Анастасия Нефедова

КАМИЛЬ МАГОМЕДОВИЧ ЮСУФОВ, ТАТЬЯНА ГЕОРГИЕВНА КИСЕЛЁВА,  
ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА МАТВЕЕВА, филиал №3

Дневной стационар в целом можно считать одним из самых значимых новшеств в медицинской практике последних лет. Точнее говоря, реформа системы здравоохранения в столице дала новую жизнь этой форме оказания помощи, и она сразу стала популярной: действительно, и физически, и психологически человеку гораздо легче перенести хирургическое вмешательство, не попадая на долгое время в больницу. Сейчас, когда Департамент здравоохранения ставит задачу оптимизации числа больничных коек в Москве, дневные стационары, надо полагать, получат ещё большее распространение.

Кстати, о кадрах: назначение всех специалистов согласовывается, конечно, с главным врачом головного учреждения, однако руководители филиалов имеют полную возможность вести их подбор под существующие нужды. С некоторыми врачами мы когда-то работали, другие занимались у нас совместительством, а затем были приглашены на постоянную работу. Авторитет АПЦ № 64 достаточно велик, и к нам постоянно обращаются высококвалифицированные доктора. Часто приходится сожалеть, что всех на работу принять невозможно... А развернуться современному специалисту есть где: по программе модернизации поликлиника получила самое современное оборудование

для рентгена, маммографии, флюорографии, УЗИ, в том числе для ультразвукового исследования сосудов. Отлично оснащён участок функциональной диагностики — шесть аппаратов ЭКГ, приборы для определения функции внешнего дыхания. Планируем открыть водолечение; оно, правда, не входит в ОМС, однако на этот счёт поступили многочисленные просьбы пациентов.

#### Врач-методист, заместитель руководителя филиала № 3

#### Елена Владимировна Матвеева:

— Работа со специалистами, контроль качества их работы, лекарственное обеспечение, составление отчётов — это всё очень ответственные участки, которым в нынешней обстановке, когда идёт постоянная борьба за повышение качества медицинской услуги, придаётся растущее значение. Изменился сам фон, на котором происходит контроль обследования и лечения пациента: раньше отсутствие нужного специалиста — а это случалось нередко — вынуждало руководство обращаться к главным врачам других поликлиник, со всеми вытекающими последствиями. Или взять компьютерную томографию: этих аппаратов было так мало, что регулярно приходилось связываться с органами здравоохранения.

Новые условия вызвали к жизни и новые возможности для экономи-

ческого стимулирования работы врача. Не реже одного раза в квартал собирается премиальная комиссия, которая анализирует, как проводится работа на участках: довольно ли население обслуживанием, не имеется ли нареканий в адрес доктора, как ведётся медицинская документация. Эти и другие параметры определяют размер премии, который может отличаться.

#### Заведующая вторым терапевтическим отделением филиала № 3 Татьяна Георгиевна Киселёва:

— Как терапевт должна сказать, что представители этой самой массовой врачебной специальности первыми испытывали на себе все новшества, но на них всегда валилось и больше всего шишек. Все проблемы, как уже здесь говорилось, во многом не столько организационные, сколько психологические, нам приходилось преодолевать вместе с пациентами, и в первую очередь с теми, чей возраст вынуждал их реагировать на нововведения с оглядкой. Зато теперь можно сказать, что перемены людьми приняты, и приняты с удовлетворением.

Что изменилось в работе участкового врача? Нельзя сказать, что нагрузка на него уменьшилась. Например, внедрение электроники не только упорядочивает рабочий процесс, но и требует от его участников дополнительных нервных и интеллектуальных усилий. Уровень контроля над работой терапевта не снижается: из выборочно взятых амбулаторных карт заведующий отделением делает вывод, обоснован ли диагноз, правильно ли назначены лечение, лекарственные средства и так далее. Амбулаторные карты пока заполняются от руки, но они уже несколько формализованы. Так называемая врачебная «писанина» постепенно уступает место шаблонам, которые в скором времени должны превратиться в электронную историю болезни. Хотя переход к ней, вероятно, не будет простым, в первую очередь потому, что все привыкли к наличию бумаги, и безбумажная технология потребует перестройки сознания.

**Юриисконсульт****Карина Ситраковна Сечкова:**

— Весь наш персонал продолжает утверждать здоровый образ жизни личным примером, если можно так сказать. При непосредственном участии главного врача мы принимаем участие в самых разных состязаниях и конкурсах. Весной заняли второе место в смешанной эстафете по плаванию, минувшим летом завоевали второе место в футбольном чемпионате среди учреждений здравоохранения Москвы.

Наш амбулаторный центр является постоянным участником Московского ежегодного фестиваля «Формула жизни». В рамках данного фестиваля 27 сентября 2014 года на территории комплекса «Лужники» состоялась спартакиада среди работников здравоохранения. Второй год подряд команда поликлиники № 64 завоёвывает серебряные медали по волейболу.

Отмечая высокий уровень работы амбулаторно-поликлинического центра, а также основываясь на заключениях экспертов и данных обработки аналитических исследований, экспертный совет Международного форума «Инновации и развитие» рекомендовал АПЦ № 64 для участия во Всероссийском конкурсе «100 лучших предприятий и организаций России — 2014» в номинации «Лучшее медицинское учреждение».

**Взаимодействие работает на умножение отдельных усилий**

После выступлений на импровизированном круглом столе дискуссия переходит на общие темы. Как руководители филиалов АПЦ относятся к идее появления врача общей практики, которая выдвигается некоторыми организаторами российского здравоохранения? В целом положительно. Для этого потребуется сосредоточить в одном враче весь терапевтический спектр: он должен будет знать и кардиологию, и неврологию, и эндокринологию, уметь заниматься функциональной диагностикой, например, расшифровкой ЭКГ. Кардиолог будет обязан снимать и читать

электрокардиограмму, уролог и эндокринолог — знать УЗИ и так далее. Уже началась переподготовка врачей терапевтического профиля со специализацией в гастроэнтерологии, пульмонологии, эндокринологии, ревматологии, кардиологии. Цель этого процесса — обеспечить со стороны врача общей практики максимально эффективную помощь пациенту на первом уровне, не направляя его сразу «наверх». Переучить большое количество врачей и настроить их на новую волну будет непросто, но заниматься этим придётся — так сформулировал итог доктор Юсуфов.

**Инженер-программист АПЦ****Евгений Сергеевич Плаунов**

рассказывает о готовящемся для пациентов и посетителей АПЦ сюрпризе: в ближайшее время во всех помещениях центра появится WiFi, причём на приличной скорости. «Одновременно получим пакет телевидения «Акадо», — говорит он, — так что ожидающим приёма пациентам скучать не придётся. Это один из первых подобных проектов в московских поликлиниках. Но и это ещё не всё: главный врач намерена создать для пациентов своего рода интернет-уголок: два рабочих компьютерных места с выходом в сеть. Вам надо что-то срочно уточнить или вспомнить — пожалуйста. Сейчас работаем над созданием системы онлайн-конференций между головным учреждением и филиалами посредством скайпа. Сделаем до конца года».

В ходе беседы выяснилось также, что ЕМИАС стала работать на порядок лучше, чем в момент своего внедрения. Её создатели заявляли, что система, в числе многих функций, позволит управлять потоками пациентов и вести персонализированный учёт медицинской помощи. Во многом это уже осуществилось. Переход на электронную регистратуру, позволяющую удалённо записываться на приём к врачу, стало делом сегодняшнего дня. Вторым этапом внедрения является разработка сервисов для сбора и систематизации истории болезней граждан, а также выписывания

электронных рецептов. И рецепты такого рода тоже становятся обычной практикой. Кроме того, расширился горизонт «взгляда» системы: теперь она видит, насколько загружен работой специалист того или иного филиала, кто занят приёмом, а кто свободен и готов принять пациента. Это и есть перенаправление потоков.

На вопрос, адресованный всем руководителям филиалов: если бы представилась возможность вернуться назад и остаться самостоятельными поликлиниками — согласились бы вы на это? — общим ответом послужило перечисление тех преимуществ, которые принесла с собой реформа московского здравоохранения. Это — возможность ротировать кадры между филиалами; освобождение их руководства от необходимости вести отдельную финансовую деятельность; более результативная кадровая работа. Появившийся в штате головного учреждения юрист также стал эффективным звеном в общении с окружающим миром. Другими словами, отошли хоть и необходимые, но сторонние функции и открылся новый простор для того, чтобы выполнять лечебную работу. Ну и, конечно, коллеги-руководители согласились в том, что главному врачу удалось создать такие деловые и личные связи между коллективами, при которых взаимодействие постоянно работает на умножение отдельных усилий. ■



Анастасия Нефёлова

# Вадим Миленин: «Врач должен быть личностью»

■ ГЕННАДИЙ ГАБРИЭЛЯН

*Детская стоматологическая поликлиника № 41 Северо-Западного административного округа Москвы имеет 51,9 тыс. прикрепленного детского контингента, из них 5,2 тыс. – подростки от 14 до 18 лет. Здесь работают 39 стоматологов и врачи других специальностей, занято 94 % ставок. В 2013 году в поликлинике зарегистрировано 152 тыс. посещений, ожидаемое количество посещений – 171 тысяча. Руководит учреждением главный врач, кандидат медицинских наук В.В. Миленин.*

— Детская стоматологическая поликлиника № 41 существует с 1971 года, — рассказывает Вадим Викторович. — В 1984-м она переехала в нынешнее, вновь построенное здание. По количеству приписанных пациентов мы находимся на третьем месте в Москве! Размеры не обязательно свидетельствуют о качестве, но могу сказать, что в полном соответствии с новыми правилами 41-ю поликлинику выбирают как обслуживающую и те семьи, которые живут достаточно далеко от нашей Сходненской улицы, скажем, из Химок, Красногорска и других мест ближнего Подмосковья. Это хорошо не только в смысле удовлетворения от побед в конкурентной борьбе с другими поликлиниками, но также и в экономическом отношении, если учитывать новый принцип подушевого финансирования. В силу ряда причин, например качества питьевой воды, Северо-Западный административный округ характеризуется низким «приростом» кариеса, и у нашей поликлиники существуют, образно говоря, производственные мощности, которые позволяют наращивать контингент.

Надо подчеркнуть, что детская стоматология является узкоспециализированной областью медицины. Каждый детский стоматолог совмещает в одном лице и диагноста, и «лечебника», и специалиста, способного проводить с ребёнком про-

филактическую работу. Зачастую эта функция выступает на первое место. Точно так же важна роль наших врачей-гигиенистов, которые работают в тридцати шести прикрепленных школах. Каким бы это ни показалось банальным, но учебно-методическая роль гигиениста начинается с того, что он должен научить детей правильно чистить зубы, а родителей — контролировать этот процесс. Достаточно сказать, что в школах ежегодно происходит около 40 тыс. профилактических приёмов, и по этому показателю можно представить себе масштаб соответствующей деятельности.

Программа модернизации московского здравоохранения затронула, естественно, и 41-ю поликлинику. Мы получили новое высокотехнологичное оборудование на общую сумму, превышающую 10 млн рублей. Назову прежде всего стоматологические установки высочайшего качества. Они малошумные, а значит, дети их меньше боятся, испытывают меньший стресс. К главным подвижкам, которые стали следствием технологического перевооружения, можно отнести новые возможности не только в лечении, но и в диагностике заболеваний. И здесь нельзя не сказать о новом рентгеновском диагностическом оборудовании, таком как цифровые ортопантографы.

В подходе к лечебному процессу в целом произошли заметные из-



Анастасия Нефёдова

## Досье

Вадим Викторович Миленин работает в детской стоматологической поликлинике № 41 СЗАО с 1998 года. В 2008 году назначен на должность главного врача. Кандидат медицинских наук, доцент, автор 37 научных статей, соавтор двух монографий.

менения. Сама работа стоматолога стала более структурированной — определены три ступени, на которых оказывается та или иная помощь. Да и процесс общения пациента с поликлиникой становится принципиально иным: можно не только дистанционно записываться на посещение, но и выбирать конкретного врача, что раньше казалось делом неслыханным.

У нашего учреждения есть ещё некоторые особенности. Как известно, поликлиника № 41 — одна из трёх в Москве, где дети могут получить стоматологическую помощь при общем обезболивании. Подобное назначение возникает, например, когда у ребёнка от двух лет и старше может быть поражено кариесом сразу несколько зубов — так проявляется множественный

На базе Детской стоматологической поликлиники № 41 СЗАО работают две кафедры Российской медицинской академии постдипломного образования (РМАПО) — общей стоматологии и зуботехнических технологий, а также стоматологии детского возраста. Их сотрудники осуществляют следующие функции:

- проведение ежемесячных научно-практических конференций по актуальным вопросам детской стоматологии;
- периодическое проведение мастер-классов по применению новейших методов диагностики, профилактике и лечению стоматологических заболеваний у детей, правильному использованию современных пломбирочных материалов;
- организация тематических занятий, интересующих практикующих врачей;
- консультация и лечение наиболее сложных пациентов вместе с врачами поликлиники: в 2013 году санировано 1720 пациентов.

Кроме того, врачи поликлиники вовлечены в научную работу кафедр, и двое из них находятся сейчас в предзащитном периоде подготовки кандидатских диссертаций.



Анастасия Нефёлова

декомпенсированный кариес. Здесь необходимо применять ингаляционные анестетики, чем отлично владеют наши специалисты. Так что мы являемся последней инстанцией для детей, которых в стоматологии называют «неконтактными».

Кроме того, бесплатной лазерной медициной в стоматологических госучреждениях Москвы занимаемся только мы — это происходит уже в течение пяти лет. Речь идёт о пластике мягких тканей посредством лазера. Ткани заживают максимально быстро, ребёнок испытывает наименьший дискомфорт. Болезненность процедуры в послеоперационном периоде минимальна, а септические осложнения практически отсутствуют. Будем это направление развивать.

О чём хочется сказать особо? Каждый десяťый из наших реальных или потенциальных пациентов — подросток от 14 до 18 лет, и таких молодых людей у нас свыше пяти тысяч. Все хотят быть красивыми, и все понимают, что во многом это зависит от состояния и часто даже формы зубов и прикуса. Поэтому я и мои коллеги как современные врачи (какие бы экономические проблемы за нашими спинами ни стояли, а они, поверьте, есть, перестройка любой отрасли без них не обходится) стараемся делать всё, чтобы эти мальчики и девочки выглядели достойно. Ведь сознание у них сильно измени-

лось: тот подросток, который был десять лет назад, и тот, который есть сейчас, — это совершенно разные люди. Сегодняшний молодой человек стремится к здоровому образу жизни, неотъемлемой частью которого является забота о зубах, и здесь наше профилактическое воздействие, теоретическое и практическое, ложится на хорошую почву. Мы стараемся быть максимально лояльными по отношению к их ожиданиям: начиная от устройства консультаций с профессурой из состава работающих у нас кафедр и кончая применением самых лучших зубоврачебных материалов из числа возможных. Особняком стоит ортодонтическая проблема, связанная с прикусом: в поликлинике осуществляется установка брекетов и других съёмных и несъёмных аппаратов. Большая часть лечебного процесса у нас бесплатна, хотя существует и набор платных услуг. Например, при установке брекета пациент нашего округа платит только за материал, то есть за сам аппарат. Обслуживание этого аппарата, корректировка осуществляются бесплатно, а продолжаться такой процесс может от года до пяти лет. Ежегодно мы ставим 300–400 брекетов, и количество посещений ортодонта год от года растёт. Общественное мнение, помноженное на рост качества данной услуги, — вот в чём можно видеть причину такого явления. Ну а врачи, со своей стороны,

тоже считают, что подросток должен иметь возможность улыбаться во весь рот.

Что занимает меня больше всего как руководителя? Во всяком случае, не материальные ценности. Настоящий руководитель должен прежде всего заботиться о состоянии коллектива. Стараться поддерживать его в статусе объединения единомышленников. И ещё — людям должно быть удобно. Для этого делались ремонты, для этого закупалось медицинское оборудование и даже кондиционеры — чтобы было приятно работать тем, кто здесь практически живёт, медики ведь действительно живут в поликлинике.

В каждом молодом враче, который приходит в поликлинику, видишь своё будущее. Так же как мы в своё время становились врачами, только пройдя определённые этапы, современному выпускнику медицинского вуза надо многое преодолеть, чтобы врачом стать. Самое главное — самостояние молодого специалиста. Это не только обучение, это всё вместе; а результат возникает тогда, когда он становится этически грамотной личностью. То есть это должен быть профессионал, способный гордиться тем, что он сделал. ■



ЕКАТЕРИНА ВЛАДИМИРОВНА ОСИПЕНКО,  
генеральный секретарь UEP

### Знак качества в медицинском образовании

Екатерина Осипенко, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель научно-клинического отдела фониастрии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», генеральный секретарь Европейской академии фониастрии, секретарь правления Российского общества оториноларингологов, президент XXVII конгресса UEP:

— Это первый случай в истории отечественной медицины, когда организованный в нашей стране конгресс получил столь высокий образовательный статус. Можно сказать, что аккредитация UEP — знак качества, который был присвоен этому мероприятию. Смысл аккредитации в том, что за участие в конгрессе, согласно европейской системе непрерывного образования медицинских специалистов, они получают определённое количество баллов, которые свидетельствуют о том, что пройден курс повышения квалификации. Россия, согласно Болонской конвенции, планирует присоединиться к этой системе непрерывного образования врачей. Но пока в нашей стране действует иной механизм: каждые пять лет в течение месяца врачи проходят курсы повышения квалификации.

## XXVII Конгресс Союза европейских фониастров: самые передовые достижения в области фониастрии были представлены в российской столице

■ ЕЛЕНА МЕЛЬНИКОВА

*Актуальные научно-практические аспекты фониастрии, ларингологии, логопедии и педиаудиологии обсуждались в Москве на XXVII Конгрессе Союза европейских фониастров (UEP). В нём приняли участие более 300 ведущих специалистов из России, Европы и стран СНГ. Организаторами конгресса выступили ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» и Союз европейских фониастров. Конгресс стал первым в истории современной России масштабным мероприятием международного уровня в области оториноларингологии. И впервые организованный в нашей стране медицинский конгресс получил аккредитацию Европейского совета по непрерывному медицинскому образованию при Евросоюзе.*

Это происходит с отрывом от работы и, если речь идёт о региональных специалистах, то зачастую и с отрывом от места жительства. Если сравнивать с иностранной системой, то это неудобно. К тому же настоящий врач не может учиться раз в пять лет, он должен совершенствоваться в профессии постоянно.

**ЭТО ПЕРВЫЙ СЛУЧАЙ В ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ,  
КОГДА ОРГАНИЗОВАННЫЙ В РОССИИ КОНГРЕСС  
ПОЛУЧИЛ СТОЛЬ ВЫСОКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ СТАТУС.**

Мы, организаторы XXVII конгресса UEP, гордимся, что он прошёл в нашей стране. Причём впервые в истории. Добиться этого было непросто. В 2012 году в Хельсинки на ежегодной ассамблее Союза европейских фониастров мы завоёвывали право проведения конгресса на российской земле так же, как это делают страны — кандидаты на проведение очередной Олимпиады. Цель конгресса — интеграция российской ларингологии-фониастрии в международную. Для этой цели необходимо было заинтересовать молодых врачей новыми возможностями в лечении патологии гортани, дать возможность впервые выступить перед иностранными коллегами и сделать это на английском языке.

Безусловно, узкая специализация в фониастрии требует дополнительных знаний. На состояние голоса, например, сильно влияют психологические, эндокринологические и гастроэнтерологические проблемы. Вообще, по голосу, многое можно сказать о человеке, его характере, болезнях. Так что фо-

ниатрия — сложная специальность, требующая от врача знаний и умений. Поэтому могу с уверенностью сказать, что занимаются этим только увлечённые люди.

Проведение конгресса UEP в Москве — очередной шаг в направлении повышения качества фониастрической службы в России и свидетельство того, что наши врачи и учёные вносят большой вклад в развитие мировой фониастрии.

### Уникальная возможность для обмена опытом

Антуанетт ам Цэнхофф-Диннесен, президент Союза европейских фониастров:

— Я была очень рада принять участие в конгрессе UEP в Москве.



Мы получили прекрасную возможность обмениваться опытом и новыми достижениями. Особенно важно то, что на мероприятии присутствовали и выступили с интересными докладами не только оториноларингологи и фониатры, но и представители смежных дисциплин. Фониатрия сейчас развивается в различных направлениях, и для успешной работы в этой сфере необходимо учитывать все аспекты. Одной из наиболее актуальных проблем, требующих обсуждения на международном уровне и выработки совместных решений, является вопрос заболеваний органов речи и слуха у детей. Также много внимания уделяется вирусным заболеваниям гортани. Например, исследования доказали, что некоторые болезни вызывает вирус папилломы человека, и, соответственно, стало понятно, как их лечить. Также очень сильно в последнее время продвинулась хирургия гортани. В первую очередь потому, что стали использовать лазер, причём настолько тонкий, что теперь возможно проводить сверхсложные операции. Активно изучается и проблема влияния такого гастроэнтерологического заболевания, как рефлюкс, на гортань и связки. Эти и многие другие актуальные вопросы оториноларингологии и фониатрии обсуждались на конгрессе.

**Йохан Сундберг**, профессор музыки, приглашённый профессор Лондонского университета, член Шведской королевской академии музыки:

— Крайне важно то, что во время таких встреч можно не только узнать много нового, но и получить оценку коллег по поводу своей работы. Фониатрия — очень широкая наука, поэтому своевременно обмениваться опытом просто необходимо, особенно учитывая скорость развития технологий в этой сфере. Сейчас, например, появились абсолютно новые технологии восстановления голоса, в частности, имплантационная хирургия гортани, что раньше сложно было себе даже представить. Очень продвинулись вперёд и исследования в сфере

генетической предрасположенности к заболеваниям гортани. Так, учёные и врачи уже сейчас могут определять, кто в группе риска, а кто нет.

**Татьяна Черниговская**, психолингвист, профессор СПбГУ, дважды доктор наук, заслуженный деятель наук РФ:

— Ещё совсем недавно генетических исследований нарушений речи и слуха не было, но теперь интерес к ним резко возрос. Достижения генетики — это новый поворот в оториноларингологии. Выяснилось, что есть генетические основания даже у способностей осваивать языки и читать. Полагаю, что благодаря этому открытию в будущем может быть совершён прорыв в лечении заболеваний, связанных с нарушением речи и слуха. Правда, важно, чтобы люди поняли свою ответственность и использовали достижения генетики только во благо всего человечества. Этот вопрос тоже требует

**КОНГРЕСС ПРЕДОСТАВИЛ УНИКАЛЬНУЮ ВОЗМОЖНОСТЬ ДЛЯ РОССИЙСКИХ ВРАЧЕЙ ВСТРЕТИТЬСЯ С ЗАРУБЕЖНЫМИ КОЛЛЕГАМИ И ПОЛУЧИТЬ МАКСИМУМ НОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, НЕ ВЫЕЗЖАЯ ЗА ГРАНИЦУ.**

совместного обсуждения на международных встречах. Я убеждена в том, что местной науки не бывает, она может быть только мировой, а для этого специалисты должны не только читать статьи друг друга, но и разговаривать.

### На пути к единым стандартам европейской фониатрии

**Кристина Нойшафер-Рубе**, профессор академии фониатрии, педаудиологии и нарушений коммуникации Uniklinik, президент Европейской академии фониатрии:

— Участие в конгрессе фониатров — бесценная возможность для врачей, учёных, педаудиологов и представителей смежных специальностей встретиться, обсудить общие проблемы и выработать совместные решения по многим вопросам. Дело в том, что в разных странах фониатрическая служба организована по-разному. В Герма-



**Николай Аркадьевич Дайхес**, д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

нии, например, уделяется одновременно много внимания и голосу, и слуху. В других странах всё это изучается отдельно. А в некоторых странах фониатрия вообще не считается врачебной специальностью. Совместными усилиями специалистов, в том числе и российских, в прошлом году мы создали Европейскую академию фониатрии, в которой фониатры из раз-

ных стран смогут повышать свою квалификацию и получить европейский сертификат. Планируется проведение трёх-четырёх учебных курсов в год. Первый из них пройдёт в Брюсселе. Мы надеемся, что эта инициатива будет востребована врачами. С программой курсов для фониатров можно ознакомиться на сайте Европейской академии фониатрии. Там же мы размещаем различные актуальные статьи по профессиональной тематике. Кроме того, у нас действует программа обмена преподавателями из разных стран.

Я считаю, что всё это важно, так как без постоянного обучения, повышения квалификации и обмена опытом с коллегами из разных стран фониатры не могут полноценно совершенствоваться в профессии. А такого рода помощь, как я вижу по своему опыту работы в клинике, становится нужна всё большему количеству людей. ■



## Гордое знамя Поликлиники № 6

■ Екатерина ШИПИЦИНА

**О**ГБУЗ «Поликлиника № 6» исполнилось 45 лет. Все эти прожитые учреждением годы сложно отобразить в небольшой статье: много событий, много имён, много достижений. Однако в нескольких словах нашего заголовка заключён глубокий смысл: он символично характеризует жизнь коллектива поликлиники из Смоленска. Почему их корпоративное знамя — гордое, мы узнали у главного врача учреждения, отличника здравоохранения РФ, заслуженного врача РФ Ольги Викторовны Лебедевой.

— **Ольга Викторовна, вы 24 года посвятили Поликлинике № 6, из них 16 — в роли руководителя, поэтому половина жизни учреждения читается и по вашей ладони. А 2014 год для коллектива стал юбилейным.**

— Да, очередной рубеж — это повод для итогов. И эти итоги я хочу представить не в отчётных цифрах, а лучше расскажу о людях, которые работают у нас. Здесь трудятся поистине увлечённые своей профессией личности. Не секрет, что в последнее время появилось много новых модернизационных элементов в работе врача, например электронные системы. Всё это благополучно освоено нашими специалистами. Нововведения автоматизируют человеческий труд, как будто даже упро-

щают, но работа врача всегда будет оставаться сложной, так как завязана она на каждодневной человеческой боли. Сегодня складывается тенденция, что пациент обращает внимание на то, в какой степени врачующий проявляет участие к его проблемам. Наши доктора любят своих пациентов и стараются каждому уделять максимум внимания. Не забываем и о глобальных задачах, которые поставлены сегодня: модернизация, диспансеризация, установка по удержанию достойной средней заработной платы и т.д.

Я дорожу нашими кадрами. Отрадно, что одна четвёртая часть коллектива — это те, кто работает здесь 30 и более лет. 80% врачей имеют высокие квалификационные категории, этот же показатель у 83% среднего персонала.

Расти лично — это желание многих наших коллег. В 2013 году врач-терапевт участковый Г.В. Гольдберг стала лучшим врачом года России в своей номинации. Больше 30 лет проработала на одном участке, необыкновенно творческий человек: занимается вязанием, плетёт кружева, вышивает, она представляла свою ручную работу на выставке в Москве.

У нас работает необыкновенная личность — врач-хирург Юрий Алексеевич Вавулов, не единожды побывавший на Северном полюсе. Руками Ю.А. Вавулова наше гордое знамя Поликлиники № 6 водружено во льдах на полюсе. Два года назад в адрес поликлиники и Департамента здравоохранения пришло письмо от первого вице-президента Русского географиче-

ского общества А.Н. Чилингарова с благодарностью Ю.А. Вавулову — за достойное исполнение долга врача: во время экспедиции у одного участника случился инфаркт, и наш хирург оказал квалифицированную помощь и спас жизнь путешественнику.

И таких людей, не равнодушных к своей профессии, выбирающих при этом путь самосовершенствования, много. Например, И.И. Столярова, заместитель главного врача по медицинской части, также становилась лучшим врачом-эндокринологом в городском конкурсе. Главная медицинская сестра Н.К. Трыкина работает в поликлинике уже 45 лет, для неё недавний юбилей — это ещё и юбилей для единственной записи в её трудовой книжке. Все эти и другие люди, которых я не назвала, горят на работе, как пламя, горят лучшими идеями. И этим нужно дорожить.

Мы будем продолжать жить яркой насыщенной жизнью. Поликлиника уже семь лет благодаря профсоюзу участвует в туристических слётах, проводимых в День медроботника. Там мы в полной мере демонстрируем свои таланты — и спортивные, и певческие, и поэтические, и художественные. Не остаётся без призов.

— **Вы ищете среди врачей увлечённых личностей. Вопрос, чем любите заниматься вы в свободное время, будет очень кстати.**

— Я люблю выращивать, садоводство — моё любимое занятие. Когда урожай удаётся, то славу свой труд в виде угощений. В том году, например, поспело много яблок, и я их раздавала многим своим коллегам. ■



Наши доктора неоднократно побеждали в профессиональных конкурсах разного уровня. Последний случай — оториноларинголог Е.А. Магидова победила во Всероссийском конкурсе врачей в номинации «Лучший оториноларинголог». Жюри оценило её творческий подход к созданию научной работы. Кроме того, что она интересуется сверхновыми достижениями в области оториноларингологии, она же развивается как личность, очень красиво её увлечение искусством танца.



17-20  
ИЮНЯ

2015



МОРПОРТ  
Несебрская, 11



НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ  
«ЗДОРОВЬЕ РОССИИ. СОЧИ-2015»

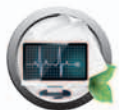
XVI международная специализированная **ВЫСТАВКА**



**МЕДИЦИНА  
СЕГОДНЯ И ЗАВТРА**



IX специализированная **ВЫСТАВКА**  
**СПОРТИВНАЯ ИНДУСТРИЯ**



**КОНФЕРЕНЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ**

В РАМКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ЦИКЛА пройдут пленарные,  
секционные заседания, круглые столы

Информационные партнеры:



  
СОЧИЭКСПО

Выставочная компания «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г.Сочи»  
Тел.: (495) 745-77-09, (862) 264-87-00, [www.sochi-expo.ru](http://www.sochi-expo.ru)

# Научно-практическая конференция наркологов: совершенствование правовых основ наркологической помощи

■ ДАРЬЯ СЕЛИВЕРСТОВА

*«Совершенствование правовых основ наркологической помощи» – такое название получила научно-практическая конференция, проходившая в Москве при поддержке общероссийской общественной организации по содействию в профилактике и лечении наркологических заболеваний «Российская наркологическая лига», Министерства здравоохранения Российской Федерации и ФГБУ «Национальный научный центр наркологии Минздрава России». Отметим, что данное мероприятие прошло совместно с Советанием главных наркологов органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.*



Анастасия Нефедова

С самого утра началась регистрация участников конференции, одним из которых уже более двадцати лет подряд становится руководитель отдела наркологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, главный нарколог Ленинградской области, доктор медицинских наук, профессор **Евгений Крупицкий**. «Судя по программе, мероприятие обещает быть интересным, – предположил он накануне открытия конференции, – вследствие того, что оно ориентировано на правовые аспекты, стандарты, протоколы и всё, что связано с нормативными документами оказания наркологической помощи в этом году».

– Наша конференция объявляется открытой! – оповестил собравшихся доктор медицинских наук, профессор **Евгений Брюн**, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Министерства здравоохранения Российской Федерации, директор ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы». «Никогда в течение года нам не удаётся собрать такое большое количество народа, чтобы обменяться новостями, немножко поспорить, решить различные насущные проблемы. Поэтому пред-

стоящие два дня будут чрезвычайно насыщенными», – добавил он.

Первой на конференции выступила **Оксана Гусева**, директор Департамента организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности Министерства здравоохранения РФ. Она зачитала письмо министра здравоохранения Российской Федерации **Вероники Скворцовой** «Участникам и гостям научно-практической конференции». В письме министр здравоохранения России подвела итоги текущего года: «В этом году произошли знаковые события для российской наркологии: утверждена концепция модернизации наркологической службы до 2016 года, Минздравом России в соответствии с планами мероприятий по реализации указанной концепции разработан пакет нормативно-правовых актов, позволяющих оптимизировать работу наркологической службы. Основной упор при этом сделан на развитие профилактики наркологических расстройств и встраивании наркологической службы в общую систему медицинской профилактики наркомании. Профессиональным медицинским сообществом разработаны и утверждены семь клинических рекомендаций в протоколах лечения по вопросам оказания медицинской помощи больным нар-

кологического профиля». Вероника Игоревна пожелала всем участникам и гостям конференции «высокоэффективной работы, продуктивного обмена опытом, творческих и профессиональных успехов».

После небольшой ремарки Оксана Гусева перевела собравшихся в рабочий ракурс и озвучила ряд задач. Более пристальное внимание она уделила формированию профилактической системы, межведомственному взаимодействию с управлениями ФСИН, вопросам о медвытрезвителях, упоминая о пациентах, которые не нуждаются в медицинской помощи (их примерно 70%), финансирование также явилось важной стороной обсуждения.

Оксана Гусева проинформировала: «Все регионы должны представить до 1 декабря 2014 года таблицу «Финансы 2012–2017 гг.», то есть объёмы финансирования, которые выделяются на службу. Данная информация необходима для анализа того, насколько упало финансирование служб и за счёт чего это произошло».

Директор Департамента остановилась также на различных изменениях в стандартах, рассказала о том, какие нововведения планируются в ближайшее время.

Затем Оксана Гусева ответила на многочисленные частные прак-

тические вопросы, которые, по заявлению директора Национального научного центра наркологии Росздрава, заведующего кафедрой психиатрии и медицинской психологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, члена-корреспондента РАМН, профессора **Н.Н. Иванца**, «во все времена чрезвычайно сложно решить».

Далее конференция продолжилась научным блоком. Первой выступила **Евгения Кошкина**, директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный научный центр наркологии» Министерства здравоохранения РФ, с докладом «Мировые тенденции распространённости наркоманий на современном этапе». Она обратила пристальное внимание на ситуацию, которая складывается в мире в сфере «новых» наркотиков, таких как «спайс».

Евгения Анатольевна предоставила сравнительные данные европейской части мира с российской. Выяснилось, что в странах Европейского союза происходят стагнация и снижение употребления героина и кокаина, при этом вызывает обеспокоенность появление новых веществ. Активно развивается рынок синтетических наркотиков. Спикер заявила, что наблюдается «явный прогресс по основным задачам здравоохранения, а также неоднозначные тенденции в разных странах по-прежнему представляют собой проблему. За 2013 год выявилось 81 новое психотропное вещество. В России в 2,8 раза увеличилось число впервые обратившихся с диагнозом «другие наркотики» (в

эту группу входят все ПАФ, кроме опиатов, каннабиноидов, стимуляторов и кокаина) по сравнению с 2006 годом.

Директор ННЦ наркологии полагает: «Самое большое распространение наркотики получают через интернет. Только за 2013 год «легальные» психоактивные вещества предоставлял европейцам 651 сайт».

За два дня участники конференции услышали около двадцати докладов, касающихся разных сторон наркомании в России. При этом одной из важных проблем, оказавшихся в центре внимания, стала непосредственно терапия алкогольной и наркотической зависимости. Собравшиеся констатировали, что решение данной проблемы осложняется несовершенством законодательной и правовой базы. Необходимо создание единых федеральных клинических рекомендаций на основе доказательного терапевтического подхода. Именно этому и был посвящён один из докладов, который принадлежал заведующему кафедрой медицинской и общей психологии Казанского ГМУ, доктору медицинских наук, профессору **Владимиру Менделевичу**. В частности, Владимир Давыдович отметил, что отсутствие рациональных подходов к лечению алкогольной зависимости представляет одно из существенных препятствий к решению многих социально-экономических проблем РФ. «В первую очередь, к ним относится неудовлетворительное состояние здоровья граждан, низкая продолжительность жизни и недостаточные для успешного развития стра-

ны трудовые ресурсы», – уточнил спикер.

Профессор **Е.М. Крупицкий** в своём докладе подчеркнул важность разработки стандартов оказания наркологической помощи на основе неукоснительного соблюдения научных критериев оценки эффективности терапии и в строгом соответствии с принципами доказательной (т.е. научной) медицины. Он также указал на «серьёзные негативные последствия несоблюдения принципа научной обоснованности медицинских рекомендаций при разработке протоколов ведения больных с зависимостью от алкоголя или наркотиков».

Тему рационального подхода к лечению также поддерживает профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, член Правления Евразийской профессиональной ассоциации аддиктивной медицины **Юрий Сиволап**: «Одним из основных барьеров для успешного решения проблемы лечения алкоголизма является изоляция отечественной наркологии от мирового профессионального сообщества и отсутствие современной национальной научной наркологической доктрины. Нередко при этом научные факты подменяются моралистическими и идеологическими установками».

Между выступлениями участники конференции имели возможность в неформальной обстановке пообщаться друг с другом, а также познакомиться с новыми коллегами, каковыми в этом году стали представители новых районов Республики Крым. ■



Анастасия Нефедова



Анастасия Нефедова

# Наркологический диспансер Омской области: активная борьба за здоровье несовершеннолетних

■ ДАРЬЯ СЕЛИВЕРСТОВА

*В рамках Сопещения главных наркологов органов управления здравоохранением субъектов РФ прошла конференция «Совершенствование правовых основ наркологической помощи», на которой присутствовали представители наркологических организаций со всей России. Участники встречи обсудили различные вопросы, в том числе касающиеся проблем несовершеннолетних.*

*В частности, нам удалось пообщаться с кандидатом медицинских наук, заведующей амбулаторно-поликлиническим отделением для обслуживания детского населения БУЗ Омской области «Наркологический диспансер» Алёной Гавриловой, которая рассказала более подробно о функционировании детского диспансера в области.*

**— Алёна Сергеевна, как давно осуществляет свою работу ваша организация?**

— Детско-подростковая наркологическая служба была создана в Омской области в 1998 году, в то самое время, когда была организована Детская городская наркологическая больница. С 2007 года после реорганизации в Омском регионе наркологическая помощь детско-подростковому населению оказывается в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер» (БУЗОО «НД») и в наркологических кабинетах центральных районных больниц.

В настоящее время показатели мощности подразделений наркологической службы Омской области соответствуют средним значениям по Сибирскому федеральному округу. Работа построена в соответствии с федеральными стандартами лечения наркологических больных и Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Наркология».

**— Сколько пациентов состоит у вас на учёте и с какими наркологическими расстройствами?**

— По данным на 1 октября 2014 года, на учёте состояло 32 420 человек с наркологическими расстройствами, в том числе 24 503 потребителя алкоголя, 7407 потребителей наркотиков, 510 потребителей токсических веществ. Из общего числа состоящих на учёте 849 несовершеннолетних злоупотребляют алкоголем 578 человек, наркотиками — 162, токсическими веществами — 109 детей и подростков. Юноши составили 67,1% от общего числа, девочки — 32,9%.

**— Какие структурные отделения ведут работу с такими пациентами?**

— Наша помощь организована на принципах максимальной доступности и преемственности между амбулаторным, стационарным и реабилитационным этапами.

В структуре БУЗОО «НД» функционирует амбулаторное отделение для несовершеннолетних, которое включает пять наркологических кабинетов, расположенных во всех



Анастасия Нефедова

административных округах города Омска, при двух кабинетах развернуты койки дневного стационара (пять коек). В кабинетах работают десять врачей психиатров-наркологов, осуществляющих около 30 тыс. амбулаторных приёмов ежегодно. В дневном стационаре проходят лечение около 60 несовершеннолетних в год.

В подразделениях амбулаторной службы работают психологи, обеспечивающие психодиагностические, психокоррекционные мероприятия, проведение реабилитационных программ для детей и подростков и их родственников (созависимых).

При наличии медицинских показаний несовершеннолетние с наркологическими расстройствами направляются на лечение в стационарное отделение с круглосуточным пребыванием для детей и подростков БУЗОО «НД» на 30 коек, где ежегодно в стационарных условиях проходят лечение около 400 детей и подростков Омской области.

Реабилитационная помощь оказывается в амбулаторном реабили-

тационном отделении для несовершеннолетних БУЗОО «НД». В программах реабилитации ежегодно принимают участие более 200 детей и подростков.

Нужно заметить, что все врачи психиатры-наркологи детского амбулаторного отделения являются членами комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, принимают участие в заседаниях, в том числе выездных, совещаниях, проведении совместных профилактических мероприятий, осуществляют консультирование около 8 тыс. детей и подростков и их родителей в год.

**— Думается, что более эффективная помощь будет оказываться несовершеннолетним при активизации совместных усилий в профилактике зависимостей и совершенствовании взаимодействия других ведомств на всех этапах оказания наркологической помощи.**

— Всё верно, и с этой идеей солидарна не только наша служба. Работа специалистов БУЗОО «НД» по раннему выявлению несовершеннолетних, замеченных в употреблении ПАВ, организована в рамках межведомственного взаимодействия со всеми субъектами системы профилактики — это и правоохранительные органы, учреждения образования и опеки, комиссии по делам несовершеннолетних и другие.

К примеру, с целью раннего выявления лиц, допускающих употребление ПАВ, врачи психиатры-наркологи совместно с правоохранительными органами осуществляют приём ежегодно около 3,5 тыс. несовершеннолетних и их родителей в участковых пунктах полиции.

Надо отметить, что в начале 2014 года был разработан Алгоритм совместных действий по выявлению на ранних стадиях несовершеннолетних, употребляющих наркотические и психоактивные вещества, который представляет собой подробное описание полномочий ведомств — субъектов профилактики в работе с несовершеннолетними и маршрутизацию пациентов. За 2013 год тестирование на наркоти-

ки прошли более 7,4 тыс. подростков и молодёжи, за 9 месяцев 2014 года — 4,9 тыс. человек. В тестировании принимали участие школьники, студенты ссузов и вузов г. Омска и другие категории граждан.

Нам кажется, что перспективными на сегодняшний момент являются проекты первичной профилактики по формированию здорового образа жизни с привлечением центров здоровья и социальных волонтеров, а также проекты, связанные с развитием системы раннего выявления потребителей наркотиков.

Большое внимание в нашей службе уделяется организации и проведению массовых акций во взаимодействии БУЗОО «НД» с Управлением ФСКН России по Омской области, УМВД России по Омской области, департаментами культуры, по делам молодёжи, физической культуры и спорта, образования и другими.

**— Какие конкретно акции были проведены работниками службы в последнее время?**

— В 2013–2014 годах БУЗОО «НД» принимало участие в проведении таких массовых акций, как «Свобода выбора», «Классный час», «Первокурсник», «Родительский урок», «Здоровье молодёжи — богатство России», «Лагерь — территория здоровья», «Табак или здоровье», «Сообща, где торгуют смертью», дни трезвости и других. Кроме массовых акций проводятся мероприятия в отдельных муниципальных образованиях, учебных заведениях во взаимодействии с общественными движениями и организациями, такими как «Альтернатива», «Трезвый Омск» и прочих. Как показывает практика работы с населением, наилучший эффект достигается при объединении усилий в рамках социального партнёрства на муниципальном уровне с обязательным привлечением средств массовой информации.

За истекший период 2014 года среди несовершеннолетних проведено более 1,5 тыс. мероприятий по профилактике зависимостей в учебных заведениях, по месту жительства, в оздоровительных за-

городных и пришкольных лагерях. Общее число участников составило в Омской области около 45 тыс. детей и подростков.

В работе с несовершеннолетними используются как традиционные методы гигиенического воспитания и просветительской работы (лекции, видеолектории, групповые и индивидуальные беседы врачей, беседы средних медицинских работников), так и активные формы работы: семинары, тренинги, школы профилактики для добровольцев и другие. При осуществлении профилактических мероприятий широко используются плакаты, буклеты, памятки, листовки.

Мы уверены, что проводимая профилактика формирует в обществе систему ценностей и навыков здорового образа жизни, создаёт условия, обеспечивающие эффективную реабилитацию и интеграцию подростков в социум.

**— Каким образом это проявляется в статистических данных?**

— За последние пять лет первичная заболеваемость наркоманией среди подростков снизилась в 2,4 раза (2009 год — 12,4; 2013 год — 5,14 случая на 100 тыс. подросткового населения). Случаев токсикомании, выявленных впервые в жизни среди подростков за 2012–2013 годы в Омской области, не регистрировалось (2009 год — 4,13 случая на 100 тыс. подросткового населения). Первичная заболеваемость алкоголизмом среди подростков снизилась в 3,8 раза (2009 год — 19,29; 2013 год — 5,14 случая на 100 тыс. подросткового населения региона).

Как говорит заведующая амбулаторно-поликлиническим отделением для обслуживания детского населения БУЗ Омской области «Наркологический диспансер», современное медицинское и реабилитационное оборудование, сплочённая и профессиональная работа сотрудников диспансера и дополнительных служб, несомненно, обеспечат большую доступность медицинской помощи детям с наркологическими расстройствами и сведут к минимуму уровень нарко- и алкозависимых в области. ■

# Эпицентр перинатальной помощи на территории Югры

■ По материалам БУ «СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Сегодня, говоря о демографической политике, росте рождаемости, снижении перинатальной и младенческой смертности, недопущении материнской смертности от управляемых причин, никто не сомневается в огромной роли, отводимой перинатальным центрам, во влиянии на данные показатели. БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» является эпицентром перинатальной помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Благодаря инициативе главного врача центра – профессора, доктора медицинских наук Ларисы Дмитриевны Белоцерковцевой в округе была создана региональная модель перинатальной помощи и организовано три перинатальных центра, обслуживающих три кластера: западный (Перинатальный центр БУ «Окружная клиническая больница» г. Ханты-Мансийска), центральный (БУ «Сургутский клинический перинатальный центр») и восточный (БУ «Нижневартовский перинатальный центр»).

С 2008 года территория обслуживания центра – центральная часть ХМАО – Югры: Сургут, Сургутский район, Нефтеюганск, Нефтеюганский район, Когалым, Пыть-Ях – с количеством населения более 726,5 тыс. человек. Кроме того, в перинатальный центр госпитализируются беременные женщины с врожденными пороками развития сердца (так же как и с врожденными пороками развития сердца плода) со всей территории Югры.

Учреждение оказывает высококвалифицированную специализированную и высокотехнологичную амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь беременным женщинам, роженицам, родильницам, новорожденным детям, гинекологическим больным, включая оказание услуг по вспомогательным репродуктивным технологиям.

Сургутский перинатальный центр во многом формирует показатели округа: из 27 363 родов по ХМАО – Югре в 2013 году 9018 родов принято в Сургутском клиническом перинатальном центре, а это 32,9% от всех родов в автономном округе.

– Обслуживая такое огромное количество родов, мы реально понимали, что никакая детская больница не справится с таким количеством недоношенных детей и качеством медицинской помощи недоношенным детям, особенно с экстремально

низкой массой тела (ЭНМТ), перинатальной патологией и особенно у новорожденных, требующих экстренного оперативного вмешательства, – рассказывает руководитель учреждения Лариса Белоцерковцева. – Всё это возможно только тогда, когда ребенок получает весь комплекс медицинской помощи в одних стенах. Поэтому за последние шесть лет неонатальная служба перинатального центра претерпела значительные изменения. Начало было положено с момента открытия в центре своего отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) в конце 2007 года. Изначально отделение было рассчитано на 12 мест. Однако ввиду ежегодного роста рождаемости в регионе (количество родов только в Сургутском клиническом перинатальном центре за это время увеличилось с 6134 в

2007 году до 9018 в 2013-м, прирост 47%), а также внедрения новых технологий и подходов к выхаживанию новорожденных отделение было расширено до 21 места.

За годы работы отделения удалось значительно снизить показатель ранней неонатальной смертности и удерживать его на уровне, сопоставимом с показателями стран с высокоразвитой системой здравоохранения. Показатель ранней неонатальной смертности в 2013 году составил 0,66 на 1000 родившихся живыми.

Во всём мире наблюдается тенденция к увеличению количества преждевременных родов. Это связано и с изменениями состояния здоровья населения, и с развитием вспомогательных репродуктивных технологий. Поэтому основной контингент пациентов ОРИТН в современном перинатальном центре – это недо-

Естественное движение населения в ХМАО – Югре и уровень рождаемости (на 1000 населения) на административной территории обслуживания Сургутского клинического перинатального центра за период с 2005 года

Территория \ Год	2005	2010	2011	2012	2013	Динамика 2013–2005 гг., %
г. Сургут	14,0	18,6	18,8	20,5	20,6	+47,1%
Сургутский район	13,4	15,2	17,5	19,1	18,5	+38,0
Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	13,5	16,2	16,4	17,6	17,5	+29,6%
Российская Федерация	10,2	12,5	12,6	13,3	Нет данных	+30,3%



## Досье

Лариса Дмитриевна Белоцерковцева — главный врач Сургутского клинического перинатального центра, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии медицинского факультета СурГУ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, лауреат Премии Правительства РФ в области науки и техники.

Окончила Тюменский медицинский институт в 1975 году и уже без малого 40 лет посвятила организации акушерско-гинекологической помощи населению г. Сургута и автономного округа.

Двадцать лет проработала в медико-санитарной части ПО «СНГ»: начинала карьеру в качестве врача акушера-гинеколога, с 1984 года — заместитель главного врача МСЧ ПО «СНГ» по акушерству и гине-



кологии. В 1984–1998 годах — главный акушер-гинеколог г. Сургута. После реорганизации медсанчасти ПО «СНГ» в июне 1995 года назначена главным врачом вновь образованного Центра родовспоможения

и репродукции (ныне БУ ХМАО — Югры «Сургутский клинический перинатальный центр»).

При непосредственном участии и инициативе Л.Д. Белоцерковцевой в г. Сургуте создана служба планирования семьи, медико-генетическая консультация, внедрён эффективно работающий принцип акушерско-терапевтических-педиатрических комплексов, что значительно улучшило преемственность между службами, ответственными за здоровье матери и ребёнка, и способствовало повышению качества диспансеризации беременных, снижению материнской, младенческой и перинатальной смертности. По инициативе Ларисы Дмитриевны на базе ведущих центров родовспоможения Ханты-Мансийского автономного округа созданы перинатальные центры.

ношенные дети, и особую категорию представляют собой пациенты с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. На сегодняшний день об уровне оказания медицинской помощи можно судить по проценту выживаемости среди детей с массой тела при рождении менее 1000 граммов. Для успешного оказания помощи таким пациентам необходимы внедрение и активное использование современных неонатальных технологий. Это и антенатальная профилактика РДС глюкокортикоидами, и раннее введение сурфактанта, и сохранение тепловой цепочки в родильном зале и на этапе транспортировки в ОРИТН, и широкое применение неинвазивных методик респираторной поддержки на этапе выхаживания в отделении реанимации новорождённых. Благодаря применению этих и других подходов (протоколы по энтеральному питанию, парентеральному питанию, рациональное использование антибактериальной терапии) удалось добиться значительных результатов в выхаживании детей с ЭНМТ.

Некоторое время оказание помощи новорождённым с хирургической патологией требовало значительных усилий ввиду отдалённости многопрофильного детского стационара.

Пациенты с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении представляют собой особую группу ввиду специфичности течения постнатального периода, высокого риска осложнений со стороны незрелых органов и систем, в том числе требующих хирургического лечения. Очевидно, что транспортировка детей, требующих экстренных и срочных хирургических вмешательств, может значительно ухудшить прогноз, а в ряде случаев недопустима. В интересах пациента предоперационная подготовка, хирургическое лечение, а также послеоперационное выхаживание таких детей должны проводиться высококвалифицированной командой, специализирую-

щейся на лечении состояний неонатального периода. Для улучшения качества оказания медицинской помощи этой категории пациентов и было принято решение об организации службы неонатальной хирургии. Круглосуточная доступность хирургической помощи новорождённым — ключ к снижению заболеваемости, летальности, а также к улучшению качества жизни детей с врождённой или приобретённой хирургической патологией.

В 2010 году в штат перинатального центра был принят детский хирург, а в 2013 году открыто отделение неонатальной хирургии с коечным фондом в составе отделения реанимации новорождённых и отделение

Спасено младенцев, потребовавших реанимационных мероприятий					
2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год	2013 год
313	324	310	293	351	309
<b>Всего 1900 детей</b>					
<b>Из них с массой тела менее 1000 граммов</b>					
22	24	28	41	48	52
<b>Всего 215 детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела</b>					
<b>Выживаемость детей с массой до 1000 граммов</b>					
81,8%	83,3%	71,4%	85%	75%	88,4%
<b>83,2% — усреднённый показатель выживаемости детей, родившихся с экстремально низкой и очень низкой массой тела, что соответствует передовым европейским клиникам</b>					



патологии новорождённых и недоношенных детей. Результаты открытия службы неонатальной хирургии не заставили себя ждать. Применение и расширение возможностей неонатальной хирургии – один из обязательных компонентов современной методологии выхаживания новорождённых и недоношенных детей. Использование инновационных хирургических технологий в условиях перинатального центра повышает выживаемость и улучшение качества жизни недоношенных малышей, в том числе с экстремально низкой массой тела при рождении. За это время неонатальная хирургическая служба достигла значительных результатов. Совместная работа врачей анестезиологов-реаниматологов, неонатологов и детских хирургов привела к значительному снижению случаев НЭЖ – одного из наиболее тяжёлых состояний с высокими показателями инвалидизации и летальности.



Совершенствование акушерских технологий, открытие на базе перинатального центра отделения ре-

анимации и интенсивной терапии новорождённых, лаборатории клинической микробиологии позволили снизить перинатальную смертность. Такие итоги обусловлены большими вложениями основных ресурсов в акушерские и перинатальные технологии.

Таким образом, на сегодняшний день в условиях БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» оказывается практически весь спектр медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым как с соматической, так и с хирургической патологией, за исключением высокоспециализированной помощи, такой как хирургическая коррекция ВПС, ряд пороков развития лёгких.

В перспективе планируется расширение спектра хирургических вмешательств у новорождённых детей, и сейчас идёт активная подготовка к внедрению фетальной хирургии.

Мы наметили для себя новые вершины профессиональной компетенции и будем их покорять.

## Этапы становления и развития

Говорят, акушерство старо как мир. Искусство родовспоможения или акушерство имеет древние истоки. Оно существовало ещё со времён первобытнообщинного строя. Умение помочь роженице, пройдя сквозь года, в наши дни во многом усовершенствовалось. От периода матриархата, когда посильная помощь роженице оказывалась старшей в семье женщиной, до повивальной бабки в средневековье, а от неё – к первым акушеркам и, наконец, к созданию современной акушерской школы. На примере развития акушерской службы Сургута мы можем наглядно проследить все эти этапы.

**1930 год.** Впервые в городе развёртываются 15 акушерских коек в деревянном одноэтажном корпусе барачного типа при Сургутской районной больнице. В этом же здании через фанерную перегородку располагалось инфекционное отделение.

Печное отопление, непостоянное электрическое освещение – вот атрибуты тех будней. Акушерскую помощь оказывали только акушерки. Они же

выезжали, в случаях необходимости, в посёлки Сургутского района. Оперативная акушерская помощь оказывалась врачами хирургического профиля.

Любовь к своей профессии, преданность делу, безотказность – таковы характерные качества этих мужественных, стойких женщин, первых акушеров Сургута.

**В 60-х годах** выделяется акушерская служба, для которой отводится отдельный корпус – деревянное здание для родильного отделения. В Сургуте появляются первые врачи акушеры-гинекологи.

Освоение недр Сургутской земли способствует миграционному приросту молодого населения. Город Сургут строится и растёт. Приезжают молодые новые кадры врачей акушеров-гинекологов.

Второй этап развития акушерской службы начинается со строительства и ввода стационара медико-санитарной части ПО «Сургут-нефтегаз». С 1973 года работало родильное отделение, располагающееся на третьем и четвёртом этажах стационара. Оно состояло из физиологического отделения на 60 коек и обсервационного отделения на 20 коек. Но, учитывая прирост населения, оба отделения в 1,5–2 раза превышали количество коек.

Третий этап развития акушерской службы Сургута начался с вводом нового корпуса родильного дома при медсанчасти ПО «СНГ», который начал строиться в конце 70-х годов и открылся **в 1981 году.**

**В 1984 году** заместителем главного врача по родовспоможению при МСЧ ПО «СНГ» становится Лариса Дмитриевна Белоцерковцева – молодая, полная сил и энергии, уверенная в себе, трудолюбивая, умеющая отстоять проблемы родильного дома. Благодаря упорству и настойчивости, при поддержке главных врачей, удаётся начать новый виток в развитии службы родовспоможения. Роддом встаёт на ноги, приобретает новое оборудование, растут штаты и кадры, организуется своя анестезиологическая служба. Растёт и набирается опыта новая плеяда молодых врачей акушеров-

гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и неонатологов.

**В 1984 году** Лариса Белоцерковцева назначается главным специалистом по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению города Сургута. Прекрасный организатор, она сумела добиться полной преемственности в работе между всеми подразделениями акушерско-гинекологической службы города и района, активно привлекая к работе заведующих всех подразделений этой службы, что выразилось в улучшении всех показателей службы города.

**2 июня 1995 года** после реорганизации МСЧ ПО «СНГ» в Сургуте организован Центр родовспоможения и репродукции. Главным врачом Центра назначается Лариса Дмитриевна. С **1995 года** после реорганизации МСЧ ПО «СНГ» учреждение выросло в крупный клинический перинатальный центр со стационаром на 240 коек, поликлиническим и лабораторными отделениями с высоким современным уровнем оснащённости, хорошим кадровым потенциалом.

**В 1997 году** при сотрудничестве с кафедрой акушерства и гинекологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова на базе Центра была создана кафедра акушерства и гинекологии медицинского факультета СурГУ. Под руководством д.м.н., профессора Белоцерковцевой Л.Д. защищено более 20 диссертаций на соискание учёной степени кандидата медицинских наук и 1 – доктора медицинских наук. Опубликовано более 600 научных статей, издано 44 учебно-методических пособия и 14 монографий.

**С 1 июля 2008 года** МУЗ «Клинический перинатальный центр» г. Сургута начало свою работу в новом статусе – БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский клинический перинатальный центр». Это самый крупный в ХМАО перинатальный центр, приоритетными направлениями которого являются оказание медицинской помощи женщинам, новорождённым и детям до года.

Достижения Сургутского клинического перинатального центра на рынке медицинских услуг – это ре-

зультат слаженной работы профессиональной работы специалистов и менеджеров учреждения разного уровня, таких как заместители главного врача Инна Ивановна Киличева, Валерий Валентинович Панкратов, Сергей Вячеславович Нефедов, Таисья Ильинична Салимова, Татьяна Викторовна Лепинских, Надежда Борисовна Тарасова, Ирина Анатольевна Эльзессер, Александр Григорьевич Рудаков; директор Надежда Борисовна Маркина, главный бухгалтер Людмила Николаевна Иванова, главная медицинская сестра Флорида Хамматовна Салаватова, главная акушерка Татьяна Ивановна Ульянина, начальник отдела общего обеспечения и делопроизводства Валентина Ивановна Мумбер.

Становление центра неотъемлемо связано с именами Любови Александровны Автомановой, Галины Ивановны Чарчиян, Нины Ивановны Трефиловой, Валентины Ивановны Саловой, Бориса Исааковича Гринберга, Бориса Алексеевича Володькина, Ирины Юрьевны Дрожжиной, Людмилы Александровны Мочаловой.

Традиции, заложенные предшественниками, поддерживают и развивают сегодняшние ведущие специалисты центра: Давид Шотович Бакурадзе, Юлия Вениаминовна Петина, Олег Юрьевич Пурнов, Ашот Вагаршакович Григорян, Вадим Николаевич Зинин, Николай Леонидович Нестеров, Валентина Викторовна Царева, Дмитрий Станиславович Шибков, Галина Аркадьевна Харисова, Татьяна Геннадьевна Петрова, Лидия Михайловна Мусиюк, Татьяна Михайловна Васечко, Валентина Владимировна Данилогорская, Ирина Николаевна Белинская.

Командой высококвалифицированных специалистов, средних медицинских работников накоплен богатый и по большей части уникальный опыт оказания неотложной помощи беременным, роженицам, находящимся в критическом состоянии. Специалисты разработали локальные клинические протоколы, основанные на лучших клинических практиках, и работают по ним. По

итогах международной конференции, состоявшейся в январе 2014 года, в Сургутском клиническом перинатальном центре планируется открытие отделения международной школы Яна Дональда по медицинской ультразвуковой диагностике в акушерстве и перинатологии. Руководство Школы объединяет усилия акушеров и неонатологов в решении общих задач своевременной и качественной диагностики, лечения перинатальной патологии плода и новорождённого ребёнка в 80 странах мира, и её представители, побывав в БУ «Сургутский клинический перинатальный центр», высоко оценили работу специалистов перинатального центра и качество пренатальной диагностики. Каждый день в стенах центра выполняется колоссальный объём работы, начиная от постановки диагноза, приёма сложных родов, реанимации и интенсивной терапии рожениц и новорождённых и завершая выхаживанием недоношенных детей с различной перинатальной патологией, врождёнными пороками развития, в том числе требующими хирургического вмешательства. Таким образом, на сегодняшний день в условиях БУ «Сургутский клинический перинатальный центр» оказывается практически весь спектр медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорождённым. Взаимодействие с центрами, оказывающими высокотехнологическую медицинскую помощь, позволяет принимать эффективные и своевременные решения.

Учреждение совершенствуется и развивается, главная мечта администрации и персонала – строительство перинатального центра с современными строительными и технологическими решениями, маломестным размещением пациентов в палатах, которое позволит развивать новые направления работы с младенцами, например, неонатальную хирургию или проведение внутриутробных операций.

Коллектив Сургутского клинического перинатального центра с уверенностью смотрит в будущее и верит в себя. ■

# Деятельность службы СПИД в Югре: в основе нашей работы лежат доверительные отношения



■ Татьяна Лазарева, главный врач

*За 20 лет регистрации случаев заражения вирусом иммунодефицита человека населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры мы прошли трудный путь «взросления», приобретения опыта, накопления необходимых знаний и навыков для лучшего понимания проблем людей, затронутых ВИЧ/СПИДом.*

стью и высокой резистентностью к мерам противодействия, сегодня уже достигнут существенный прогресс, дающий надежду на будущее, выполнены установленные на 2014 год целевые показатели, доступны услуги по тестированию и лечению в связи с ВИЧ/СПИДом.

Обеспечивается политическая поддержка Правительства Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, сформирована достойная нормативно-правовая база, функционирует специализированная служба, представленная Центром СПИД и тремя филиалами в городах Нижневартовске, Пыть-Яхе и Сургуте, штат которых укомплектован грамотными, высококвалифицированными, компетентными специалистами.

Значительно увеличилось финансирование мероприятий в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по разделу «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ» и государственной программы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения» на 2014–2020 годы», что позволяет обеспечивать полный и равный доступ пациентов к жизненно важным услугам по всем видам профилактики для защиты своего здоровья.

Предупреждение новых случаев заражения, забота о сохранении качества и продолжительности жизни людей с ВИЧ/СПИДом, снижение смертности среди ВИЧ-

инфицированных – важные и ответственные направления работы специализированной службы, предмет особого внимания Департамента здравоохранения.

Несмотря на достаточно активные меры противодействия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра продолжает оставаться регионом с крайне высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией. Количество лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита, постоянно растёт. За весь период наблюдения выявлено около 20 тысяч случаев заражения. В текущем году зарегистрировано свыше 1000 ВИЧ-инфицированных. Закономерности развития заболеваемости в Югре в целом отражают общероссийские тенденции: на фоне стабильного высокого уровня передачи ВИЧ-инфекции инъекционным путём (58,8%) настораживает рост гетеросексуального фактора распространения вируса, указывающий на тенденцию к генерализации эпидемического процесса, причём в последнее время за счёт лиц старшего возраста. Сохраняется выравнивание соотношения мужчин и женщин среди вновь заразившихся и вовлечение в эпидпроцесс социально благополучных людей, не входящих в традиционные группы риска. Регистрируется увеличение числа больных с многочисленными сочетанными вторичными и оппортунистическими заболеваниями.

Влияние на эпидемиологическую ситуацию оказывает трудовая миграция из стран СНГ, в особенности

## Досье

Татьяна Владимировна Лазарева – заслуженный врач Российской Федерации, главный врач казённого учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профилактики и борьбы со СПИД».

Татьяна Лазарева активно участвует в реализации программ и проектов регионального и федерального уровня. Это позволяет контролировать ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции в автономном округе, осуществлять профилактику передачи ВИЧ от позитивной матери ребёнку, предупреждать профессиональное заражение медицинских работников гемотрансмиссивными инфекциями, обеспечивать безопасное донорство, улучшать качество и продолжительность жизни пациентам с ВИЧ/СПИД.

Инициатива и опыт Татьяны Лазаревой способствуют внедрению современных методик ведения пациентов, проведению качественного лабораторного мониторинга, использованию современных организационных форм работы.

Несмотря на то что эпидемия ВИЧ-инфекции характеризуется чрезвычайной динамичностью, нарастающим негативным эффектом, изменчиво-



нелегальная, представители которой зачастую имеют ограниченный доступ к профилактике и лечению, и осуждённые. По статистике, 11% всех ВИЧ-инфицированных округа находятся в учреждениях ФСИН на территории автономного округа и за её пределами.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа — это не только цифры статистики, это человеческие судьбы.

Для обеспечения противодействия и длительной защиты требуется постоянная организация мер незамедлительного реагирования. Понимая всё возрастающие сложности, связанные с распространением эпидемии, мы ищем новые подходы в борьбе с инфекцией, интегрируем межведомственное взаимодействие, расширяем сеть услуг для людей, живущих с ВИЧ.

Необходимо отметить, что в сфере профилактики ВИЧ-инфекции в последние годы достигнуты позитивные результаты и созданы предпосылки для того, чтобы свести к минимуму возможность передачи ВИЧ-инфекции детям за счёт максимального охвата профилактическими программами инфицированных родителей.

Усилия по борьбе с ВИЧ/СПИД продолжаем акцентировать на первичной профилактике с целью снижения рискованного поведения среди неинфицированного населения и на вторичной профилактике, направленной на работу с лицами, вовлечёнными в эпидемию, где в большей степени реализуем медицинский компонент в области диагностики, диспансеризации и лечения.

У нас действует налаженная система эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, единая

система диспансерного наблюдения за клиническим состоянием инфицированных пациентов. К числу важнейших инновационных достижений, дающих надежду на будущее, относится современная высокоактивная комбинированная антиретровирусная терапия, благодаря которой мы оцениваем течение заболевания, контролируем его и управляем им. Она сдерживает развитие вируса, не даёт ему размножаться и тем самым не только продлевает больным жизнь, но и делает их менее опасными в плане заражения для своих партнёров. Мотивация на раннее начало лечения позволяет людям с ВИЧ-инфекцией работать, планировать и вести активный полноценный образ жизни.

В основе нашей работы лежат доверительные отношения, которые направлены на привлечение ВИЧ-инфицированных и удержание их в контакте в течение длительного времени с предостав-

**ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ, САНИТАРНОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ОТВЕТСТВЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ И МОДЫ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ, ВНЕДРЕНИЕ И РАСШИРЕНИЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УСЛУГ — ВОТ ТЕ ЗАДАЧИ, КОТОРЫЕ МЫ СЕГОДНЯ РЕАЛИЗУЕМ.**

лением всех необходимых услуг для повышения у них устойчивой приверженности к противовирусной терапии.

Следить за эффективностью проводимого лечения нам позволяет тестирование на резистентность и молекулярно-биологический мониторинг с целью определения иммунного статуса и вирусной нагрузки для своевременной коррекции возможных осложнений, уменьшения связанных с ВИЧ заболеваемости и смертности.

Кроме того, в Югре реализуются мероприятия по безопасности донорства, предупреждению внутрибольничного и профессионального заражения вирусом иммунодефицита человека.

В результате системной реализации государственных профилактических программ удалось добиться высокого охвата населения скринингом на ВИЧ-инфекцию (23%)

с до- и послетестовым индивидуальным консультированием и предупредить распространение вируса среди подростков и призывной молодёжи.

Прогнозирование ситуации на ближайшие годы указывает на необходимость расширения подготовки специалистов различного профиля для обеспечения, а также продолжения активной широкой стратегии системной долгосрочной эффективной профилактики, дифференцированно направленной на население с учётом его возраста, профессии, образования и принадлежности к традиционным эпидемиологическим группам риска, определяющим сегодня большинство случаев заражения.

Повышение уровня информированности, санитарной грамотности населения, формирование навыков ответственного поведения и моды на здоровый образ жизни, внедрение и расширение эффективных моделей оказания специализированных услуг — вот те задачи, которые мы сегодня реализуем.

Осознавая ответственность за наше будущее, чтобы замедлить распространение ВИЧ и укрепить непрерывную систему медицинской помощи в Югре, мы постоянно расширяем и развиваем свою компетенцию во всех сферах профессиональной деятельности. ■



# Потенциал курортной сферы

■ По материалам ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России



*Санаторно-курортное лечение является наиболее естественным и физиологичным для оздоровления организма. Уникальные природные факторы курортов, опытные квалифицированные специалисты, возможность одновременного получения медицинских услуг высокого качества и отдыха – всё это привлекает людей к данному виду оздоровления. О современном состоянии санаторно-курортной службы РФ узнаем из доклада главного внештатного специалиста по санаторно-курортному лечению Минздрава России д.м.н., профессора Н.Б. Корчажиной, прозвучавшего на VI Международном конгрессе «Санаторно-курортное оздоровление, лечение и реабилитация больных социально значимыми и профессиональными заболеваниями», в котором отражены основные показатели работы и анализ состояния санаторно-курортной службы за 2005–2013 годы и шесть месяцев 2014 года.*

Одним из основных государственных параметров учёта в системе санаторно-курортных услуг является численность санаторно-курортных учреждений. При анализе данных Росстата за период с 2005 года по 1 января 2014 года отмечается разнонаправленная динамика изменения числа санаторно-курортных и санаторно-оздоровительных организаций и количества мест размещения. При оценке динамики распределения СКО по территории России с 2005 по 2013 год при общем снижении их количества наблюдается стабильное сохранение процентного соотношения распределения СКО в округах РФ.

В динамике показатель распределения СКО по округам РФ в процентном соотношении изменяется на +0,5 %, и составляет для ЦФО 19 %, СЗФО – 8 %, ЮФО – 14 %, СКФО – 9 %, ПФО – 23 %, УФО – 9 %, СФО – 14 %, ДФО – 4 %.

Динамика общего числа койко-мест в СКО в период с 2002 по 2014 год тоже неоднозначна. В 2005 году этот показатель составил 431 695, а по состоянию на первое полугодие 2014 года численность койко-мест выросла до 461 147.

Показатель численности размещённых лиц в СКО по состоянию на конец 2013 года составлял

5675 079, что на 14,6 % больше, чем в 2005 году, но необходимо отметить, что данный показатель, как и другие с 2005 по 2008 год, имел тенденцию к росту на 6 % и в 2008 году составлял 6356 495, а с 2009-го снизился на 9,1 % и в среднем соответствует 5721 476 (на первое полугодие 2014 года – 2567 619).

Число лиц, размещённых по путёвкам, с 2005 по 2013 год уменьшилось на 9 % и составило в 2013 году 5192 502 человека, в то же время численность лиц, получивших лечение по курсовкам, с 2005 года выросло практически вдвое и составило в 2013 году 482 577 человек.

Хотя в последние годы, по данным Росстата, отмечалось увеличение числа детских санаторно-курортных организаций (с 551 в 2010-м до 577 в 2011-м), однако, по сравнению с 2005 годом, общее число детских СКО снизилось на 6,8 %. Отмечается прогрессирующее снижение их количества: в 2010 году – 383, 2011-м – 368 и в 2012-м – 357 (–7 % по сравнению с 2010 годом). Одновременно регистрируется увеличение количества санаториев для детей с родителями: 58, 74, 77 (+32,7 %), соответственно. Увеличилось и число санаторных оздоровительных лагерей круглогодичного действия: в 2010 году – 110, 2011-м – 135, 2012-м – 131 (+19 %).

Всего санаторно-курортное лечение получили в 2011 году 1516 117 детей, в 2012-м – 1490 504, в 2013-м около 1500 000 детей, что на 1 % меньше, чем в 2011 году.

Численность санаторно-курортных учреждений круглогодичного пользования планомерно снижается с 407 в 2010 году до 359 в 2013-м, что на 11,8 % меньше, но при этом необходимо отметить, что число размещённых лиц увеличивается как по плану, так и фактически.

Несмотря на сокращающееся количество санаторно-курортных учреждений, потребность в санаторно-курортном лечении не уменьшается, а растёт, но это приводит к большей загруженности СКО. Общее число койко-мест круглогодичных санаторно-курортных учреждений также выросло за период с 2010 года и составляет по плану 57 103, что на 3,6 % больше, чем в 2010 году, а фактически – 56 726, что на 1 % больше, чем в 2010-м.

В 2010 году для учреждений круглогодичного функционирования план составлял 14 913,33, а в 2013-м – 15 999,16, что на 7,3 % больше. Фактическое число койко-дней составило в 2010 году 14 626,64, а в 2013-м – 15 579,95, что на 6,5 % больше. В 2013 году план выполнен на 97,4 %.

Проведя детальный анализ динамики численности санаторно-курортных учреждений, отметим, что, несмотря на общий фон снижения численности учреждений, количество санаториев для взрослых с 2010 по 2012 год увеличилось на 6,9% и составило 75, но за 2013 год 4 санатория закрылось, и в 2013 году общих санаториев для взрослых стало 71. При этом количество койко-мест в 2013 году по плану составило 15 553, что на 30% больше, чем в 2010-м. Эти показатели мало отличаются от фактических: в 2013 году было 15 383 койко-мест (на 29,2% больше), план в 2013 году выполнен на 98,9%.

Анализируя динамику узкоспециализированной помощи, необходимо указать, что сокращается количество санаториев для больных туберкулёзом: с 41 в 2010 году до 33 в 2013-м, т.е. на 19,5%. Это, вероятно, связано с улучшением показателя общей заболеваемости туберкулёзом.

Число санаториев-профилакториев увеличилось за четыре отчётных года с 6 до 9 (на 50%), число санаторно-оздоровительных лагерей круглогодичного действия — с 2 до 3 (на 50%). При этом необходимо отметить, что и санатории-профилактории, и санаторно-оздоровительные лагеря круглогодичного действия ежегодно перевыполняют план по размещению лиц. Фактическое число койко-мест санаториев-профилакториев также возросло до 2028, что в 3,2 раза больше, чем в 2010 году. Санаторно-оздоровительные лагеря увеличили число койко-мест до 507 (в 2,54 раза больше, чем в 2010 году). В 2013 году санаториями-профилакториями план перевыполнен на 8,7%, а санаторно-оздоровительными лагерями круглогодичного действия — на 30%.

Необходимо отметить, что улучшение заполняемости санаториев-профилакториев происходит за счёт роста доли инвалидов (взрослых и детей), получающих услуги оздоровления. Так, в 2013 году число инвалидов-взрослых

составило 1088, детей — 9522, что, соответственно, в 2,46 и 1,58 раза больше, чем в 2010 году. Число детей, получивших санаторно-оздоровительные услуги в лагерях круглогодичного действия, увеличилось до 8433 в 2013 году, что в 6 раз больше, чем в 2010-м. Из них число детей-инвалидов составляет 2383.

Больше всего сократилось количество санаториев для детей: с 308 до 250 (на 18,8%). Количество санаториев федерального подчинения увеличилось с 42 до 49 (на 14,3%) и составляет 13,6% от общего числа санаторно-курортных учреждений.

Интересно отметить, что за последние годы значительно увеличилось число размещённых в санаторно-курортных учреждениях круглогодичного действия лиц старше трудоспособного возраста. В 2013 году оно составило 84 707, что в 1,72 раза больше, чем в 2010 году.

Общее количество граждан льготных категорий, обратившихся за путёвками, в 2011 году составило 281 762, в 2013-м сократилось практически вдвое, до 144 649. Удовлетворение в получении санаторно-курортного лечения с 2011 года (65%) выросло на 6% и составило в 2013 году 71%.

Для того чтобы обеспечить сохранение потенциала курортной сферы, необходимо формирование современного курортного комплекса, способного решать как медико-социальные задачи обеспечения доступного населения, эффективного санаторно-курортного лечения, так и экономические проблемы курортного дела. Восстановление системы санаторно-курортного лечения и оздоровления, доступности его для основной массы населения, возрождение российских курортов являются важной общенациональной задачей, способной внести большой вклад в повышение уровня общественного здоровья населения Российской Федерации.

В этой связи нами, специалистами ведущих учреждений страны по санаторно-курортному лечению,



при поддержке профильных департаментов Минздрава, ведётся большая научно-практическая и организационно-методическая работа.

Так, за 2013 год подготовлены и направлены в Минздрав России проекты нескольких документов по развитию и организации санаторно-курортного лечения, а именно: 79 стандартов оказания медицинской помощи в санаторно-курортных условиях, дополнительные формы статистической отчётности, критерии оценки эффективности санаторно-курортной помощи, перечень медицинских показаний и противопоказаний к санаторно-курортному лечению взрослых и детей. Организована работа профильной комиссии при Минздраве России по санаторно-курортному лечению, за 2013–2014 гг. проведено 4 заседания, на которых были согласованы все подготовленные для Минздрава России документы.

В 2013 году тремя ведущими НИИ курортологии ФМБА России (ФГБУ Пятигорский ГНИИК ФМБА России, ФГБУН Томский НИИКиФ ФМБА России, ФГБУ НИЦ КиР ФМБА России) и ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России подготовлен Сборник инновационных разработок — медицинских технологий, методических рекомендаций и пособий для врачей, в который вошли более 150 методик. В основу его положены многолетние научные исследования по обоснованию методических подходов к санаторно-курортному лечению, медицинской реабилитации и вторичной профилактике социально значимых и наиболее распространённых, в том числе профессиональных, заболеваний. ■

## Александр Глазунов: «Судебно-медицинская экспертиза — часть правовой системы»

■ Геннадий Габриэлян

*Судебно-медицинская экспертиза в любой стране — это неотъемлемая часть государственной системы судопроизводства; соответствующие учреждения обеспечивают следственные органы информацией, без которой стало бы невозможно выносить судебные решения.*

*Мы попросили рассказать о том, как организована судебно-медицинская служба Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России), руководителя Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы ФМБА России, главного судебно-медицинского эксперта с почти сорокалетним стажем работы Александра Георгиевича Глазунова.*

— **С**удебно-медицинские эксперты системы ФМБА России обслуживают контингент лиц, находящихся на медицинском обеспечении учреждениями здравоохранения ФМБА России, а также проводят экспертизы по запросу подразделений следственного комитета при прокуратуре по расследованию преступлений на особо режимных объектах и следственных органов управлений и отделов МВД России.

В криминалистических бюро, центральных и рядовых медикосанитарных частях ФМБА России имеются такие специалисты в области судебной медицины, как эксперты-криминалисты, эксперты-биологи, эксперты-химики. В двадцати четырёх КБ, ЦМСЧ/МСЧ на местах работают судебно-медицинские эксперты, выполняющие экспертизы трупов и живых лиц, а также судебно-гистологические и судебно-химические исследования биосред от трупов на алкоголь и биосред от живых лиц для нужд местных лечебных учреждений и правоохранительных органов.

— **Бюро Главной судмедэкспертизы — это головное учреждение?**

— Да, и существуют также периферические бюро и отделения. При этом ввиду специфики системы ФМБА России сами судебно-медицинские бюро и отделения не являются учреждениями здравоохранения, а состоят на финансировании различных учреждений здравоохранения системы Федерального медико-биологического агентства. Так, Бюро Главной судмедэкспертизы финансируется Федеральным медицинским биофизическим центром им. А.И. Бурназяна, периферийные бюро и отделения СМЭ — различными КБ, ЦМСЧ/МСЧ ФМБА России.

Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы является организационно-методическим центром судебно-медицинской службы Федерального управления. Бюро проводит сложные комиссионные экспертизы, в том числе по уголовным делам, возбуждённым в связи с нарушениями профессиональной деятельности медицинских работников, а также по делам, связанным с воздействием на организм



Анастасия Нефедова

### Досье

Александр Георгиевич Глазунов окончил в 1976 году Рижский медицинский институт, а затем интернатуру на базе Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы 3-го Главного управления при Министерстве здравоохранения СССР, куда впоследствии был принят на должность врача-судмедэксперта. В 1993 году переведён на должность заведующего отделом сложных экспертиз. В 2001-м назначен начальником Бюро (в настоящее время — Бюро ГСМЭ ФМБА России).

Кандидат медицинских наук, автор научных статей и монографий.

Награждён знаком «Ветеран атомной энергетики и промышленности», неоднократно поощрялся руководством ФМБА России, ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России и МВД РФ.

радиационных и других специфических факторов.

Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы проводит лабораторные исследования: гистологические, химические, биологические, криминалистические; осуществляет организационно-методическое руководство и контроль над деятельностью судебно-медицинских



**Факты**

Судебно-медицинская экспертиза ФМБА России функционирует на основании Конституции РФ, Постановления Правительства Российской Федерации от 11.04.05 № 206 «О Федеральном медико-биологическом агентстве», включающего вопросы по медицинскому обеспечению в целом (в том числе по судебно-медицинскому) работников предприятий, учреждений, организаций, условия труда которых связаны с воздействием на организм особо опасных и вредных производственных факторов физической и химической природы», Федерального закона № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31.05.01, а также нормативных актов Министерства здравоохранения (Приказ № 346н от 12.05.10 «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских

экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях РФ» и ряда других нормативных документов Министерства здравоохранения РФ), приказов по Федеральному управлению (Приказ № 51з от 15.09.99 «О совершенствовании деятельности судебно-медицинской экспертизы», включающий Положение о службе судебно-медицинской экспертизы ФУ МБ и ЭП при Министерстве здравоохранения РФ).

Судебно-медицинская экспертиза ФМБА России имеет в своём распоряжении 95,5 шт. должности. Из них занято 83,25; физических лиц – 47. Стаж работы свыше пятнадцати лет имеют 26 человек, от четырёх до пятнадцати лет – 17 человек. В судебно-медицинских бюро и отделениях СМЭ ФМБА России работают 4 кандидата медицинских наук, 26 экспертов с высшей квалификационной категорией по судебной медицине, 10 экспертов I и II категории.

экспертов ЦМСЧ/МСЧ, находящихся во всех точках Российской Федерации, где существуют учреждения ФМБА России; инициирует и претворяет в жизнь ряд других необходимых работ и мероприятий. Выполняя госзаказ, Бюро ежегодно проводит до 2 тыс. экспертиз и исследований.

— **Расскажите, пожалуйста, о резонансных случаях экспертизы, в которых вам приходилось принимать участие.**

— Довелось председательствовать на экспертизе по уголовному делу о незаконной трансплантации внутренних органов в одной из клиник больницы города Москвы, имевшей большой общественный резонанс, и принимать участие в заседаниях Московского городского суда по этому делу. Экспертные выводы данной сложной комиссионной экспертизы, наряду с результатами расследования и данными материалов уголовного дела, позволили суду вынести оправдательное решение в отношении медицинских работников больницы. Это привело к восстановлению проведения операций по трансплантации органов на территории РФ, которые были резко и надолго сокращены.

Большая работа была проведена по уголовному делу в связи с мнимым, как оказалось впоследствии, массовым отравлением учащихся нескольких школ на территории Чеченской Республики. Это дело

вызвало шумиху не только в отечественной, но и зарубежной прессе, медицинские круги также проявляли озабоченность и беспокойство. В результате комплексных организационно-методических мероприятий были сформированы экспертные выводы о причинах возникновения «заболевания» учащихся: лёгкое отравление некоторых из них угарным газом в кустарно отапливаемых школах дало толчок к психическому расстройству у других детей и взрослых.

В связи с террористическим актом на железной дороге с поездом Москва – Санкт-Петербург в 2009 году в Бюро Главной судебно-медицинской экспертизы ФМБА России было организовано проведение целого ряда экспертиз по возбуждённому уголовному делу.

— **Существуют ли приоритетные области судебно-медицинской экспертизы, которыми занимается Бюро?**

— К ним можно отнести экспертизы, связанные с воздействием на организм человека ионизирующего излучения, в первую очередь в результате радиационных инцидентов или аварий. Такая специализация появилась исторически — зародилась она в момент начала бурного развития в СССР атомной промышленности. Опыт Бюро восходит к тому времени, когда лично мне, например, было поручено принять участие в работе по ликвидации последствий аварии

на Чернобыльской АЭС. Сотрудники Бюро проводили также ряд судебно-медицинских экспертиз в связи со случаями радиационных инцидентов, имевших место на российских предприятиях различной ведомственной принадлежности: среди них можно выделить уголовное дело в связи со случаем возникновения самопроизвольной цепной ядерной реакции в федеральном ядерном центре «Арзамас-16».

Многолетнее изучение нашими экспертами лучевой болезни и её последствий для здоровья человека привело к опубликованию двух монографий на эту тему: «Судебно-медицинская экспертиза радиационной травмы» (Глазунов А.Г., Власов П.А., Буромский И.В. / М. — 2006) и «Экспертиза трупа при острой лучевой болезни» (Глазунов А.Г., Квачева Ю.Е. / М. — 2011).

— **Какие перспективы развития стоят перед Бюро ГСМЭ?**

— Как и любого руководителя учреждения здравоохранения, меня волнуют вопросы финансирования — позволяют ли оно развивать и совершенствовать те, как сейчас говорят, экспертные и медицинские услуги, которые предлагает Бюро. В этой связи мы надеемся получить в своё распоряжение новое оборудование и технику, в первую очередь аппаратно-программный комплекс на базе жидкостного хроматографа, комплекс для судебно-химических исследований, рентгеновский аппарат. ■

## Виноградная косточка Николая Горяева и её плоды

■ ЕКАТЕРИНА ШИПИЦИНА

Этимология слова «руководитель» указывает на то, что образовано оно из двух слов – «водить» и «рука». Но верно и целенаправленно вести за собой, как рука об руку, весь коллектив, удаётся не каждому лидеру – и главная рука, вместо направляющей, становится, к сожалению, простой указкой. Но сегодня речь пойдёт о человеке, который верен другой – противоположной истине, связанной с правильным пониманием дела руководителя. Эти слова относятся к выдающемуся лидеру нашей отечественной медицины, заслуженному врачу РФ, главному врачу Краевой больницы № 3 Забайкальского края Николаю Ильичу Горяеву.

Он знает свои устремления и умеет объединить коллектив вокруг одной задачи, ведя его к лучшим горизонтам. Его сильные руки, как крылья, дают такие мощные взмахи, что этой воздушной волны хватает на весь журавлиный клин (именно такое сравнение любит Николай Ильич, говоря о своём коллективе). И эта самая волна – и по закону физики, и по закону жизни – усиливается от звена к звену. Происходит это потому, что в его коллективе работают люди, которые верят ему и верят в себя! В 2012 году Николая Ильича во Всероссийском конкурсе «Лучший врач года» наградили почётным званием «Лучший руководитель медицинской организации». О победе, о делах больницы и просто о неравнодушном человеке Николае Горяеве читайте в нашем с ним интервью.



**— Николай Ильич, вы постоянный герой наших публикаций, даже больше — вы давно стали желанным и дорогим гостем нашего журнала, поэтому мы разделяем с вами большую радость в победе на Всероссийском конкурсе «Лучший врач года» в номинации «Лучший руководитель медицинской организации». Это уже не первое ваше звание. Но эта высокая награда давно искала вас, ведь слава о том, как мудро вы ведёте вверенное вам учреждение, давно облетела всё профессиональное медицинское сообщество не только России, ваше имя и больница известны и за границей. Таким образом, предлагаю поделиться уже пережитым волнением ещё раз и рассказать, какие главные выводы делаете, уже будучи в ранге признанного управленца?**

— Эта победа стала для меня полной неожиданностью. Признаюсь, и конкурсы-то воспринимал не всегда с высокой долей доверия. Но именно этот конкурс является од-

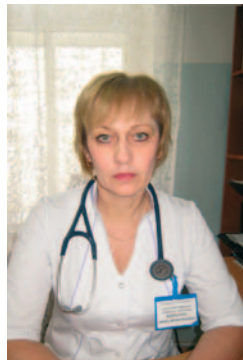
ним из престижных у нас в России, поэтому на что-то рассчитывать даже не мог. Помнится, это было приурочено к Дню медицинского работника, и я как раз направлялся в очередную командировку, однако в пути мне позвонил коллега из Кемерово и поздравил с наградой, потом раздались звонки из Москвы и других городов, и все с одной и той же целью — поздравить меня с званием лучшего руководителя.

В процессе трудовой деятельности у меня были разные оценки самого себя: были и положительные эмоции, но и имела место быть неудовлетворённость собственными делами и шагами. Да, престижно быть победителем в такой достойной номинации. Но стать победителем — это одно, а пронести это звание через определённый, даже небольшой период времени, — это очередное испытание. Ведь заслуживших победу судят и после высокого признания. Вся тяжесть общественной нагрузки, новые ожидания — всё это ложится на плечи потом, и нужно доказать,

что ты был достоин этой победы. К счастью, мы и по сей день остаёмся лидерами здравоохранения в Забайкальском крае. Подведение итогов в ранжировании медицинских организаций края показало, что Краевая больница № 3 не уступает передовых позиций. И мы гордимся этим. Почему говорю «мы»? Потому что я искренне считаю, что такая, на первый взгляд, индивидуальная номинация звучит для меня всё-таки как заслуга всего нашего коллектива.

**— Журавлиный клин — ваша любимая метафора о коллективе. Он по-прежнему следует за вами?**

— Да, руководитель без коллектива не сможет ничего. И отрадню, что все остались в клине, никто не сбился с пути, никто не покинул стаю. Наш журавлиный косяк подрос, окреп, он уже не требует вынужденных посадок, идём уверенно к своим горизонтам. Я могу сказать о своём первом заместителе Елене Павловне Вырупаевой — это один из лучших руководителей. Она целеустремлённа, она активна, она



ЕЛЕНА ПАВЛОВНА ВЫРУПАЕВА, заместитель по лечебной работе, ИРИНА ВАЛЕНТИНОВНА ВАЙНШТЕЙН, заместитель главного врача по ОМР, ЮРИЙ КОНСТАНТИНОВИЧ КОКОТОВ, заведующий центром плановой хирургии

же постоянный участник профессиональных конференций, хороший аналитик. Могу добрые слова сказать в адрес Ирины Валентиновны Вайнштейн — это заместитель по организационно-методической работе, в полной мере овладевшая вопросами управленческого процесса, надёжный коллега. Много добрых слов можно сказать об одном из выдающихся хирургов Забайкальского края, заслуженном враче РФ, руководителе центра плановой хирургии Юрии Константиновиче Кокотове. Человек, обладающий выдающимися способностями, выполняющий сложные хирургические вмешательства на различных органах и системах с применением самого современного оборудования и технологий. Татьяна Викторовна Старицина — руководитель диагностического центра. Иногда я поражаюсь её способностям одинаково разбираться в различных направлениях работы центра. Она прекрасный специалист и руководитель. То же самое можно сказать и о других руководителях подразделений больницы, врачах, среднем медицинском персонале.

— Как вы уже заметили, многие ваши коллеги — постоянные участники профессиональных встреч. В недавнем прошлом вы также приняли участие в VI Международном конгрессе «Санаторно-курортное оздоровление, лечение и реабилитация больных социально значимыми и профессиональными заболеваниями». Какие важные тезисы были представлены присутствующим в вашем докладе?

— Вот уже шестой раз специалисты медицинской отрасли собираются в Сочи, чтобы обсудить вопросы лечения и реабилитации больных с социально значимыми и профессиональными заболеваниями. Это мероприятие имеет большое значение на современном этапе развития отечественной медицины. Почему так актуальна именно эта тема? С середины 90-х годов практически полностью разрушена система медицинского обеспечения для работающих во вредных и опасных условиях труда. Прекратили своё существование санатории-профилактории и многие другие социальные проекты, предусмотренные для защиты и восстановления здоровья работающих в указанных условиях труда. Учитывая сложившуюся на данное время социально-экономическую ситуацию в регионе, на прошедшем конгрессе мы смогли организовать и теперь представить собственную систему по реабилитации этой категории граждан. Один из тезисов говорит о реалиях дня — да, в ближайшей перспективе возврат к ранее сложившейся системе медицинского обеспечения невозможен. Всё это несёт огромные экономические затраты. Поэтому нужно исходить из тех возможностей, которые имеем. Я поделился опытом, который есть в Забайкальском крае для реабилитации такой категории граждан. У нас в течение длительного времени реализуются программы по оздоровлению населения от перенесённых социально значимых заболеваний: инфаркт миокарда, мозговой инсульт, до реабилитации больных после опера-

тивных вмешательств на жизненно важных органах желудочно-кишечного тракта и др. Для этого в Забайкалье существуют специальные реабилитационные центры. То, что касается больных, страдающих профессиональными заболеваниями, — к сожалению, у нас нет санаториев-профилакториев, но действуют больницы восстановительного лечения, в которых за счёт средств ОМС пролечиваются больные, имеющие определённые факторы воздействия вредного производства. Эти больницы хорошо оснащены для лечения профзаболеваний, укомплектованы кадрами.

— Вы являетесь главным внештатным профпатологом края. Удавалось ли вам проанализировать позицию самих работодателей? Ищут ли они пути-решения по этой проблеме?

— В роли главного внештатного профпатолога я побывал на многих промышленных предприятиях и знакомился с условиями работающих на этих предприятиях. И хочу отметить, что в последнее время взгляд работодателей на эту проблему начал меняться в лучшую сторону. Многие владельцы предприятий повернулись лицом к проблеме здоровья своих сотрудников. Например, на Харанорской ГРЭС (это огромный комплекс, где работают свыше тысячи человек) есть собственный реабилитационный центр, который осуществляет предсменную адаптацию и послесменную реабилитацию работников. Речь идёт не только о медицинских аспектах: массаж, игло-рефлексотерапия и другие методы

физиолечения, но есть и баня, сауна, бассейн, фитобар. На многих наших промышленных предприятиях, особенно горнорудных, работники привлекаются вахтовым методом. Продолжительный рабочий цикл именно на таких предприятиях, где работодатель проявил заботу, позволяет многим работникам впервые в жизни обратить внимание на своё здоровье. И владельцы предприятий понимают: лучше они будут вкладывать в здоровье своего работника, чем столкнутся с потоком больничных листов.

Итак, цепочка, в которую входят работодатели, региональные центры по реабилитации, больницы восстановительного лечения, Фонд социального страхования, — выстраивает вполне стойкий заслон для развития профессиональных заболеваний.

— **Вы встречались с работодателями, а удавалась ли вам пообщаться с самими работниками?**

— Да, я спускался в горнорудные шахты на глубину один-полтора километра. По натуре я не трус, но признаюсь честно, что работать там год-два, восемнадцать лет, наверное, не смог бы. Там трудятся люди своеобразной железной закалки. И шум, и вибрации, и микроклимат, и постоянный риск потерять жизнь не останавливают их, и они спускаются в забой и работают, отдавая силы и здоровье. И поэтому шахтёры, да и другие труженики заслуживают того, чтобы об их здоровье заботились.

— **Один из красноречивых фактов из жизни вашей больницы: в гостевой книге учреждения есть и отметка лётчика-космонавта Георгия Гречко, которая сформулирована так: «Я удивлён, оснащение больницы — на мировом уровне!» Думается, что космонавта с мировым именем, повидавшего много и на Земле, и за её пределами, трудно чем-либо удивить!**

— Да, Георгий Гречко тогда прошёл по нескольким нашим отделениям и был удивлён, что в таком отдалённом от центральной России крае имеется оборудование высокого класса. Восхищался он этим

и в личной беседе со мной. А буквально недавно у нас в гостях побывал депутат Государственной думы, народный артист СССР Иосиф Кобзон. Певец посетил отделение амбулаторного гемодиализа, которое у нас также считается храмом: белизна стен, новейшее оборудование. Вначале Иосиф Давидович вёл себя несколько сдержанно при встрече с коллективом больницы, но когда он узнал, что врачи в нашей больнице получают заработную плату от 70–80 до 200 тысяч рублей не в год, а в месяц, то был приятно удивлен, порадовался успехам наших врачей, их условиям работы, сказав: «Поверьте, я был во многих зарубежных клиниках, но то, что я увидел у вас, заслуживает огромного уважения!». Потом был концерт для жителей посёлка в Доме культуры. Певец поблагодарил наш коллектив и выразил признательность и мне, спев песню «Виноградную косточку в тёплую землю зарою», завершив её глубоким поклоном. Видя такое уважительное, искреннее отношение Иосифа Давидовича, я, конечно, был очень тронут. Поверьте, это дорогого стоит.

— **Чувствуя такое уважение и признание, наверняка хочется совершать ещё больше добрых и необходимых дел. Ваш взгляд в будущее о дальнейшем пути развития больницы?**

— Совсем недавно на базе нашей больницы открыт сосудистый центр. С открытием подобных центров стало возможным получать современное лечение, диагностику, реабилитацию больных, страдающих сосудистыми заболеваниями, из самых отдалённых районов Забайкальского края. В ближайших планах планируется открыть реабилитационный центр для детей с пограничными расстройствами. У нас есть подобный центр в г. Чите, но, согласитесь, не всегда у родителей имеется возможность, особенно из села, на долгое время покинуть дом, хозяйство, чтобы провести необходимое обследование, лечение своему ребёнку. Поэтому в задачи будущего центра будет включена абсолютная доступность нуждаю-



щимся в этих медицинских услугах, учитывая указанный фактор.

— **В течение ряда лет у нас в стране проходит реформирование здравоохранения. Что, на ваш взгляд, является определяющим?**

— Когда мы говорим о реформе здравоохранения, нужно заглядывать в будущее и иметь весомые аргументы того, для чего это всё делается. Но, реформируя систему здравоохранения, мы не должны переоценивать её возможностей. Охрана здоровья населения — это всеобъемлющая задача государства, имеющая ряд направлений. На некоторых моментах я остановлюсь.

Безусловно, при реформировании в центре системы здравоохранения должен находиться пациент, а финансовая составляющая должна обеспечивать грамотное управление ресурсами, касающихся всех вопросов организации оказания лечебно-профилактической помощи населению. Это и управление потоками пациентов, и управление потреблением лекарственных средств, формирование не аморфных ежегодно недофинансированных, а конкретных дифференцированных программ государственных гарантий, связанных с оценкой возврата на инвестиции того или иного вложения в эти программы. В этом случае мы выстраиваем совсем иную организацию системы здравоохранения, эффективность которой будет существенно выше, чем существующая сегодня. В то же время следует сказать, что если не будут законодательно жёстко регламентированы обязанности населения по сохранению собственного здоровья, любые инвестиции в здравоохранение не дадут должного эффекта. Иногда я задаю вопрос

аудитории: «Давайте на мгновение представим, что у нас организационная структура построения системы здравоохранения, аналогичная японской, или канадской, или израильской... Что изменится в состоянии здоровья населения?». Недолго думая, аудитория практически в большинстве отвечает: «Ничего!». Алкоголизация населения, табакокурение, употребление наркотиков не лучшим образом сказываются на состоянии здоровья населения страны. При одном из самых высоких в мире показателей заболеваемости туберкулёзом мы не можем обязать население в 100 % случаев проходить флюорографическое обследование. При существующих проблемах материнства и детства мы не можем обязать беременных женщин в 100 % случаев встать на учёт в ранние сроки беременности. Это можно перечислять бесконечно. Здесь одними беседами сложно добиться результатов. И третье, что имеет существенное значение в охране здоровья, — это улучшение качества жизни населения страны. Это среда обитания, качество пищевых продуктов и воды, безопасные условия труда. К сожалению, сегодня приходится констатировать, что более 30 % россиян трудятся во вредных и опасных условиях труда, в том числе женщины детородного возраста, что способствует развитию как производственно обусловленных заболеваний, так и профессиональных. Это далеко не всё, без чего нельзя существенно улучшить состояние здоровья населения страны.

— **Николай Ильич, из будущего обратимся вновь к прошлому: держа в уме победу в конкурсе лучших врачей, что бы вы могли пожелать молодым руководителям, которые пробуют или начинают свой руководящий путь? Как добиться таких успехов в работе, как у вас? Раскройте секрет такого выдающегося личного примера.**

— Современные социально-экономические условия предъявляют повышенные требования к методам управления медицинскими органи-

зациями. Для обеспечения управляемости и эффективности таких сложных специфических систем, как медицинские организации, необходимы новые методы, соответствующие сложности внутренней и внешней среды. На первый план выходит роль финансово-экономической службы, повышаются требования к гибкости управления. Одним словом, вопросы управления непросты, здесь одного желания не достаточно, нужно иметь силу и волю, чтобы реализовывать свои планы и не допускать непоправимых ошибок. А главное, чтобы воплотить свои идеи, нужен свой журавлиный клин. Без коллектива руководитель — как без рук. Не секрет, что в коллектив приходят люди с различными амбициями, с разным уровнем образованности, воспитания, ответственности. Задача руководителя — привести всех и вся к общему знаменателю и направить на реализацию одной функции: организация оказания качественной медицинской помощи. Другая задача руководителя вытекает из предыдущей: для того, чтобы обеспечить качество оказания медицинской помощи, нужно дать всё необходимое для обеспечения этого качества. Речь идёт не только о врачах, но и о среднем и младшем медицинском персонале. Это и диагностическое оборудование, комфортные рабочие места, расходный материал и т.д. Один из индикаторов полезности каждого члена коллектива — это уровень заработной платы. Я могу сказать, что заработная плата отдельных выдающихся работников доходит до 200 тысяч рублей, и это не предел. Ещё один немаловажный момент в управлении — это умение предвидеть, просчитать и продумать свои шаги и последствия принимаемых решений. Могу сказать, что существующую ситуацию в здравоохранении мы предвидели лет 20 назад. Последовательно занимались адаптацией организационной структуры построения нашей больницы к меняющимся социально-экономическим условиям. У нас никогда и ни в чём не было

проблем. В то же время, на глазах, от неумелого руководства приходили в упадок больницы, распались коллективы.

— **Мы снова сказали о будущем. И всё же, Николай Ильич, какое ваше звание вы считаете самым главным?**

— Я хочу сказать, что мне везло с учителями по жизни. Судьба сводила и сводит с хорошими людьми. Благодарен моим институтским преподавателям, дело было в Омском медицинском институте. И дальше по жизни. Если я увлекался чем-либо, то делал это горячо и с огромным рвением. Один мой друг научил меня искусству фотографии, так я свои снимки публиковал в изданиях. Или — увлёкся пчеловодством, да так, что мои дела приобрели немалый масштаб. Другой мой наставник научил охотничьему делу — и был вынужден признать, что из меня получился меткий стрелок, как-то я даже получил первое место по стрельбе на крупных соревнованиях. Но моему сердцу нет признания дороже, чем слова моих внуков, их у меня трое. Они мне так и говорят: «Ты у нас самый лучший дедушка!», а младший Артём добавляет: «Во вселенной». Что может быть дороже!

### Послесловие

После интервью я ещё раз решила напомнить для себя мотив и слова песни, которую спел для признанного врача признанный певец. Выбор песни поистине неслучаен. В песне о виноградной косточке много любви, добра и созидания. Её слова, как эхо. И когда закружилась «закат, по углам залетая», то предомной проплыл, как наяву, журавлиный клин.

Клин этот — олицетворение не только людей, соратников, но и череды добрых дел, которые они творят своими руками и умами. И если снова не говорить, а петь словами песенными, то важно сказать, что впереди всего этого стоит человек, живущий по вдохновению, которое звучит так: «на любовь своё сердце настрою, а иначе зачем на земле этой вечной живу...». Оно же находит отклик и в соседних сердцах. ■



## Проблемно-ориентированное обучение: опыт внедрения в медицинском образовании Казахстана

■ РАУШАН ДОСМАГАМБЕТОВА, РЕКТОР КГМУ, И ДР.\*

Обучение и преподавание не должны находиться на противоположных берегах и просто наблюдать за течением реки; вместо этого они должны отправиться в путешествие по течению в одной лодке. Благодаря активному взаимному обмену преподавание может укрепить обучение и помочь учиться.

*Лорис Малагуци*

Развитие высшего образования, осуществляемого в контексте международных тенденций, невозможно без изменения характера преподавания и возрастания акцента на конечные результаты и достижение обучающимися требуемых компетентностей. «Смысл знания изменился от понимания знания как способности запоминать и повторять информацию до способности находить и использовать информацию» (Герберт Саймон, 1996). Устойчивость и жизнеспособность профессиональных знаний, умений и навыков, выбор траектории профессионального развития зависят от способности обучаться. Эту способность необходимо всецело развивать и поддерживать на постоянно высоком уровне с помощью инновационных образовательных технологий, новых подходов к обучению и преподаванию, одним из которых является проблемно-ориентированное обучение, или ProblemBasedLearning (PBL). Одним из важнейших усло-

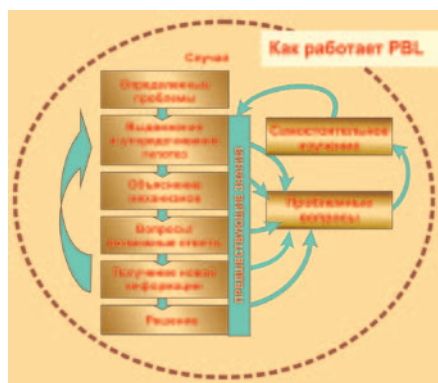
вий в PBL является активное сотрудничество обучающихся друг с другом с целью более разностороннего изучения проблемы и формирования жизнеспособных решений. В отличие от традиционных инструкций, зачастую получаемых из лекционного курса, изучение материала в процессе PBL обычно проходит в виде занятий в аудитории, в небольших по численности группах студентов, обычно в форме дискуссии, направляемой преподавателем. Объём прямых инструкций от преподавателя при PBL сводится к минимуму, и поэтому студенты берут на себя большую ответственность за собственное обучение. При этом роль преподавателя сводится к роли эксперта по обсуждаемой проблеме, руководителя по пользованию информационными источниками и консультанта в выполнении группового задания. Таким образом, в PBL роль преподавателя состоит в поощрении активного обсуждения проблемы, обеспечении взаимодополняющей работы студентов,

обеспечении возможности получения соответствующей информации, поддержании русла ведения обсуждения. Такая форма общения позволяет успешнее обсуждать все вопросы, постигать их суть и, что ещё важнее, оставляет более глубокий след в памяти, нежели озвучивание мнения преподавателя.

Несмотря на то что сегодняшний студент вполне способен постичь многие сложные проблемы, для их решения требуются навыки, которые нередко выходят за рамки общепринятых инструкций. В реальной практике приходится решать проблемы, которые редко бывают стандартными; поэтому способность находить единственный правильный ответ в решении традиционных учебных задач мало содействует становлению студента и специалиста. Ведь используя в учебном процессе стандартные проблемы в сочетании со «стерильными» условиями, где существует лишь один правильный ответ, можно просто рассказать студентам о решении задачи, но не научить способам её решения. В нашей жизни мы редко следуем стандартному алгоритму, более того, в реальной жизни и проблемы представляют собой практически постоянно меняющееся разнообразие условий, целей, контекстов, препятствий и неизвестных величин, влияющих на подход к их решению.

Успешное внедрение PBL требует большой организационной подготовки, упорной работы с преподавателями для формирования навыков, создания специальной среды для обучения. Отличия традиционного преподавания от PBL настолько существенны, что термин «преподаватель» даже не используется — его заменил англоязычный термин «тьютор» (наставник). От тьютора требуется не столько знание преподаваемого предмета, сколько мастерское владение следующими навыками:

- ориентация преподавания на студента;
- эффективное использование вопросов вместо объяснения материала;



- создание мотивирующей обстановки;
- наблюдение за динамикой группы;
- управление временем и процессом обучения;
- предоставление конструктивной обратной связи.

В Карагандинском государственном медицинском университете (КГМУ) впервые внедрение PBL начато в 2007 году с приглашения международного эксперта в области медицинского образования – профессора Стюарта Меннина (Университет Нью-Мексико, США). В результате обучения преподаватели медицинских вузов Казахстана начали активно внедрять в учебный процесс элементы PBL.

С 2012 года КГМУ становится официальным партнёром проекта Темпус «Создание Межрегиональной сети национальных центров по медицинскому образованию, направленных на внедрение проблемно-ориентированного обучения и виртуальных пациентов». Официальными партнёрами КГМУ в рамках проекта являются: Университет Св. Георга (г. Лондон, Великобритания), Университет Аристотеля (г. Салоники, Греция), Университет Никосии (Кипр), Медицинский университет Астана (Казахстан), Медицинский университет им. Давида Гвильдиани (г. Тбилиси, Грузия), Государственный университет им. Акакия Церетели (г. Кутаиси, Грузия), Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье, Украина), Сумский государственный университет (г. Сумы, Украина).

Для внедрения PBL рабочей группой КГМУ были проанализированы образовательные программы вузов-партнёров, определены общие структуры программ, рассмотрены различия в дизайне образовательных программ, согласованы подходы общего согласия для внедрения PBL в каждой новой образовательной программе, проанализированы разработанные Университетом Св. Георга PBL-случаи и определено их место в образовательной программе КГМУ.

Для успешного внедрения данной образовательной технологии была коренным образом пересмотрена образовательная программа. Одним из главных условий PBL является достаточное количество часов у обучающихся для самостоятельного изучения вопросов, которые они сами сгенерировали в ходе обучения, определив области своего незнания в тех или иных сферах. В поддержку PBL разработано расписание по специальной методике, учитывающей тематику каждого случая, благодаря чему студенты имеют возможность изучать проблему интегрировано, погружаясь в биомедицинские знания и клиническую науку, которая в свою очередь обеспечивается организацией клинических форумов с приглашением клиницистов.

В настоящее время по программе с внедрением PBL обучаются четыре группы студентов 1-го и 2-го курса специальности «Общая медицина». Как уже было отмечено, отличительной особенностью используемого подхода является применение концепции «виртуального пациента». Вместо клинического случая на бумаге во время занятия используется специальная компьютерная программа, позволяющая обучающимся «принимать» решения по диагностике и лечению пациента и немедленно «видеть» результаты своих действий. Случаи получают, таким образом, разветвлёнными и допускают множественность вариантов лечения и диагностики, в том числе совершения обучающимися ошибок. Это позволяет наряду с освоением теоретического материала осваивать навыки клинического мышления

с самого начала обучения в медицинском вузе, а также прививает обучающимся ответственность за принятие решений и осознание необходимости тщательно взвешивать все преимущества и недостатки конкретного решения перед его принятием.

Одним из наиболее значимых препятствий при внедрении проблемно-ориентированного обучения является подготовка тьюторов. Преподаватели, как и все люди, не всегда позитивно реагируют на перемены, так как это предполагает дополнительный труд и ответственность. Роль тьютора для многих преподавателей непривычна, они с трудом ломают своё традиционное представление о собственном месте в образовательном процессе и меняют привычное положение дел. Подготовке тьюторов в КГМУ уделяется особое внимание не только в рамках повышения педагогической квалификации, но и в более широком масштабе по вузу.

PBL занимает больше времени и у студентов, предполагает их большую ответственность, самостоятельность и независимость (но не бездеятельность и бесконтрольность). Тьюторы должны верно расставлять все акценты, разумно аргументировать все положения нового обучения и в итоге сделать процесс перехода более мягким и понятным, в том числе и для студентов. Успех здесь будет зависеть от степени аргументированности, продуманности и ориентированности на всех непосредственных участников образовательного процесса.

Таким образом, эффективность внедрения новых инновационных технологий в медицинском образовании может быть обеспечена только при высоком уровне квалификации преподавателей в области применения инновационных образовательных технологий, способных управлять процессом изменений в контексте медицинского образования. ■

**\*Р.С. Досмагамбетова, Ш.С. Калиева, В.П. Риклефс, И.М. Риклефс, А.З. Муратова**



**3-5 марта 2015 Красноярск**

**Приглашаем принять участие в крупнейшем конгрессно-выставочном проекте в области медицины и здравоохранения за Уралом!**



# ЕнисейМедика – 2015

XXIII специализированный медицинский форум

- Медицинская техника, оборудование и диагностика
- Неотложная медицинская помощь
- Лабораторная медицина
- Медицинские услуги
- Медицинская мебель и комплексное оснащение клиник

## Краткие итоги форума-2014:

Площадь экспозиции: 5000 кв. метров.

Количество участников: 185 компаний.

Количество посетителей: 13 132 человека, среди которых 36 % – специалисты отрасли.

**Одновременно пройдет I Сибирская выставка оптики**

Организатор – ВК «Красноярская ярмарка»

МВДЦ «Сибирь», ул. Авиаторов, 19

тел.: (391) 22-88-614, 22-88-611 – круглосуточно

e-mail: medika@krasfair.ru

www.krasfair.ru

Официальная поддержка:



Министерство  
здравоохранения  
Красноярского края.





26-я  
Международная  
медицинская  
выставка



**Основные разделы выставки:**

- Инновационные медицинские технологии
- Медицинское оборудование, техника, инструменты
- Изделия и расходные материалы для врачебной практики и больниц
- Фармацевтика

# XV ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ

ВСЕРОССИЙСКИЙ ОТКРЫТЫЙ КОНКУРС  
ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

## ОБЪЯВЛЯЕМ СТАРТ КОНКУРСА ПРОФЕССИОНАЛОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ «ПЛАТИНОВАЯ УНЦИЯ 2014»

Не упустите возможность принять участие в самом ярком профессиональном событии года!  
В этом году конкурс является юбилейным.

Традиционно все результаты конкурса пройдут процедуру аудиторской проверки международной компанией EY.

Благодарим членов Экспертного Совета за участие в голосовании прошлого года и надеемся на плодотворное сотрудничество в новом году.  
Голосование первого этапа пройдет в период с 1 декабря 2014 по 23 января 2015.

Вы можете подать заявку в номинации «Проект года».  
Все подробности на сайте [www.uncia.ru](http://www.uncia.ru)

Аудитор конкурса:

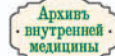
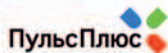


Совершенство бизнес,  
улучшаем мир

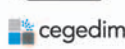
Генеральные  
Информационные  
Партнеры:



Информационные Партнеры:



Организационный комитет:

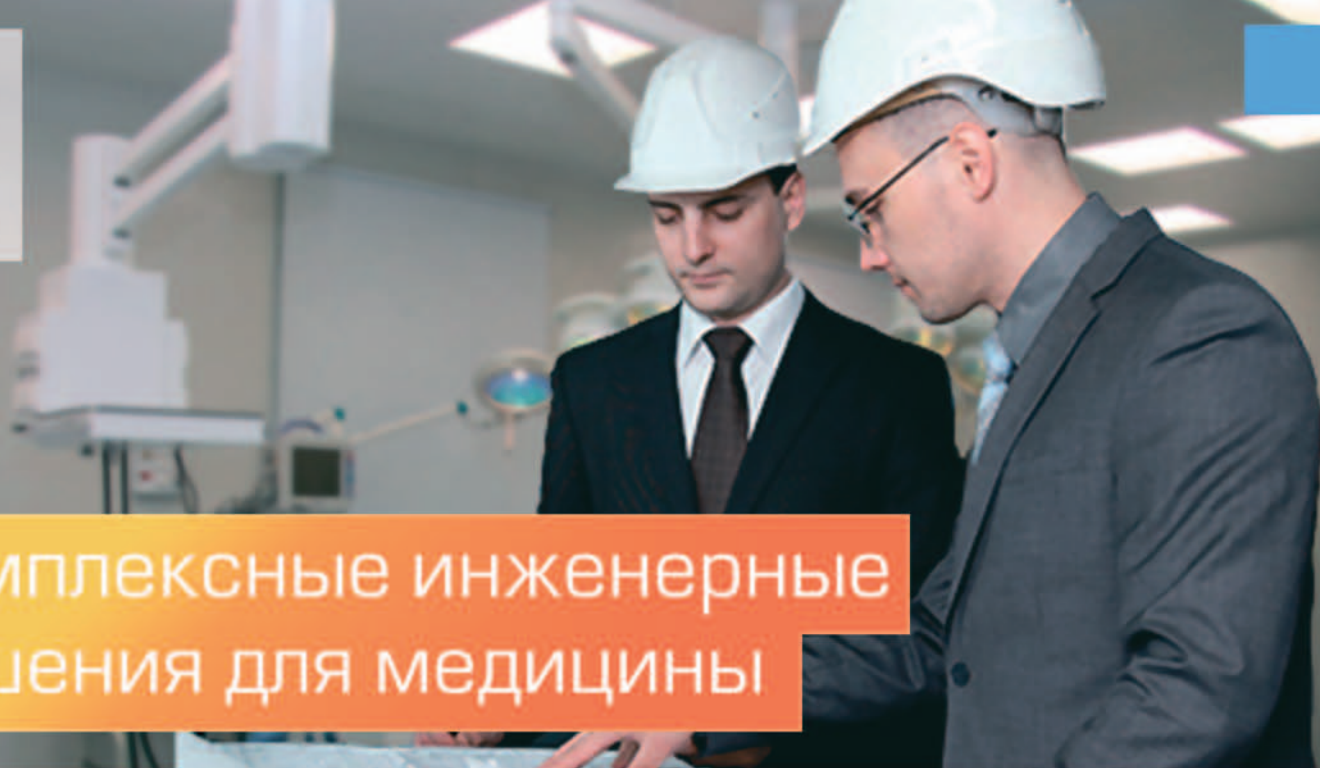


Исполнительная дирекция конкурса:



Реклама

Исполнительная дирекция конкурса «Платиновая Унция» – коммуникационное агентство «Аарон Ллойд»  
117420, Москва, ул. Профсоюзная, 57. 8 (495) 786-25-43, 8 (964) 781-18-06. e-mail: 15@uncia.ru  
По вопросам партнерства: Лемешева Любовь, 8 (962) 925-00-03



Реклама

# Комплексные инженерные решения для медицины

Проектирование. Монтаж. Поставка. Обслуживание.

## Системы лечебного газоснабжения

- Медицинские концентраторы кислорода.
- Станции медицинского сжатого воздуха.
- Вакуумные станции.
- Баллонные рампы кислорода, закиси азота, углекислоты.
- Регуляторы давления, манометры.
- Трубопроводы любой сложности.
- Конечные устройства.

## Слаботочные инженерные системы

- Палатная сигнализация.
- Система централизованного мониторинга пациентов.
- Система «электронная очередь» для медицинских учреждений.
- Радио-, аудио- и видеосвязь в медицинских учреждениях и пр.

## ЗАО «Четыре стихии»

- 4 представительства компании в Центральном (Москва), Уральском (Екатеринбург), Сибирском (Иркутск) и Дальневосточном (Благовещенск) федеральных округах.
- 8 лет на рынке инжиниринговых услуг.
- Более 50 штатных специалистов.
- Более 120 реализованных инженерных проектов в 12 регионах России от Москвы до Дальнего Востока.

## Комплекс «чистых помещений»

- Гигиенические герметичные ограждающие конструкции.
- Системы вентиляции и кондиционирования, ламинарного распределения, очистки и обеззараживания воздуха.
- Встраиваемое медицинское оборудование.

## Пневматическая почта

Полный комплекс работ по проектированию, поставке и монтажу автоматизированных транспортных систем и пневмопочты.



ЗАО «Четыре стихии»  
Офисы в городах:  
Москва, Екатеринбург,  
Иркутск, Благовещенск  
  
8(800) 7001854  
info@4stihii.com  
www.4stihii.com

Комплексные инженерные решения для медицины



Оформить заявку



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

Энергия-Криосиб

для медицины

для промышленности

Региональные подразделения

### О компании

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

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

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

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

### Гарантии для предприятий:

Экономически обоснованная система предоставления услуг

Максимальная безопасность персонала

Экономия лечебных и технических газов за счёт герметичности соединения

Обучение и консультации сотрудников предприятия

Полный комплект согласованной технической документации

### ПОЛЕЗНЫЕ СТАТЬИ

[Концентратор кислорода — ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ](#)

[Архитектура и строительство](#)

[Кто есть кто в медицине](#)

[О безопасной эксплуатации систем медицинского газоснабжения](#)

### ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

[Каковы достоинства концентратора кислорода?](#)

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

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

### ОФИЦИАЛЬНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

[Приказ ГОСТ Р ИСО 7396-1-2011](#)

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

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

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

Реклама

