



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 7 (145)
1 сентября 2016 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

**«Знание, и только знание
делает человека
свободным и великим».**

**Д.И. Писарев (1840–1868),
русский публицист
и литературный критик**



Дорогие друзья! Уважаемые коллеги!

Позвольте от всей души поздравить Вас с всенародным праздником — Днем знаний и пожелать в этот день всего самого доброго, радостного и светлого. Казалось бы, давно стало привычным, что 1 сентября начинается очередной учебный год, и новые ученики, студенты, слушатели приходят в классы и аудитории, чтобы получить новые знания, подняться на очередную ступень в своем совершенствовании и развитии. Но и у тех, кто призван учить, и у тех, кто пришел учиться, сердце вновь радостно волнуется от предчувствия чего-то нового, необычного и значительного.

В наш век бурного развития высоких технологий, научных открытий, меняющих наши, еще недавно казавшиеся незыблемыми, представления об окружающем мире и о человеке, чрезвычайно важно не останавливаться в познании, быть готовым в любой момент воспринимать новые знания, быть готовыми учиться. Время заставляет нас... не терять времени!

Со дня основания Института повышения квалификации специалистов здравоохранения его профессорско-преподавательский состав, специалисты многое сделали и делают для получения слушателями современных знаний о новых методах и подходах в диагностике и лечении заболеваний, базирующихся на принципах доказательной медицины.

Для врача, более чем для специалистов других профессий, огромное значение имеют кругозор, способность к анализу и сопоставлению фактов и умение делать из них верные выводы. Другой крайне важной частью, составляющей подготовку врача, является умение общаться с пациентами, проявлять искреннее деятельное сострадание к больному, укреплять в нем уверенность в выздоровлении.

Без преувеличения можно сказать, что институт, в числе других медицинских учебных заведений, сегодня призван решать важнейшую задачу — воспитание врача нового современного типа. Решение задач такого масштаба и значимости невозможно без постоянной работы профессорско-преподавательского состава над углублением своих знаний, совершенствованием практических навыков.

Пусть нынешнее 1 сентября станет началом нового этапа бесконечного пути к вершинам знаний, творческого развития и совершенствования. От всего сердца желаю слушателям и преподавателям неиссякаемой энергии, любознательности и упорства в достижении поставленных целей, здоровья, благополучия и мира!

Ректор, заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор
Г.В. Чижова

НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ

■ 28 июня 2016 г. в лекционном зале под председательством зав. кафедрой общей врачебной практики и профилактической медицины, д.м.н. Т.А. Петричко и зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, к.м.н., доцента С.М. Колесниковой проведено учебное мероприятие «Раннее выявление и профилактика хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска в практике участкового терапевта, педиатра и врача общей практики», аккредитованное Ассоциацией врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации. Данное учебное мероприятие проводилось в рамках реализации модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования (НМО). В учебном мероприятии приняли участие более 100 специалистов с высшим медицинским образованием: врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики, врачи педиатры, неонатологи, кардиологи, гематологи. Мероприятие транслировалось в режиме видеоконференцсвязи в отдаленные районы Хабаровского края. Раннее выявление и профилактика неинфекционных хронических заболеваний являются приоритетной задачей первичной медико-санитарной помощи.

■ В лекционном зале под председательством С.М. Колесниковой, к.м.н., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии ИПКСЗ состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Школа педиатра». Врачи-педиатры хабаровских поликлинических и клинических учреждений обсудили с московскими коллегами актуальные вопросы лечения бронхиальной астмы у детей. В работе научного мероприятия приняли участие ведущие специалисты в области педиатрии, сотрудники кафедры детских болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова: Н.А. Гепле, д.м.н., профессор, зав. кафедрой детских болезней, А.Б. Малахов, д.м.н., профессор, А.В. Горелов, д.м.н., профессор, Н.Г. Колосова, к.м.н., доцент кафедры детских болезней.

■ 7 июля 2016 г. КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» получило Свидетельство участника Национального реестра «Ведущие учреждения здравоохранения России-2015». Данное свидетельство дает право институту использовать официальный логотип Национального реестра, а также размещать дополнительную информацию о деятельности образовательного учреждения на web-сайте Национального реестра www.leading-medicine.ru

- КОЛЛЕГИЯ -

Качество, безопасность и доступность медицины – ключевая задача

С таким основным мотивом в лекционном зале нашего института 29 июня 2016 г. прошло заседание Коллегии министерства здравоохранения Хабаровского края. Основной доклад «Об организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности» сделал министр здравоохранения края А.В. Витько.

В докладе отмечено, что медицинская помощь на территории Хабаровского края оказывается в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323, согласно порядку и стандартам медицинской помощи, разработанным и утвержденным Министерством здравоохранения России (статья 37 Закона).

Исходя из требований закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г., Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152, на территории края организованы и осуществляются государственный, ведомственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности. В соответствии с изменениями в законодательстве и в целях повышения эффективности системы контроля в 2015 г. министерством здравоохранения Хабаровского края изданы Распоряжение от 22.06.2015 г. № 688-р «Об организации ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в краевых государственных учреждениях здравоохранения Хабаровского края» и Распоряжение от 13.08.2015 г. № 910-р «Об организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в краевых государственных учреждениях здравоохранения».

Министр подчеркнул, что в целом в крае создана и функционирует система контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в составе которой эффективно работают министерство здравоохранения, Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Краевой фонд обязательного медицинского страхования. Организован внутренний контроль в учреждениях здравоохранения.

В ходе проверок качества медицинской деятельности, осуществляемых уполномоченными организациями, нередко выявляются нарушения, большинство которых составляют некачественное оформление медицинской и нормативной документации, отступления от стандартов оснащения медицинских организаций, а также лечения, питания и лекарственного обеспечения пациентов.

Министром дано поручение аппарату министерства здравоохранения Хабаровского края подготовить предложение о создании постоянно действующей комиссии по ведомственному кон-

тролю качества и безопасности медицинской деятельности, ежеквартально проводить мониторинг состояния внутреннего контроля качества в государственных учреждениях здравоохранения края. Институту повышения квалификации специалистов здравоохранения рекомендовано организовать и провести цикл семинаров по вопросам организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также включить эти вопросы в учебные планы.

Повестка Коллегии министерства здравоохранения края прямо вытекает из мероприятий, проводимых в настоящее время Министерством здравоохранения РФ и направленных на повышение доступности, качества и безопасности медицины в стране.

28 июня 2016 г. в Министерстве здравоохранения РФ прошло очередное заседание рабочей группы по мониторингу выполнения поручений Президента Российской Федерации по итогам форума «За качественную и доступную медицину». Сопредседатель провели первый заместитель министра Игорь Николаевич Каграманян и заместитель руководителя Исполкома Общероссийского народного фронта Наталья Васильевна Костенко.

Ключевыми темами дискуссии были состояние сельского здравоохранения и оказания скорой медицинской помощи. Отдельно были проанализированы данные о состоянии автодорог и автопарка «скорой помощи», в том числе – их соответствие национальному стандарту Российской Федерации.

Рабочая группа была создана приказом Министра здравоохранения Российской Федерации в конце 2015 г.

С 01.07.2016 г. вступил в силу приказ № 520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», зарегистрированный Министерством юстиции РФ 08.08.2016 г. Издание приказа позволит полностью реализовать положения статьи 64 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о полномочиях федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в оценке качества оказания медицинской помощи.

1 августа текущего года Министерство здравоохранения РФ разместило на своем интернет-сайте информацию о подготовке проекта Постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации». Документ направлен на

приведение действующего законодательства в соответствие с изменениями, внесенными Федеральным законом от 5 апреля 2016 г. № 93-ФЗ в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В частности, проектом постановления предусмотрено существенное дополнение полномочий Росздравнадзора в исполнении функции контроля лицензирования организаций и частных лиц, занимающихся медицинской деятельностью. Росздравнадзор предполагается наделить правом приостановления, возобновления действия и аннулирования лицензий, проведения мониторинга эффектив-

ности лицензирования видов медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических и психотропных веществ.

На совещании, состоявшемся в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения под председательством руководителя службы М.А. Мурашко 12 июля 2016 г., было заявлено, что основным приоритетным направлением деятельности Росздравнадзора в 2017 г. будет контроль соблюдения прав граждан на получение медицинской помощи.

*По материалам пресс-центра ИПКСЗ,
сайта www.rosminzdrav.ru,
«Медицинской газеты»*

- ДЕНЬ ЗНАНИЙ -

День знаний – история и современность

День знаний – 1 сентября – государственный праздник в СССР и Российской Федерации с 1984 г., установленный Указом Президиума Верховного Совета СССР № 373-11 от 15 июня 1984 г. «Об объявлении 1 сентября всенародным праздником – Днем знаний». Также 1 сентября является официальным праздником в некоторых других государствах – бывших республиках Советского Союза (Украина, Белоруссия и другие).

Согласно христианскому вероучению, появление дня 1 сентября как праздника восходит к началу нашей эры, когда 1 сентября Иисус Христос произнес проповедь в Назаретской синагоге, сказав, что он пришел «проповедать Лето господне благоприятное» и призвав в проповеди «избавить от тяжкого труда угнетенных, развязать узы ярма и отпустить их на свободу».

В христианском вероучении эта проповедь трактуется как призыв к наступлению новой эры добра, справедливости и милосердия.

В IV веке н.э. византийский император Константин I Великий официально провозгласил христианскую религию как государственную. В 325 г. н.э. император созвал в г. Никее Первый вселенский собор, на котором 1 сентября было провозглашено началом Нового года.

На Руси 1 сентября, как начало Нового года, стали праздновать только в 1492 г. по Указу великого князя Ивана III. Поскольку школы в те времена существовали только при церквях, то учебный год в них также стали начинать 1 сентября.

В царствование Петра I начало Нового года было перенесено на 1 января, но 1 сентября сохранилось как начало нового учебного года в учебных заведениях. Хотя в некоторых школах и гимназиях обучение начиналось в конце августа, середине сентября или октября.

В СССР до середины 30-х годов XX века точной даты начала учебного года не было. В Постановлении Совета Народных Комиссаров лишь констатировалось, что «все дети в возрасте 8–10 лет должны быть приняты в школу осенью».

Только 3 сентября 1935 г. Постановлением Совнаркома и ЦК ВКП(б) было введено единое начало занятий во всех школах СССР с 1 сентября.

1 сентября ученики и их родители дарят учителям цветы, поздравляют с началом учебного года. Первые лица государства традиционно говорят свои поздравления с Днем знаний учителям и ученикам. Различные учебные заведения посещают представители администрации районов, руководители городов и страны.

Ранее праздник в школах начинался с торжественной линейки, затем проводился урок Мира, затем другие занятия. Теперь в школах проводятся только торжественные линейки и другие праздничные мероприятия, на которых особое внимание уделяется первоклассникам.

В средних специальных и высших учебных заведениях, как правило, обходятся без линеек (для первокурсников проводится торжественное собрание, но учащиеся старших курсов учатся), однако торжественность момента от этого не уменьшается.

Большой вклад в создание многих школьных традиций, включая такие как празднование Дня знаний, первого и последнего звонка, внес Фёдор Фёдорович Брюховецкий (1915–1991) – советский педагог, директор школы, заслуженный учитель РСФСР, кандидат педагогических наук.

*Использованы материалы сайтов
www.aif.ru, www.pravoslavie.ru*

НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ

■ 13–15 июля 2016 г. первый заместитель министра здравоохранения Игорь Николаевич Каграманян и руководитель Росздравнадзора Михаил Альбертович Мурашко посетили с рабочим визитом Дальневосточный федеральный округ. В ходе поездки Игорь Каграманян провел рабочее совещание с регионами Дальневосточного федерального округа по вопросам развития здравоохранения. Также первый заместитель министра и руководитель Росздравнадзора приняли участие в выездном заседании в Биробиджане. В ходе встречи с членами рабочей группы Общероссийского народного фронта и губернатором Еврейской автономной области Александром Борисовичем Левенталем были обсуждены вопросы совершенствования организации медицинской помощи в области.

■ В июне текущего года подписано Соглашение о научном и образовательном сотрудничестве между КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» и Медицинским университетом г. Вены (Австрия). Предметом Соглашения являются совместные научные и образовательные программы в области дополнительного профессионального образования. Это значит, что врачи края будут иметь возможность осваивать современные медицинские технологии не только в ведущих клиниках Китая и Южной Кореи, но и Западной Европы.

*По материалам пресс-центра ИПКСЗ,
сайтов www.rosminzdrav.ru,
www.medvestnik.ru*

■ 12 августа в г. Хабаровске с рабочим визитом побывал главный неонатолог Министерства здравоохранения РФ, профессор, доктор медицинских наук Дмитрий Олегович Иванов. Вместе с губернатором Хабаровского края В.И. Шпортом и министром здравоохранения края А.В. Витько Д.О. Иванов посетил Краевой перинатальный центр. В ходе посещения и общения с руководителями, врачами и пациентками центра было отмечено, что в Хабаровском крае показатель младенческой смертности снижен в 2 раза по сравнению с 2013 г. и составляет сегодня 5,9 случая на тысячу родившихся малышей. В планах на 2016 г. сократить этот показатель еще вдвое и достичь европейского уровня. Добиться этого поможет ввод в строй нового акушерского корпуса. На окончание строительства и ввод в эксплуатацию необходимо еще 280 миллионов рублей. Правительство края обратилось за финансовой поддержкой в Правительство РФ.

www.vestidv.ru

Актуальные вопросы импортозамещения обсудили на заседании Экспертного совета

14 июля состоялось заседание Экспертного совета при Комитете Государственной Думы по промышленности и развитию биотехнологий, фармацевтической и медицинской промышленности на тему: «Актуальные вопросы импортозамещения: соблюдение баланса между протекционистскими мерами и интересами пациентов».

Мероприятие собрало представителей профильных федеральных органов исполнительной власти, образовательных учреждений, некоммерческих организаций, представителей пациентского сообщества, а также российской фармацевтической и медицинской промышленности.

В своих докладах выступающие отметили, что с каждым годом темпы развития российской фармацевтической промышленности существенно растут, и, несмотря на кризисные явления в экономике, отрасль является стабильной и привлекательной, в том числе для иностранных инвесторов, благодаря проводимой государственной политике, направленной на поддержку фармацевтики.

Директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Министерства промышленности и торговли Российской Федерации Колотилова Ольга Николаевна отметила, что доля российских лекарств на рынке за полтора года увеличилась с 24 до 28,5 %. За последние пять лет создано 22 новых производства в важнейших социально значимых областях. При этом деятельность российских компаний является экономически эффективной, в том числе в аспекте государственных затрат.

Председатель правления Ассоциации евразийских фармацевтических производителей Дмитрий Чагин отметил, что на государственном

уровне выработан широкий спектр мер по стимулированию отечественных производителей, и выразил надежду на то, что они будут только расширяться и углубляться. И одной из важнейших задач, которая сегодня выходит на первый план, является преодоление стереотипа о том, что иностранные препараты лучше, чем отечественные. Без принятия политики импортозамещения всеми участниками процесса невозможно добиться серьезных результатов. Он подчеркнул, что сейчас исключительно важно информировать общественность о достижениях отечественной фармацевтической отрасли и не допускать подачи искаженной информации, дискредитирующей политику государства в этом аспекте. Для этого было предложено включить в резолюцию рекомендацию Министерству юстиции РФ проверить факт наличия некоммерческих организаций, представляющих интересы иностранных фармпроизводителей, в реестре некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента, и рекомендовать СМИ формировать свои планы с учетом необходимости информирования общественности о достижениях отечественной фармацевтической отрасли.

www.medvestnik.ru

Премьер-министр Дмитрий Медведев встретился с представителями медицинской науки

28 июля 2016 г. при участии министра промышленности и торговли Дениса Мантурова и министра здравоохранения Вероники Скворцовой в резиденции «Горки» прошла встреча Председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева с представителями медицинской науки – руководителями и учеными крупнейших медицинских исследовательских институтов и научных центров России.

В мероприятии приняла участие министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова. На встрече были обсуждены вопросы инновационного развития медицины.

В своем вступительном слове Дмитрий Медведев сообщил о необходимости сократить временной разрыв между появлением фармакологических технологий и массовым производством препаратов, ведь инновационные разработки непосредственным образом влияют на развитие импортозамещения.

«Необходимо сократить дистанцию между передовыми решениями в

сфере медицинских технологий и фармакологической промышленности. Однако надо признать, что за последние годы развитие этой отрасли получила. У нас по прошлому году порядка 20

или 25 % даже прирост объемов производства в российском фармакологическом кластере, движение вперед есть», – резюмировал Дмитрий Медведев.

Отдельно была затронута тема законодательного регулирования биотехнологий. Дмитрий Медведев отметил, что эта сфера достаточно консервативна, тем не менее недавно был принят закон о клеточных биомедицинских продуктах – нормативный акт, регулирующий испытания и донорство биоматериала.

Премьер-министр напомнил присутствующим о принятой Стратегии развития медицинской науки до 2025 года. Цель документа – развитие медицинской науки, ориентированное на создание высокотехнологичных продуктов, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья населения, внедрение современного оборудования в практическое здравоохранение, а также обеспечение отрасли кадрами. Для реализации Стратегии планируется разработать и утвердить программу мероприятий по развитию медицинской науки в Российской Федерации, на основании которой будут приняты ведомственные планы.

www.rosminzdrav.ru
фото: www.dosug.md



Взгляд на проблемы медицины с двух сторон

О них на страницах «Медицинской газеты» говорит врач и сенатор Людмила Вячеславовна Козлова, заместитель председателя Комитета по социальной политике Совета Федерации, профессор, доктор медицинских наук.

Болевые точки отечественного здравоохранения, на ваш взгляд?

— В отрасли немало делается, что вселяет надежду. Однако... С моей точки зрения, основные проблемы: доступность, качество медицинской помощи и дефицит кадров. С горечью приходится констатировать снижение качества и доступности медицинской помощи. И во многом это связано с дефицитом кадров и медицинским образованием. Хорошо известно, что качество оказания медицинской помощи не может быть выше уровня полученного образования.

Со студенческой скамьи мы помним слова замечательного инфекциониста А. Билибина: «Врачевание предполагает не только встречу врача с пациентом, но и общение с ним, с желанием обоих быть понятыми друг другом. А такой процесс уже сам по себе представляет творчество в миниатюре». Но о каком творчестве может идти речь, когда на беседу с больным и его осмотр врачу отводится 12 минут? В силах ли он за это время собрать анамнез заболевания? И не просто собрать, а убедить человека, что ему необходимо обследование, лечение... В ходе скоротечного приема врач озабочен другим: не упустить что-то в записи, ведь страховые компании сразу наложат штрафы, и зарплата, без того мизерная, еще больше похудеет, а у больницы будет меньше денег на питание пациентов и медикаменты...

— Что противопоставить нарастающей проблеме?

— Мое мнение — пора пересмотреть систему формирования заработной платы, повысить реально базовые оклады, увеличив фонд заработной платы, а не играть в стимулирующие надбавки в пределах имеющегося фонда заработной платы, уменьшая объемы медицинской помощи, сокращая медицинский персонал и увеличивая нагрузки на оставшихся работников. Речь идет о повышении социального статуса и престижа специальности медицинских работников (врачей, среднего медицинского персонала, а также преподавателей высших и средних учебных медицинских учреждений). Зарплата медика при всех нынешних объективных трудностях, переживаемых нашей экономикой, должна быть явно иной, хотя бы среднего уровня. Имею в виду средний уровень оплаты труда по стране. Важно добиться, чтобы страховая система выглядела не как карательный орган, а работала на защиту пациентов, не снижая при этом престиж профессии врача и не унижая его.

Беда отрасли — отсутствие жилья и надежды на то, что скоро оно появится. Но и эту проблему можно сдвинуть с мертвой точки. Почему бы нам не ввести систему жилищных сертификатов для медицинских работников (по аналогии с военными)?.. Если медики будут знать, что у них есть реальная надежда, пусть через годы, получить такой сертификат, а значит, и квартиру, они будут больше внимания уделять работе, пациентам. Понятно, что нужно и больше семейных общежитий для медработников.

Решать проблему дефицита медицинских кадров надо на региональном и федеральном уровнях. Одним из решений этой проблемы на региональном уровне могут быть целевые приемы на договорной основе. Но договора должны быть составлены юридически грамотно, чтобы человек не мог их не выполнить. Конечно, нужна и доплата к стипендии для тех, кто едет работать в районы. Ее размер должен определяться на местах, исходя как из возможностей районов, так и количества лет, в течение которого врач обязан отработать в ЛПУ региона.

Решение проблемы на федеральном уровне — повышение социального статуса и, как следствие, престижа специальности. Нам всем пора понять: чтобы получить неравнодушного и знающего врача, необходимо вернуть общественное уважение и социальную заботу о людях этой профессии. Да, бюджет не безграничен. Но для чего тогда министерство финансов, министерство экономики, федеральные власти, как не для того, чтобы решать социальные проблемы?..

Притчей во языцех стали разговоры о проблемах в финансовой сфере. И при этом редкий день обходится без разоблачения очередного коррупционера. Жулики, похоже, не очень-то расстраиваются: наворованное остается у них... Я, как и многие россияне, выступаю за конфискацию нажитого нечестным образом. Это могло бы помочь бюджету.

Думая о национальной безопасности, мы выдвинули задачу импортозамещения. Конечно, необходимо снижать тотальную зависимость от зарубежных лекарств и медицинских изделий, поддерживать разумный баланс между импортом и отечественным производством. Однако это следует делать не запретительными, а стимулирующими мерами — финансовой и налоговой поддержкой ведущих фармпредприятий государства, инвестициями в научно-промышленные проекты, подготовкой высококвалифицированных специалистов-фармакологов.



— Ваше отношение к коммерциализации медицины?

— Не скрою, беспокоит увеличение платных услуг. Нет, я не против частных клиник, они должны быть наряду с государственными. И каждому человеку надо иметь выбор, где лечиться, необходима здоровая конкуренция между лечебными учреждениями. А для этого государственные клиники тоже должны иметь хорошее оборудование, оснащение, комфортные условия пребывания. В сложных экономических условиях, когда большинство населения не в состоянии оплачивать лечение, очень важно, чтобы людям была доступна бесплатная и качественная медицинская помощь, которая гарантирована Конституцией. А медики должны работать в одном лечебно-профилактическом учреждении, уделяя достаточное время пациентам и получая зарплату, обеспечивающую хотя бы средний уровень жизни. Пока же множество примеров, когда днем врач трудится в государственной поликлинике, а вторую смену отработывает в платной клинике.

— Какие вопросы занимают сегодня сенатора?

— Президент страны в Послании Федеральному Собранию отметил: «В последние годы нам многое удалось сделать для развития здравоохранения, но мы по-прежнему далеки от нужных показателей». Со своей стороны хочу подчеркнуть: сдвиг появится, если все, в том числе и организаторы здравоохранения всех уровней, и население страны, осознают аксиому — истоки заболеваний взрослых уходят корнями в детский возраст, формирование здоровья также происходит в детстве. Если мы хотим чего-то добиться не на словах, а на деле, то профилактикой должны заниматься с самого раннего возраста. Более того, не тогда, когда ребенок родился, а когда он еще находится в утробе матери, в перинатальном периоде. Именно в это время формируются все зачатки проблемы. И профилактикой здоровья надо заниматься, не теряя дорогого времени.

Президент настойчиво напоминает нам о том, что пора больше внимания уделять про-

филаксии и диспансеризации, подчеркивая: исполнение социальных обязательств – один из главных вопросов для российских властей при всем сегодняшнем непростою положении с бюджетом. Это добавляет всем нам оптимизма. Но, с другой стороны, мне становится стыдно за нас, медиков, когда вижу, как на практике теряется то, что всегда было гордостью отечественной медицины, – ее профилактическая направленность.

Здоровье во многом определяется приверженностью к здоровому образу жизни как каждого человека, так и семьи. Известно, что уровень нашего здоровья только на 5–10 % зависит от собственно системы здравоохранения, а на 50–60 % – от образа жизни. Нам очень необходим Федеральный закон о стимулировании мотивации к

здоровому образу жизни. При Правительстве России создана рабочая группа по разработке такого закона, которую возглавляет вице-премьер О. Голодец. Это подтверждение того, что охрана здоровья населения действительно является одним из приоритетов государственной политики.

Практика убеждает: пора оптимизировать работу страховых компаний. Мы готовы вернуться к закону об обязательном медицинском страховании, чтобы минимизировать негативные последствия перехода на одноканальное финансирование. Требуют решения вопросы организации медицинского обслуживания пожилых людей, ветеранов, инвалидов и участников войн, жителей села и школьников. Необходимо решить проблемы социальной адаптации детей,

чьих матери отбывают наказание в тюрьмах. Начата работа над соответствующим законопроектом.

Конечно, трудно сразу решить все накопившиеся проблемы, тем более в условиях снижения финансирования. Нередко звучит критика в адрес Министерства здравоохранения, которое, как мне хорошо известно, работает с большой нагрузкой. Проблемы есть, о них надо говорить, но не только критиковать штаб отрасли, а по возможности помогать в их решении.

*Беседу вел Михаил Глуховский,
корр. «Медицинской газеты»
фото: www.mgz.ru*

- РЕФОРМА В МЕДИЦИНЕ -

Реформа медицинского образования – плюсы и минусы

На протяжении нескольких последних лет в стране проходит реформа образования, в том числе в высших учебных заведениях. Не стало исключением и высшее медицинское образование. Форма, содержание и возможные результаты проводимых реформ стали предметом дискуссий в медицинском сообществе. В связи с переходом на федеральный государственный образовательный стандарт в 2016 г. в российских медицинских вузах отменяется интернатура. Для обеспечения должной подготовки будущих врачей к самостоятельной работе новый стандарт обучения предусматривает значительное увеличение объема практической подготовки будущих врачей, в том числе и на специальных медицинских симуляторах.

В приведенной ниже статье, опубликованной на сайте www.apteka.ru, журналист и врач Ольга КАШУБИНА анализирует вероятные ближайшие и отдаленные последствия реформы медицинского образования.

Теперь после пяти лет вуза студенты-медики сразу станут лечащими врачами в поликлиниках. Поговорим о плюсах и подводных камнях такой реформы для врачей и пациентов.

Как это было раньше

Учеба в медицинском вузе никогда не была легким способом получения высшего образования. Шесть лет в университете, а затем еще один или два года постдипломной практики в интернатуре или ординатуре – гораздо больше, чем требуется для освоения большинства профессий в нашей стране.

Плюсы в такой системе тоже были – во-первых, 8 лет от окончания средней школы – не так уж и много, чтобы получить специальность, к примеру, кардиохирурга: любой американский врач позавидует, ведь в США доктора учатся от 12 до 18 лет, получая доступ к самостоятельной практике, лишь разменяв четвертый десяток. А во-вторых, высшее образование в России по-прежнему бесплатное (при наличии блестящих знаний или хороших связей). А это значит, что родители будущих докторов в большинстве случаев избавлены от необходимости откладывать сбережения на обучение своего чада с момента его рождения, а молодые выпускники медвузов в большинстве своем не имеют за плечами кредитов на шестизначные суммы.

Между тем, жалобы на уровень медицинского образования не дают покоя чиновникам, да и вопиющее несоответствие отечественной системы подготовки докторов западным стандартам является серьезной проблемой для талантливых российских врачей, желающих работать за рубежом.

Впрочем, вряд ли авторы новой системы обучения всерьез озабочены этими вопросами, перед ними поставлена куда более актуальная задача: обеспечить кадрами первичное поликлиническое звено.

Как это станет теперь

Теперь вчерашние студенты, отучившиеся 5 лет в медицинском вузе (программу первичной подготовки планируется сократить), сразу отправятся

работать в поликлиники. Причем – все, вне зависимости от предпочтений, будут «в полевых условиях» осваивать специальность терапевта, педиатра или стоматолога (в зависимости от окончанного факультета). И лишь после 3 лет испытания практикой у них появится возможность поступить в ординатуру и получить узкую специальность – например, стать неврологом, окулистом или хирургом. Такая постдипломная подготовка займет как минимум два года, как максимум – все пять, но те из молодых врачей, кто не пожелает учиться дальше, смогут продолжить работу в качестве терапевтов, время от времени (как и все другие медики) проходя аттестационные экзамены.

Раньше именно интернатура, обязательная для всех выпускников, была тем самым мостом между теоретической и практической подготовкой: в течение целого года выпускники с дипломом «играли в доктора» под присмотром врачей-наставников. Качество такой подготовки зависело от руководителя практики, а также от благосклонности заведующего отделением, к которому был прикреплен интерн. Кому-то везло, и толковый врачебный коллектив позволял молодому коллеге практиковать фактически на равных с опытными специалистами. Другие были вынуждены играть роль бесправных помощников, на которых сваливали всякую неприятную и часто бессмысленную работу – например, заполнение однообразной медицинской документации. Кого-то и вовсе потихоньку от руководства отпускали домой – чтобы не путался под ногами и не смущал больных.

Теперь же вчерашние студенты будут вынуждены приступать к исполнению медицинских обязанностей безо всякой разминки – и без подстраховки в виде врачей-наставников, которые в случае чего могли бы своевременно исправить ошибку в диагнозе или назначенном лечении. Но все-таки поликлинический прием – это не операционный стол, и фатальные ошибки с серьезными последствиями в этом учреждении – скорее исключение из правил.

Современные врачи-терапевты вынуждены чудовищное количество времени тратить на заполнение бумажек, да общение со скукающими

старушками, которые ходят к доктору скорее за человеческим вниманием, чем за предписаниями. Если взглянуть на ситуацию под этим углом, три года обязательной общеврачебной практики – не так уж плохо и для молодых врачей, и для их старших коллег, которые будут избавлены от чрезмерной нагрузки, и для пациентов, которым не придется записываться на «срочный» прием за две недели путем визита в регистратуру в пред-рассветный час.

Чем мы рискуем?

Обратная сторона медали состоит в том, что новая реформа может ударить по всем категориям участников. По опытным врачам – созданием нездоровой конкуренции в лице зеленых специалистов, способных своим непрофессионализмом снизить и без того шаткое доверие ко всем медикам сразу. По самим выпускникам – разрушением иллюзий в отношении будущего призвания.

Конечно, хорошо получить оплачиваемую профессию уже через 5 лет обучения в вузе. Но чтобы прийти к желаемой должности (и работать не терапевтом в поликлинике, а, к примеру, гинекологом в престижном медицинском центре), придется в без малого тридцать лет вновь фактически переквалифицироваться в студента.

Вообразите себе молодого человека, едва-едва получившего финансовую независимость (ибо без поддержки родителей закончить медицинский вуз почти невозможно), который не может планировать свою жизнь, ввязываясь в ипотеку или заводить детей, потому как предвидит, что через три года его профессиональный статус опять будет обнулен. При этом не существует никаких гарантий, что даже после окончания ординатуры «полноценный врач»

получит достойную зарплату и уважение со стороны коллег и пациентов. Ибо престиж профессии врача в России, увы, давно дискредитирован.

Ну и, наконец, пациенты. Конечно, приятно будет избавиться от очередей в поликлиниках, а в небольших населенных пунктах – в принципе получить доступ к специалисту с высшим образованием (разумеется, если выпускники согласятся ехать на 3-летнюю практику в провинцию). Но с другой стороны, работа терапевта состоит не только в диагностике и лечении банальных ОРВИ,

пищевых отравлений и гипертонии. Именно на этом специалисте лежит ответственность за своевременное выявление смертельно опасных состояний – речь, к примеру, о той самой онко-настороженности, к которой призывают врачи-онкологи, вынужденные лечить больных с раком четвертой стадии.

Сможет ли вчерашний студент обеспечить качество медицинской помощи, своевременно поднять тревогу, когда к нему обратится пациент с размытой клинической картиной в виде жалоб на слабость, потерю веса

или беспричинное увеличение лимфоузлов? Отличит ли врач с 5-летней теоретической подготовкой в ходе прослушивания грудной клетки стетоскопом бронхит от пневмонии или новообразования в легких? Насторожит ли его результат анализа крови с необъяснимым лейкоцитозом?..

В конечном итоге мы все, так или иначе, узнаем, насколько полезна и своевременна грядущая реформа медицинского образования. Остается лишь надеяться, что это событие обойдется без жертв – как со стороны врачей, так и со стороны пациентов.

Ольга Кашубина,
www.apteka.ru
фото: www.misanec.ru



О реформах в хирургии – детально

В настоящее время реформируется не только система медицинского образования, изменения идут также в различных областях медицинской науки и практики. Свое мнение о реформировании системы подготовки профессиональных хирургов на страницах «Медицинской газеты» высказали директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Владимировна Семенова и генеральный секретарь Российского общества хирургов, доктор медицинских наук, профессор Андрей Владимирович Фёдоров.

Директор Департамента Татьяна Семёнова дала интервью «Медицинской газете»

Информация о том, что Министерство здравоохранения РФ планирует в рамках реформы высшего медицинского образования не только модернизировать систему профессиональной подготовки хирургов, но и сократить количество врачебных специальностей, вызвала у хирургического сообщества особый интерес.

Решением какой глобальной задачи озабочено министерство, приступая к этой работе? Об этом читателям «Медицинской газеты» рассказала директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова.

– Чем вызвана необходимость внести коррективы в программу профессиональной подготовки хирургов?

– Продолжается изменение системы послевузовского медицинского образования под сегодняшние реалии. Традиционная схема получения послевузовского профессионального образования – один год обучения в интернатуре или два года в ординатуре. Но, как показывает российский опыт, выпускники оказываются недостаточно подготовленными в части

освоения всего спектра мануальных навыков, чтобы стать самостоятельными оперирующими хирургами, например, в таких областях, как нейрохирургия, кардиохирургия, торакальная хирургия. Для сравнения: в Европе подготовка торакального хирурга занимает 13 лет.

До того, как начать модернизировать программу подготовки хирургов, очень важно сформировать профессиональные стандарты, которые определяют конкретные требования к компетенциям специалистов на том или ином рабочем месте. Нет необходимости оттачивать на уровне ординатуры какой-то мануальный навык, который потом конкретно этому врачу никогда в жизни не пригодится, это нерациональная трата времени.

Основная задача в этот переходный период – предполагаем, он завершится к 2019 г. – перейти на персонализированную подготовку хирургов под конкретное рабочее место. Мы планируем создать такую систему, когда молодой врач, набираясь опыта на широко специализированных рабочих местах, мог бы при желании дальше перейти к узкой специализации, выбирая для обучения именно тот модуль, который соответствует его про-

фессиональным устремлениям. При этом, на наш взгляд, целесообразно приходить в узкую хирургическую специальность, имея большой профессиональный кругозор и сформированное клиническое мышление в целом по хирургии, а не по конкретной системе организма и набору нозологий. И только потом, модулями, осваивать узкопрофессиональные компетенции и навыки. Допустим, первый уровень ординатуры – введение в хирургию или основы хирургии, второй уровень – травматология-ортопедия, следующий – микрохирургия. А ответить на вопрос, какое количество таких модулей предполагается в подготовке хирургов каждого профиля, должны профессиональные сообщества, которым предстоит решить, сколько времени и какой объем знаний нужны для подготовки специалистов разного уровня. Теперь представим, что, поработав какое-то время амбулаторным хирургом, врач почувствовал стремление заниматься нейрохирургией.

Или иная ситуация: есть ординатура по травматологии-ортопедии, врач отучился, работает какое-то время, а потом понимает, что хочет специализироваться в пластической хирургии. Что делать? Реализовать это желание в нынешней жесткой траектории образования невозможно, потому что между врачебными медицинскими специальностями, по которым сегодня ведется подготовка в ординатуре, мало «смычек». Чтобы на любом этапе профессиональной карьеры врач одной специальности мог переквалифицироваться во врача другой специальности, ему опять нужно начинать с поступления в ординатуру. Мы же хотим через сокращение перечня врачебных специальностей добиться большей универсализации в базовой подготовке специалистов и больших возможностей в узкой специализации.

– К вопросу о сокращении перечня медицинских специальностей: как это будет происходить?

– В настоящее время в ординатуре ведется подготовка по 94 медицинским специальностям, а врачебных должностей еще больше. Сколько из них хирургических, ответить трудно. Есть «официальные» специальности – хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия, торакальная хирургия и т.д. И существуют «неофициальные», например, онкохирургия, абдоминальная хирургия, аритмология: в перечне врачебных специальностей их нет, но специалисты, которые этим занимаются, есть. Более того, в отношении ряда видов деятельности врачей вообще идут дискуссии, относятся ли

они к специальности «хирургия». К примеру, урология – это хирургическая специальность или нет? Я отвечу – да, а если мы спросим самих урологов, они скажут: «Ну что вы, конечно, нет, урология – это урология». Я считаю, что челюстно-лицевой хирург – это хирургическая специальность, а мой главный оппонент в данном вопросе настаивает, что это стоматологическая специальность. В лечении заболеваний глаз большое место занимают хирургические вмешательства, но отнесут ли офтальмологи себя к хирургам или нет? Спорный вопрос. То же самое с оториноларингологией.

На мой взгляд, нужно говорить о внедрении понятий «профилизация», «специализация», иначе деление на специальности будет бесконечным. Поэтому одна из наших главных задач – укрупнить специальности, а уже внутри них могут быть разные профили и специализации. В связи с этим, мы считаем, ординаторы должны сначала получать общехирургические навыки, а уже потом более узкопрофильные.

Нам хотелось, чтобы из 94 специальностей осталось «укрупненных» не более 30–35, но при этом большее количество профильных специализаций, базисом для которых послужит подготовка по этим специальностям. Однако именно укрупнение специальностей – самая сложная проблема, с которой мы столкнулись. Как обойти сложившиеся традиции? Решить эту задачу может не министерство, а как раз профессиональные сообщества. Здесь показателен пример онкологов: они пришли к соглашению, что не надо выделять в разные специальности онкохирургов и специалистов по химиотерапии, если точкой приложения компетенций и тех и других является пациент со злокачественным новообразованием. То есть специальность одна, а вот профиль или специализация разные.

Еще раз подчеркну, что определять все «правила игры» Минздрав России будет в тесном сотрудничестве с профессиональными объединениями врачей. Думаю, в течение 2 лет нам удастся перестроить стандарты ординатуры под модульную систему и для специалистов, которые проходят обучение, начать проводить первичную специализированную аккредитацию на разных уровнях ординатуры, например, аккредитовать врача к профессиональной деятельности в качестве амбулаторного хирурга.

«Медицинская газета» № 54 от 22.07.2016 г.

- РЕФОРМА В МЕДИЦИНЕ -

Андрей Фёдоров: «Аккредитация разложит все по полочкам»



С начала нынешнего года в среде российских хирургов не утихают дискуссии. На конференциях и за их рамками обсуждаются две глобальные инициативы: усилить роль амбулаторной хирургии и проводить ротацию поликлинических и стационарных хирургов. Со своей стороны Министерство здравоохранения РФ тоже не обошло вниманием хирургическую службу: в рамках реформирования системы последипломной подготовки специалистов предполагается, в частности, сократить перечень хирургических специальностей.

Почему все эти процессы произошли почти одновременно? Связано ли это с проблемами организации оказания хирургической помощи, ее качеством или финансированием? Внести ясность мы попросили генерального секретаря Российского общества хирургов, доктора медицинских наук, профессора Андрея ФЁДОРОВА.

– На самом деле это просто совпадение. Все перечисленные темы возникли не вдруг, они обсуждаются внутри нашего профессионального сообщества уже на протяжении многих лет, а сейчас разговоры вышли в публичную плоскость потому, что абстрактные идеи приобрели форму конкретных предложений. Так, на недавнем съезде амбулаторных хирургов профессор В. Воробьев перечислил, какие именно нормативные акты необходимо разработать и утвердить на уровне Минздрава России, чтобы амбулаторная хирургия как эффективная стационарорзамещающая технология успешно развивалась.

В 2003 г. при Министерстве здравоохранения и социального развития РФ была создана комиссия по вопросам организации амбулаторной хирургической помощи в стране. Однако она просуществовала совсем недолго. За то время, не дождавшись решений на федеральном уровне, отдельные регионы пошли своим путем в направлении развития амбулаторной хирургии. Там решением региональных минздравов и губернаторов профинансировано создание центров амбулаторной хирургии, определен порядок финансирования их работы из средств системы ОМС. Где-то центры амбулаторной хирургии создают как самостоятельные учреждения, а где-то – в структуре стационаров.

Опыт тех субъектов РФ, где на местном уровне уже приняты подобные решения, заслуживает одобрения. Внести изменения в существующие порядки на федеральном уровне оказалось и более сложно, и более долго. Но сделать это, тем не менее, необходимо. Имея федеральные

нормативные акты, мы сможем подготовить единую для всей страны «инструкцию», как правильно развивать амбулаторную хирургию в ее новом качестве.

– Теперь что касается ротации хирургов: мне кажется, это не только полезное решение, но и простое в исполнении. Не нужно финансовых вложений, принятия новых законов. Нужны лишь организационные усилия. Или все не так просто?

– При всей простоте решения о ротации поликлинических и стационарных хирургов мы говорим уже очень давно, но только сегодня вплотную подошли к реализации замысла. Первым делом необходимо интегрировать поликлинических хирургов в систему непрерывного медицинского образования. В настоящее время они проходят повышение квалификации один раз в 5 лет, а в системе НМО практически не участвуют. Поэтому на научно-практические конференции ходят лишь те хирурги поликлиник, кто сам для себя ставит целью постоянно учиться, расти. Но есть и такие, кому повышать свой уровень не хочется, а нынешняя система допуска поликлинических хирургов к профессиональной деятельности их интерес к учебе никак не стимулирует.

– Может быть, отсутствие интереса к учебе объясняется тем небольшим уровнем задач, которые стоят перед хирургом поликлиники?

– Вот мы и предлагаем расширить уровень их задач. А именно, интегрировав поликлинических хирургов в систему непрерывного образования, вернуть им интерес к профессии, а затем проводить ротацию хирургических кадров между поликлиникой и стационаром: 9 месяцев работаешь в стационаре, затем на 3 месяца идешь в поликлинику.

Главная проблема поликлинической хирургии – ее обособленность. Идеальный вариант, когда при стационаре есть поликлиническое отделение. В небольших городах и районных центрах это именно так: хирург утром оперирует, а после обеда ведет поликлинический прием пациентов. В крупных городах и особенно в мегаполисах все иначе, там абсолютное большинство поликлиник существуют как самостоятельные учреждения, и никак не связаны со стационарами – ни юридически, ни функционально.

Но, как оказалось, и в таких условиях можно реализовать принцип ротации хирургических кадров. Пример тому – Москва, казалось бы, самый сложный в этом плане город: очень большое количество стационаров, и еще больше поликлиник. Но здесь провели реструктуризацию лечебной сети: укрупнили поликлиники и определили их взаимодействие с конкретными стационарами. Таким образом, появились начальные условия для ротации хирургов. А чем больше кооперации между хирургами поликлиник и стационаров, тем лучше и врачу, и пациенту, и системе здравоохранения.

– Но как это увязывается с предстоящей аккредитацией на должность амбулаторного хирурга? Или это будет отдельный вид деятельности, и такой хирург не будет участвовать в системе ротации?

– Все поликлиники невозможно прикрепить к стационарам, в больших городах все равно останется значительная часть поликлиник как отдельных ЛПУ. Там должны будут работать специалисты, аккредитованные как амбулаторные хирурги.

Вопрос о том, какой должна быть система профессиональной подготовки поликлинического хирурга как самостоятельной должностной единицы, будет решен в контексте обсуждаемой реформы последипломного образования врачей. Насколько можно понять, Минздрав России предлагает увеличить срок обучения в ординатуре, при этом каждый врач хирургической специальности должен сначала пройти базовую подготовку, общую для всех. И это, я считаю, правильно. В конце концов, инструментарий в руках у всех хирургов одинаковый, шовный материал тоже, а способы разрезания тканей, коагуляции сосудов и вязания узлов – общие для всех.

– Как вы оцениваете другие изменения, которые Минздрав намерен внести в систему профессиональной подготовки врачей, в частности, сократить перечень хирургических специальностей?

– Полностью поддерживаю. Более того, я очень рад, что в своих намерениях министерство во многом учло те предложения, которые Российское общество хирургов направляло в ведомство еще лет 5–6 назад. Мы тогда тоже предлагали увеличить срок обучения в ординатуре. Правда, про отмену интернатуры мы ничего не говорили, но Минздрав принял такое решение, и абсолютно правильно. Надо сконцентрироваться на

ординатуре. Причем начинать не сразу с микрохирургии, а с азов – общей хирургии. Врач – будь то нейрохирург или уролог – должен быть широко подготовлен, уметь и роды принять, и аппендицит удалить, и по своей узкой хирургической специальности операцию выполнить.

– Вы мечтаете о возврате к универсализму, когда один доктор мог делать все: и зубы удалять, и на желудке оперировать?

– К универсализму возврата не будет. Современная хирургия предполагает в значительной степени диспетчеризацию: от абдоминального хирурга не требуется оперировать на головном мозге, но широты его врачебных знаний должно хватать на то, чтобы вовремя заподозрить у больного, например, нейрохирургическую проблему и направить к специалисту в этой области. Изучение основ хирургии для всех будущих хирургов нацелено на формирование именно такого – широкого взгляда на хирургическую патологию.

Что касается узкой специализации хирургов, она, соглашусь с мнением Минздрава, зашла уже слишком далеко. Скорее всего, процесс аккредитации разложит все по полочкам. Выяснится, что нам не нужна такая масса узких специальностей: должны быть большие направления хирургии, внутри которых врач может аккредитоваться на занятия разными видами хирургической деятельности. К примеру, как общий хирург я могу пройти дополнительное обучение и аккредитоваться на герниологию и бариатрическую хирургию.

Разросшийся перечень хирургических специальностей усложняет жизнь самим хирургам. Скажем, у хирурга пять сертификатов, в числе которых не только по хирургии, но также по УЗИ. И все эти сертификаты нужно поддерживать, то есть участвовать в системе непрерывного медицинского образования и раз в 5 лет проходить полноценное повышение квалификации по каждому из 5 сертификатов. А зачем хирургу повышать квалификацию по всему курсу ультразвуковой диагностики, если он делает только УЗИ органов малого таза?

Профессиональная подготовка, на мой взгляд, должна быть приближена к тому, чем ты хочешь и обязан заниматься в контексте своей должности. При этом в пределах широкой специальности «хирургия» должен действовать аккредитационный принцип: я получаю допуск к определенным видам хирургической деятельности, соответственно, мне необходимо будет поддерживать именно те компетенции, в рамках которых я аккредитован.

– Андрей Владимирович, что из триады «образование хирургов – организация хирургической помощи – качество хирургической помощи», по вашему мнению, сегодня является самым слабым звеном?

– Я могу сказать, какое звено мне кажется самым легко корригируемым, – образование хирургов, тут дело уже фактически поставлено на поток. А что касается организации работы службы и качества хирургической помощи, то это две стороны одной медали, одно без другого невозможно.

Лет 15 назад мне попала на глаза информация, что оснащенность хирургической койки в США и оснащенность хирургической койки в России различаются в 700 раз. Сегодня мы в значительной степени преодолели этот разрыв. Крупные российские хирургические центры ничем не отличаются от американских, и даже ЦРБ оснащены так, как должны быть оснащены больницы такого уровня. Но и американцы, и мы по-прежнему жалуемся на то, что денег не хватает. Разница лишь в том, что там говорят в основном о нехватке средств на технологии, а у нас – на зарплату хирургов.

И жалобы моих коллег абсолютно справедливы. Труд хирурга в России перестал быть привлекательным в материальном плане, хотя еще, слава богу, остается престижным в моральном плане. Но когда хирурги, чья сложнейшая работа не получает адекватной финансовой оценки со стороны государства, перестанут чувствовать и моральное удовлетворение тоже, наступит беда. Мне кажется, реформируя отрасль, нельзя забывать и об этом аспекте тоже.

*Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «Медицинской газеты»,
www.mgz.ru*

Неокончательный вердикт

Безопасность лекарственного препарата должна изучаться на всех этапах его «жизни» на рынке. «Талидомидовая трагедия», случившаяся в начале 60-х годов прошлого столетия, когда в результате применения препарата с одноименным названием было зафиксировано около 12 тыс. случаев развития тяжелых врожденных аномалий у новорожденных, стала отправной точкой для построения современной модели фармаконадзора (pharmacovigilance) – системы выявления, оценки и предупреждения нежелательных реакций (НР) при лекарственной терапии.

«Желтые карты»

Сегодня, с увеличением роли орфанных и биотехнологических препаратов, нерациональным использованием лекарств, полипрагмазией, ростом числа медицинских ошибок, фармаконадзор становится все более значимым элементом системы контроля качества лекарственных средств. В частности, об этом говорили в ходе семинара «Мониторинг безопасности лекарственных препаратов», организованного Центром мониторинга и клинко-экономической экспертизы Росздравнадзора. В мероприятии приняли участие врачи и организаторы здравоохранения из 49 регионов страны.

Применение лекарственного препарата в медицинской практике возможно только в том случае, если его польза превышает возможные риски. Именно эта аксиома была положена в основу концепции фармаконадзора. «Талидомидовая трагедия показала колоссальный дефект того времени – неспособность регуляторов быстро реагировать на редкие нежелательные реакции лекарственных препаратов», – отметил заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Сергей Глаголев.

Это драматическое событие послужило мощным толчком к развитию фармаконадзора в мире. Именно тогда родилась идея о создании так называемых готовых бланков – извещений о НР лекарственных средств. Первые «желтые карты» (по цвету бланка-извещения) стали прообразом современной системы мониторинга безопасности ЛС. Позднее был введен электронный учет информации о нежелательных реакциях ЛС. Информация о зарегистрированных случаях НР передается национальными центрами в Центр сотрудничества ВОЗ по международному мониторингу лекарств, расположенному в городе Упсала (Швеция). В программе участвуют 130 стран, и на сегодняшний день это самая полная база данных об осложнениях лекарственной терапии.

Важным принципом фармаконадзора является изучение безопасности лекарственного препарата в процессе всего его «жизненного цикла», начиная с лабораторного тестирования, доклинических исследований на животных, пред-регистрационных клинических исследований (КИ) и заканчивая всем периодом его обращения на рынке. «Одно только официальное разреше-

ние на применение лекарственного средства не является гарантией его безопасности. Громадное число препаратов сходят с дистанции в первые несколько лет после вывода на рынок», – констатировал С. Глаголев.

Сигналы безопасности

Ландшафт фармацевтического рынка меняется, все большее применение получают биопрепараты, таргетно воздействующие на клетку-мишень. Но это очень большие молекулы со сложной структурой, и для таких препаратов соотношение пользы – риска несколько иное, чем для лекарств, применяемых в широкой клинической практике.

Биопрепараты (моноклональные антитела, иммуномодуляторы и др.) в силу своей специфичности способны на побочные реакции, значительно более сильные и тяжелые, чем те, которые возникают при применении химических лекарственных средств. Для этой категории препаратов крайне важно оперативно выявлять начало проявления нежелательной реакции, а также на начальном этапе терапии отсеивать тех пациентов, которые имеют высокий риск их возникновения, подчеркнул эксперт. По его словам, применение «нишевых» лекарств, которые используются при лечении орфанных заболеваний и других специфических нозологий, невозможно без совместной работы производителей и специалистов здравоохранения в рамках программ управления рисками, а именно – минимизации случаев возникновения НР, и в случае, если они уже возникли, оперативной терапии их последствий. – Процесс обеспечения безопасности применения лекарственного препарата так же важен, как и процесс его разработки, – подчеркнул С. Глаголев. – Государственная регистрация лекарственных препаратов носит все более условный характер. Это уже не «индальгенция» на применение, а разрешение продолжать его изучение в пострегистрационный период.

Отечественная система фармаконадзора долгое время опиралась на спонтанные сообщения (положение о необходимости сообщать регуляторным органам о НР существует с 1998 г.). С принятием Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» это требование было детализировано, кроме того, была установлена ответственность за несообщение



информации о НР ЛС. В конце 2014 г. в статью 64 ФЗ-61 внесены поправки, устанавливающие новые требования к системе фармаконадзора, в частности по сбору и анализу информации о НР на лекарственные препараты при предоставлении сведений в Росздравнадзор.

Главная задача метода спонтанных сообщений – выявление сигнала безопасности. Термин «сигнал» в фармаконадзоре определяется как информация о возможной причинно-следственной связи между НР и приемом ЛС, о которой ранее не было известно или сведения были недостаточно информативными. Сигналом может быть еще неизвестная НР или новая информация об уже известной реакции. То есть сообщающий не должен решать, точно ли подозреваемый препарат вызвал данную НР, необходимо лишь предполагать наличие хотя бы минимальной причинно-следственной связи «лекарственный препарат – нежелательная реакция». Эксперт особо подчеркнул, что спонтанное сообщение о НР при применении лекарственного препарата не может быть основанием для наказания и преследования врача.

Анализируя основные законодательные новеллы, С. Глаголев отметил, что в первую очередь были изменены требования к спонтанной отчетности. Теперь участники рынка должны сообщать в Росздравнадзор не только о серьезных и непредвиденных НР, но также об их индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности и «иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и здоровью человека», как в России, так и в других странах, где данный препарат находится в обращении. Кроме того, в закон внесено еще одно важное уточнение, согласно которому Росздравнадзор вправе рекомендовать Минздраву России приостановить обращение лекарственного препарата в тех случаях, когда держатель регистрационного удостоверения не обеспечивает его безопасность.

Один за всех

Как сообщил С. Глаголев, ведомством разработан проект приказа «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора», в котором детализируются требования по данному виду деятельности, предъявляемые к медицинским организациям, держателям регистрационных

удостоверений и организациям, проводящим клинические исследования. Основные положения приказа гармонизированы с документами Международной конференции по гармонизации (ICH) и требованиями Евразийского экономического союза.

Согласно приказу, медицинские организации должны разработать внутренние документы, регламентирующие осуществление фармаконадзора. Прежде всего, это инструкции (стандартные операционные процедуры) по выявлению и сбору информации о НР. Все «сигналы» о НР передаются практикующими врачами уполномоченному по фармаконадзору (УПФ). Основной задачей этого специалиста является систематизация и анализ полученной информации и предоставление ее в регуляторные органы.

Сообщения должны направляться в срок не позднее 15 календарных дней с того момента, как стала известна соответствующая информация о развитии НР на лекарственный препарат. О летальных НР необходимо «сигнализировать» в срок до 3 календарных дней. Сведения о случаях индивидуальной непереносимости, явившихся основанием для выписки ЛП по торговому наименованию в рамках программ льготного лекарственного обеспечения, рекомендовано представлять в течение 5 рабочих дней с даты выписки соответствующего ЛП.

Однако активность специалистов здравоохранения по информированию регуляторных органов о НР все еще остается на низком уровне. Если обратиться к международному опыту, в регуляторные органы сообщается

о 4–10 % выявленных НР. Прежде всего, как полагает С. Глаголев, это обусловлено незнанием специалистами здравоохранения механизмов информирования о НР.

– В подавляющем большинстве российские врачи не имеют достаточных знаний о системе лекарственной безопасности и структуре фармаконадзора. Они не знают, куда и как надо сообщать о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные препараты, – подчеркнул эксперт. – Сегодня ведущим звеном фармаконадзора в России остаются клинические фармакологи. Однако таких специалистов крайне мало, они перегружены работой и не справляются с этой деятельностью.

«Медицинская газета» № 54 от 22.07.2016 г.

- ОБМЕН ОПЫТОМ -

Перенимая лучшее

В мае – июне 2016 г. четыре врача-хирурга из лечебных учреждений г. Хабаровска повышали свою квалификацию в госпиталях и больницах Республики Корея. О своих впечатлениях рассказал врач-хирург КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» Вячеслав Игоревич Матянин.

Коротко общее впечатление о Корее. В этой стране очень спокойно находиться, люди отзывчивые и законопослушные. Сами корейцы говорили, что Корея входит в число самых безопасных стран мира, и это действительно так.

О самой стажировке и моих впечатлениях о корейской медицине. В группе нас было 5 человек. Все стажировались в разных больницах провинции Кёнгидо. У всех были разные условия проживания, дальность расположения от больницы и т.п.

Мои условия проживания, на мой взгляд, были хорошими. Больница поселила меня в гостевом доме при больнице. Все необходимое было рядом, коллектив международного центра больницы Святого Винсента всячески мне помогал. Коллеги центра малоинвазивной хирургии, в котором я стажировался, были ко мне очень внимательны, настроены на диалог. Главным препятствием был языковой барьер, который я вполне успешно преодолевал. Здесь мне помог-

ло хорошее знание английского языка. Все врачи в Корее в большей или меньшей степени знают английский язык.

Теперь о самом главном, о корейской медицине. На мой взгляд, фундаментальным отличием корейской медицины от нашей, отечественной, является ее финансирование. По моему мнению, из этого вытекают все дальнейшие крупные и мелкие различия. В Корее медицина получает деньги или от больного (пациент просто сам оплачивает свое лечение), или от страховой компании (но эта компания негосударственная, страховку оплачивает или сам пациент, или работодатель). В сущности, система похожа на американскую, и, по существу, скорее всего, и является такой же. Если уж быть полностью откровенным, то нет разницы, откуда идет финансирование медицинских затрат, важен лишь объем денег, которые поступают в систему здравоохранения. Судя по увиденному, в Корее он намного выше. Операционные оборудованы по последнему слову техники. Имеются 3D-лапароскопическая стойка и робот «Да-Винчи». В каждой операционной стоят лапароскопическая стойка, аппарат «Лигаашу», аппарат «Гармоника». Хочу отметить приоритет малоинвазивным методам лечения в работе.

В больнице Святого Винсента отличная диагностическая аппаратура, имеются высокоточные аппараты СКТ, МРТ, ПЭТ.

Интересно, что всем пациентам с диагнозом острый аппендицит выполняется СКТ органов брюшной полости для подтверждения диагноза. Также в этой больнице много больных с онкологическими заболеваниями. Они концентрируются в больницах при университетах (в Корее только такие больницы имеют право лечить онкологических пациентов), коей и является больница Святого Винсента при Католическом университете Кореи. Также обращает на себя внимание малое количество пациентов с автомобильными травмами. В разговоре с врачами я выяснил, что такие пациенты бывают редко, потому что серьезные аварии случаются намного реже, чем в России.

Значимых различий в технике операционных пособий я не заметил. Отличия есть в используемом материале и наложении преимущественно аппаратных швов при формировании анастомозов. Как и везде, были и осложнения, на мой взгляд, не больше и не меньше, чем у нас. Хотя это чисто статистические данные, с которыми я не знаком.

Отдельно отмечу внимательный и дружный коллектив центра малоинвазивной хирургии. Врачи охотно идут на контакт, во время и после операции рассказывают и объясняют свои действия, любят, когда их спрашивают, и по возможности подробно отвечают на возникающие вопросы.

О различиях можно написать очень много, самые существенные, с моей точки зрения, я осветил. Я очень благодарен всем сотрудникам больницы Святого Винсента, ИПКСЗ г. Хабаровска, правительству провинции Кёнгидо и Хабаровского края, благодаря которым осуществлена возможность стажировки в Корее. Подобное общение и учеба интересны и важны для обмена опытом и формирования международных связей.

В.И. Матянин,
врач-хирург КГБУЗ ККБ № 2
фото с сайта:

<http://www.torranceinhomecareforelderly.com/hospitals.html>



Научно-практическая телеконференция «Актуальные вопросы детской стоматологии»

30 мая 2016 г. в актовом зале КГБОУ ДПО ИПКСЗ МЗ Хабаровского края состоялась ежегодная научно-практическая телеконференция с телемостом Москва–Хабаровск–Владивосток–Новосибирск. Присутствовало всего 88 врачей-стоматологов: г. Хабаровска – 77 человек, Хабаровского края – 9 человек, других областей – 2 человека.

Доклады были посвящены актуальным вопросам лечения, прогнозирования и профилактики стоматологических заболеваний у детей. В телеконференции принимали участие сотрудники кафедры детской терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» им. А.И. Евдокимова Минздрава России: Кисельникова Л.П. – заведующая кафедрой детской стоматологии, д.м.н., профессор; Дроботько Л.М. – к.м.н., доцент кафедры детской стоматологии; Наваркин М.В. – координатор программ дополнительного профессионального образования кафедры общественного здоровья и здравоохранения, старший научный сотрудник Федерального научно-практического центра подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения Минздрава России, к.м.н., доцент. В телеконференции принимали участие детские стоматологи г. Новосибирска, Чебакова Т.И. – председатель секции детских стоматологов Новосибирской областной ассоциации врачей-стоматологов, главный врач ГБУЗ НСО «Детская городская клиническая стоматологическая поликлиника», к.м.н.;

Русакова Е.Ю. – д.м.н., руководитель образовательных программ по стоматологии ФГАОУ ВПО «Дальневосточный федеральный университет», доцент кафедры клинической и экспериментальной хирургии, эксперт качества медицинской помощи Национальной медицинской палаты по специальности «Ортодонтия» (г. Владивосток); сотрудники кафедры стоматологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ МЗ Хабаровского края: Лучшева Л.Ф. – президент ХКОО ДФО «Ассоциация стоматологов», к.м.н., доцент; Кравченко В.А. – заведующий кафедрой стоматологии, к.м.н., доцент; Тармаева С.В. – к.м.н., доцент; Бондаренко Л.В. – ассистент; Рыбак О.Г. – ассистент.

На телеконференции были представлены доклады: «Сравнение планируемых и фактических объемов посещений с профилактической целью к врачу-стоматологу, а также финансовых средств на их оплату» – Лучинский А.В.; «Ранняя потеря временных зубов, чем это может быть вызвано?» – Кисельникова Л.П.; «Алгоритмы лечения заболевания слизистой рта у детей и подростков» – Дроботько Л.Н.; «Технологии и педагогические приемы стоматологического

просвещения» – Лучшева Л.Ф.; «Стоматологическая реабилитация у детей с хронической соматической патологией» – Русакова Е.Ю.; «Оказание стоматологической помощи в детских организованных коллективах города Новосибирска» – Чебакова Т.И.; «Стоматологическая заболеваемость учащихся школ г. Комсомольска-на-Амуре» – Будникова И.Н. – зам. главного врача КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 1»; «Лечение зубов с применением закиси азота кислородной седацией» – Бусова М.А. – врач стоматолог детской детской поликлиники «Тари Лэнд»; «Применение психодиагностической методики для оценки уровня знаний о профилактике стоматологических заболеваний у детей с нарушением интеллекта» – Литвина И.Ю. – ассистент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрава России. В прениях выступили врач Детской стоматологической поликлиники № 1 г. Комсомольска-на-Амуре Журавлева М.Н., доценты кафедры стоматологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ – Тармаева С.В., Лучшева Л.Ф.

Ежегодное проведение телеконференции является значимым событием для практикующих специалистов по детской стоматологии ДФО, которое позволяет врачам-стоматологам обмениваться опытом и повышать свой профессиональный уровень.

С.В. Тармаева,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии,
Л.Ф. Лучшева,
к.м.н., доцент кафедры стоматологии

Развивая гуманитарное сотрудничество

С 16 по 18 июня 2016 г. в г. Харбине (КНР) состоялся Китайско-Российский фармацевтический форум и съезд Китайско-Российского союза инновации и развития традиционной китайской и российской медицины.

По приглашению ректора Хэйлунцзянского университета традиционной китайской медицины Сун Чжун Жень в мероприятиях приняла участие делегация ИПКСЗ. Институт представляли профессор, д.м.н., проректор В.Е. Воловик и зав. кафедрой фармации, к.ф.н., доцент Н.В. Абросимова.

Итогом работы съезда стало подписание декларации Китайско-Российского союза инновации и развития традиционной китайской и российской медицины и утверждение Положения о Союзе, в котором определены его основные задачи: организация международного сотрудничества и совместная научно-исследовательская деятельность.

Профессор В.Е. Воловик и доцент Н.В. Абросимова были избраны членами Правления Союза.

В г. Москве 4 июля 2016 г. состоялось XVII заседание Российско-Китайской комиссии по гуманитарному сотрудничеству под председательством заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Ольги Голодец и заместителя Председателя Госсовета Китайской Народной Республики Лю Яньдун.

В заседании принял участие первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Игорь Каграманян.

В ходе встречи обсуждались перспективные направления совместной работы в различных сферах, в том числе в области здравоохранения.

Российско-китайское сотрудничество в области здравоохранения играет важную роль в общем комплексе двусторонних отношений и включает в себя взаимодействие в области профилактики инфекционных заболеваний и в сфере санитарно-эпидемиологического надзора, а также медицины катастроф и контроля обращения медицинской продукции.

Одно из приоритетных направлений – активно развивающееся сотрудничество в рамках Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов. В настоящее время в состав ассоциации входят 35 медицинских вузов России и 46 медицинских университетов КНР.

По материалам пресс-центра ИПКСЗ,
сайта www.rosminzdrav.ru

Библиографические издания научной библиотеки ИПКСЗ: специфика, назначение и использование в научно-образовательном процессе

«Библиотеки – это сокровищницы всех богатств человеческого духа».

Лейбниц Готфрид Вильгельм

Библиографическая служба научной библиотеки ИПКСЗ – это специфическая информационная инфраструктура, обеспечивающая подготовку, распространение и использование библиографической информации в интересах медицинских специалистов. Библиографическая информация – это сведения о документах (книгах, статьях, патентах, CD-ROM и т.д.), предназначенные для их идентификации и общей характеристики, в полном объеме представленные в виде библиографического описания, выполненного по определенным правилам. Наиболее распространенной формой существования библиографической информации является библиографическое пособие.

Нужно отметить, что создание разного рода библиографических пособий является неотъемлемой частью качественного профессионального библиотечного обслуживания. Библиографические пособия предназначены в помощь учебной, научно-исследовательской и практической деятельности. Одним из основных и масштабных типов библиографического пособия является библиографический указатель – издание значительного объема со сложной структурой и научно-справочным аппаратом.

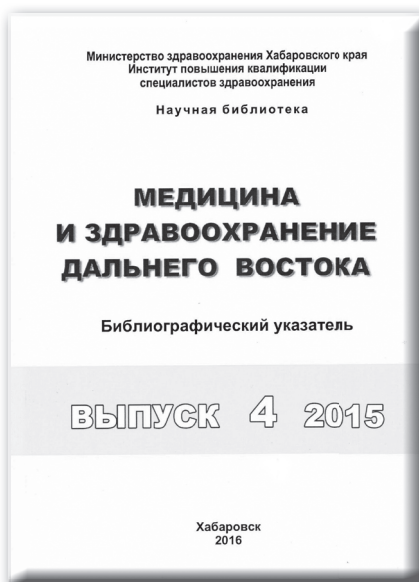
Научная библиотека ИПКСЗ с определенной периодичностью выпускает библиографические пособия трех видов – библиографический указатель, библиографический указатель и календарь-указатель знаменательных и памятных дат. Указатели различны по своему информационному наполнению и целевому назначению, но их объединяет краеведческая направленность.

Отраслевой краеведческий библиографический научно-справочный указатель «Медицина и здравоохранение Дальнего Востока».

Указатель является текущим, поскольку выходит регулярно 1 раз в квартал, отражая библиографическую информацию об изданиях и статьях, опубликованных или поступивших в библиотеку в течение каждого квартала.

Библиограф работает над указателем постоянно, выявляя, отбирая и обрабатывая информацию для включения в очередной выпуск.

На основании анализа библиографического указателя можно выявить авторов, изучающих какую-либо конкретную проблему; получить представление о деятельности тех или иных учреждений и организаций; определить подходы и направления в изучении темы; оценить уровень разработанности проблемы.



Основной материал в указателе расположен по систематическому принципу и внутри каждого систематического раздела снабжен ссылками в случае смежности двух и более вопросов.

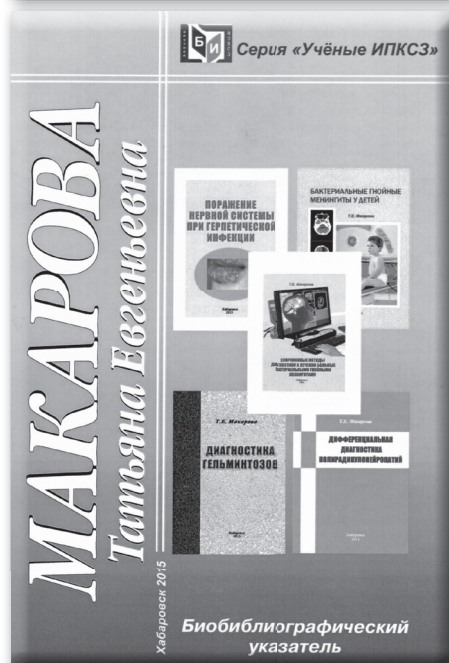
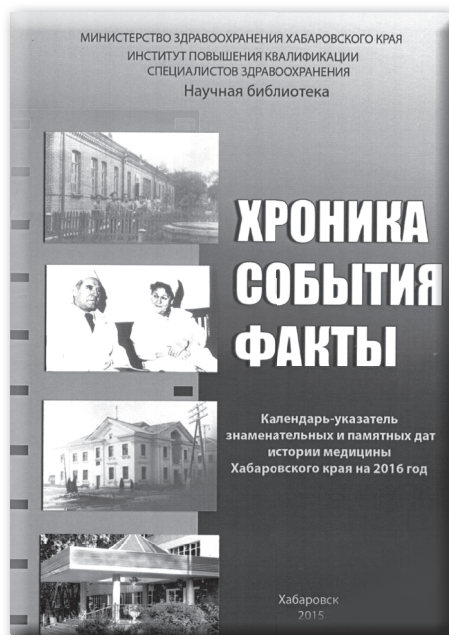
Что представляет собой основной материал в указателе? В нашем случае – это библиографические описания газетных публикаций, журнальных статей, учебных пособий, монографий, докладов и тезисов докладов из сборников научно-практических конференций. Здесь важно сделать 2 акцента: 1) помимо нашей, ни одна медицинская библиотека Дальнего Востока не составляет библиографическое описание на тезисы докладов из сборников научно-практических конференций; 2) в библиографический указатель входит информация только о тех документах, которые получает библиотека или которые могут быть доступны через Интернет, поэтому профессорско-преподавательскому

составу важно позаботиться о том, чтобы все их опубликованные работы (или информация о них) поступали в библиотеку.

Указатель снабжен научно-справочным аппаратом для быстроты и удобства ориентирования в основном материале. Он представляет собой набор вспомогательных указателей, расположенных в конце издания. Ассортимент вспомогательных указателей (еще их называют ключами) зависит от вида библиографического указателя. Для отраслевого краеведческого библиографического указателя, которым является издание «Медицина и здравоохранение Дальнего Востока», характерны: 1) указатель периодических изданий; 2) указатель научно-практических конференций; 3) указатель имен; 4) указатель организаций; 5) указатель географических и административно-территориальных названий. Если вам необходимо осуществить поиск по автору, не стоит пролистывать целиком все пособие, достаточно только воспользоваться указателем имен. Если вы хотите отследить публикации коллектива какого-либо учреждения или информацию о его деятельности, вам следует обратиться к указателю организаций. Если вам нужно узнать, кто и с какими докладами участвовал в какой-либо конференции, вам целесообразно обратиться к указателю научно-практических конференций. Внутри вспомогательных указателей фамилии авторов, составителей и редакторов, названия организаций, административно-территориальных объектов, периодических изданий и конференций расположены по алфавиту с указанием порядкового номера соответствующей библиографической записи в основном тексте. В итоге найти интересующую информацию становится намного легче и быстрее.

Таким образом, библиографический указатель может быть использован любым медицинским специалистом в качестве дополнительного источника выявления краеведческого материала по интересующей теме или как помощник при составлении библиографического списка своих публикаций.

Аналогом указателя «Медицина и здравоохранение Дальнего Востока» в автоматизированном режиме служит электронная библиографическая база данных «Дальневосточная медицина: статьи», входящая в электронную библиотеку, представленную в открытом доступе на сайте ИПКСЗ в разделе «Научная библиотека».



Ежегодный календарь-указатель знаменательных и памятных дат истории медицины Хабаровского края «Хроника. События. Факты».

Везде, где живут и трудятся люди, есть и своя история, и свои выдающиеся личности. Основная задача календаря – отображение фактографических и библиографических сведений о значительных региональных событиях и юбилеях в области медицины и здравоохранения грядущего года.

Специалист работает над составлением календаря в течение всего года, нередко обращаясь к фондам Государственного архива Хабаровского края, и к концу декабря библиотека издает его очередной выпуск.

В нашем календаре информация сгруппирована в следующих разделах: знаменательные и памятные даты истории ИПКСЗ (основные даты, юбилейные даты научных мероприятий, юбилейные даты сотрудников) и знаменательные и памятные даты истории медицины Хабаровского края (основные даты, юбилейные даты деятелей медицины, дни памяти деятелей медицины).

Нужно отметить, что каждая дата и сопровождающая ее текстовая справка подкреплены кратким библиографическим описанием того источника, на основе которого сделана запись, либо ссылкой на внутренние документы какой-либо организации. Календарь-указатель также снабжен вспомогательными ключами.

Таким образом, календарь можно использовать как источник фактографической информации при уточнении соответствующих сведений.

Биобиблиографические указатели серии «Труды ученых ИПКСЗ».

Это персональные библиографические указатели, объединяющие библиографическую информацию об опубликованных работах определенного лица, документы и биографические сведения о нем. Основная цель таких указателей – пропаганда достижений региональной медицинской науки и отражение вклада выдающихся личностей в области здравоохранения для последующих поколений.

Критериями выбора объекта для составления очередного биобиблиографического указателя для библиографа служат статус специалиста, его вклад в медицинскую науку и практику, а также его авторская активность. Посредством биобиблиографических указателей специалист имеет возможность рассказать о своих достижениях вкратце, а также показать деятельность коллектива, в котором он работает.

Составленный по научно обоснованной методике биобиблиографический указатель является собой своеобразное портфолио специалиста, так как в нем в наиболее полном виде отражается вся его профессиональная, педагогическая и общественная деятельность. Кроме этого, такие указатели помогают другим специалистам в получении информации о том, кто работает в той же области, и каких успехов достигли коллеги.

Биобиблиографические указатели серии «Труды ученых ИПКСЗ» в свою структуру включают введение, краткий биографический очерк, автобиографическое эссе или эссе-отзыв коллеги, библиографический материал, документально-иллюстративный материал и вспомогательные ключи. Хочу заметить, что краткий биографический очерк в наших биобиблиографических указателях – материал в определенной степени эксклюзивный, поскольку кумулирует не только общедоступную и общеизвестную профессиональную информацию, но и не афишированные ранее сведения о детстве и юности, учебе, увлечениях, образе жизни, получаемые в ходе персональных бесед библиографа со специалистом. Нам важно представить общественности не только профессионала, но и личность в целом.

Таким образом, биобиблиографические указатели по праву можно назвать имиджевыми изданиями.

Библиографическая наполненность библиотечных изданий напрямую зависит от качества и количества поступающих в научную библиотеку документов. Хочу призвать профессорско-преподавательский состав института: вносите свою лепту в комплектование регионального сегмента библиотечного фонда, предоставляя в научную библиотеку сборники материалов конференций, в которых опубликованы ваши доклады или их тезисы, а также другие виды изданий, где фигурируют ваши имена! Не храните их на своих полках дома и в кабинетах – поделитесь своими знаниями, пусть о ваших исследованиях, заслугах и практическом опыте узнает вся медицинская общественность города и края! От степени укомплектованности фонда краеведческой медицинской литературы напрямую зависят полнота и объем, объективность и адекватность, детальность и информативность библиографических указателей.

Сведения о вышедших выпусках библиографических пособий представлены на сайте ИПКСЗ в разделе «Научная библиотека». Ознакомиться с библиографическими указателями можно на абонементе (ауд. 132) или обратившись в информационно-библиографическую службу (каб. 139).

С.В. Шершнева,
библиограф I категории
информационно-библиографической службы
научной библиотеки ИПКСЗ

Новинки литературы

Коллектив научной библиотеки поздравляет всех с началом нового учебного года и приглашает своих читателей посетить абонемент и ознакомиться с новинками книжных изданий, поступивших в наши фонды.

Угроза прерывания беременности в различные сроки гестации / Ю.Э. Доброхотова, П.В. Козлов, Ж.А. Мандрыкина, А.В. Степанян. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-3697-4.

Издание посвящено одной из актуальных проблем современного акушерства – невынашиванию беременности. В книге отражены современные данные по проблеме невынашивания беременности, дополненные результатами исследований по изучению этиологии преждевременных родов. Рассмотрены показания и противопоказания к проведению лечебных манипуляций, направленных на пролонгирование беременности, в том числе к применению различных фармакологических препаратов с учетом возможных осложнений. Большой интерес представляют главы, посвященные использованию прогестинов для профилактики угрожающих преждевременных родов, основанные на многолетнем клиническом опыте и научных исследованиях авторов, а также мировых научно-практических достижениях последних лет. Подробно изложены основные причины прерывания беременности, методы диагностики и тактика ведения осложненной беременности с учетом физиологии и патологии шейки матки. Должное внимание уделено таким проблемам, как эндокринные причины потери беременности, иммунные аспекты невынашивания и наследственные тромбофилии. Освещены современные принципы диагностики, терапии и профилактики угрозы прерывания беременности согласно российским и зарубежным протоколам.

Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Деметьев и др. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 384 с. – (Стандарты медицинской помощи). – ISBN 978-5-9704-3670-7.

С 1 января 2013 г. вступила в силу часть 1 статьи 37 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», закрепляющая норму об организации и оказании медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицин-

ской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Минздравом России и зарегистрированных в Минюсте России. В данном справочнике собраны все актуальные стандарты и порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «гастроэнтерология». Особенное внимание уделено применению стандартов по язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (у детей и взрослых), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, синдрому раздраженного кишечника, неспецифическим гастритам и дуоденитам. В конце книги дан краткий справочник лекарственных средств, указанных в стандартах. Издание предназначено врачам-гастроэнтерологам, терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, онкологам, колопроктологам, клиническим фармакологам, организаторам здравоохранения, работникам фондов ОМС и ДМС, а также специалистам, ответственным за контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Шамшева, О.В. Клиническая вакцинология / О.В. Шамшева, В.Ф. Учайкин, Н.В. Медунин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 576 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-3464-2.

Монография – первая попытка рассмотреть вакцинацию как новый метод достижения здоровья и увеличения продолжительности жизни. В книге дано описание современных вакцин, представлены их классификация, механизм действия, побочные эффекты, описана тактика вакцинации различных групп населения, в том числе групп риска и др. Книга предназначена для практикующих врачей: педиатров, инфекционистов, иммунологов, эпидемиологов.

Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы / К.В. Котенко, В.А. Епифанов, А.В. Епифанов, Н.Б. Корчажкина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 656 с.: ил. – (Б-ка врача-специалиста). – ISBN 978-5-9704-3749-0.

В руководстве с современных научных позиций рассмотрены вопросы реабилитации

пациентов с заболеваниями и повреждениями центральной и периферической нервной системы. Подробно представлено клинко-физиологическое обоснование применения различных средств реабилитации в комплексном лечении больных и инвалидов. Освещены задачи и содержание реабилитационных программ на этапах лечения (стационарное, амбулаторно-поликлиническое, санаторно-курортное лечение). В книге отражены современные принципы назначения программ медицинской реабилитации с отдельными нозологиями с использованием двигательного режима, различных методов лечебной физической культуры и массажа, мануальной и физиотерапии, психотерапии, эрготерапии и др. В специальной части руководства изложены частные методики применения средств и реабилитации при инсульте, черепно-мозговой травме, повреждении позвоночника и спинного мозга, периферической нервной системы, неврите лицевого нерва. Каждая глава включает клиническую симптоматику и диагностику основного заболевания (повреждения), что позволяет индивидуализировать программы реабилитации.

Абросимов, В.Н. Реабилитация больных ХОБЛ / В.Н. Абросимов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 112 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-3637-0.

В книге изложены современные принципы основных методов легочной реабилитации больных ХОБЛ. Указаны основные фармакологические препараты и физиотерапевтические технологии, улучшающие легочный клиренс. Представлен алгоритм их применения. Показаны приемы дыхательной техники («Азбука дыхания»), которые реально способствуют оптимизации дыхания. Рассмотрены методы тренинга респираторной мускулатуры и программы кинезитерапии. Издание предназначено для врачей-терапевтов, пульмонологов, специалистов восстановительной медицины.

Ишемические болезни в практике семейного врача : учеб. пособие для образоват. учреждений, реализующих образоват. программы доп. проф. образования и повышения квалификации по дисциплине «Основы семейной медицины» / Р.Е. Калинин, В.Н. Абросимов, И.А. Сучков и др. ; под ред. Р.Е. Калинина, В.Н. Абросимова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 208 с. – ISBN 978-5-9704-3660-8.

Учебное пособие содержит современные сведения об этиологии, патогенезе, клинической картине, диагностике и лечении различных ишемических синдромов. В издании представлены ишемическая болезнь сердца, головного мозга, сонных артерий, почек, нижних конечностей, органов пищеварения, ишемическая ретинопатия. Предназначено для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, хирургов, неврологов, окулистов, гастроэнтерологов.

Альбанова, В.И. Атопический дерматит: учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей / В.И. Альбанова, А.Н. Пампура. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 128 с. – (Б-ка врача-специалиста. Дерматоневрология). – ISBN 978-5-9704-3778-0.

В книге рассмотрены этиология, патогенетические механизмы, клинические проявления,



осложнения, диагностические критерии атопического дерматита. Основное внимание уделено проблемам лечения и уходу за кожей. Подробно освещены особенности использования лекарственных препаратов, применяемых для лечения атопического дерматита. Пособие поможет лучше понять проблемы атопического дерматита, узнать о возможностях современной фармакотерапии, расширить знания о подходах к лечению заболеваний и его осложнений. Предназначено дерматологам, педиатрам, терапевтам, семейным врачам, а также интернам, ординаторам и врачам, обучающимся в системе дополнительного профессионального образования по специальности «Дерматовенерология».

Избранные клинические рекомендации по неонатологии / под ред. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-3681-3.

Клинические рекомендации составлены ведущими специалистами ФГБУ «НЦАГиП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России и региональных центров РФ, оказывающих медицинскую помощь новорожденным. Рассмотрены вопросы оказания базовой медицинской помощи и энтерального вскармливания недоношенных детей. С позиций доказательной медицины представлены современные протоколы диагностики и лечения геморрагической и гемолитической болезней новорожденных, полицитемии. Большое внимание

уделено принципам реанимации, интенсивной терапии, выхаживания, питания и катамнестического наблюдения глубоко недоношенных детей с использованием новейших перинатальных технологий. Клинические рекомендации адресованы врачам-неонатологам, анестезиологам-реаниматологам и медицинским сестрам, оказывающим помощь новорожденным и недоношенным детям.

*Информация предоставлена
библиотекарем научной библиотеки
И.Г. Якимовой*

- ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ -

1 августа 1914 г. – начало Первой мировой войны

Первая мировая война 1914–1918 гг. – война между двумя коалициями европейских держав – Тройственным Союзом и Антантой.

Накануне войны наиболее острые противоречия существовали между Великобританией и Германией, интересы которых сталкивались во многих районах земного шара, особенно в Африке, Азии, на Ближнем Востоке. Их соперничество превращалось в ожесточенную борьбу за господство на мировом рынке, за захват чужих территорий.

Непосредственным поводом к войне послужило убийство 28 июня 1914 г. в городе Сараево (Босния) наследника австро-венгерского престола эрцгерцога Франца Фердинанда участником террористической организации «Млада Босна» сербским гимназистом Гаврилой Принципом.

1 августа Германия объявила войну России, 3 августа – Франции и Бельгии, 4 августа Великобритания объявила войну Германии. Позднее в войну было вовлечено большинство стран мира (на стороне Антанты – 34 государства, на стороне германо-австрийского блока – 4).

В 1918 г. после победы союзников, уже без участия России, подписавшей в декабре 1917 г. с Германией сепаратный Брестский мир, Германия, как побежденная сторона, подписала Версальский договор.

Первая мировая война началась с небывалого патриотического подъема, именно о ней в России говорили: «Великая Отечественная» или «Вторая Отечественная». На фронт стремились многие женщины, чтобы



воевать с врагом вместе с отцами и братьями. Многие на той войне становились сестрами милосердия. Они старались попасть ближе к передовой, где их помощь воинам была особенно необходима.

Одна из них – Антонина Тихоновна Пальшина. Она родилась в крестьянской семье, рано осиротела, работала швеей. Через месяц после начала войны на свои сбережения купила коня, обмундирование и под именем Антонина Пальшина была зачислена в 9-ю сотню 2-го Кавказского кавалерийского полка. Участвовала во многих сражениях, была ранена, попала в госпиталь, где ее и разоблачили. Антонина бежала на другой фронт, но до передовой не добралась, на станции ее задержали и отправили в родной Сарапул. Там Антонина Пальшина окончила краткосрочные курсы медсестер и в качестве сестры милосердия отправилась на Юго-Западный фронт. Посчитав, что в госпитале и без нее сестер хватает, Антонина вновь переоделась в мужскую форму и поступила в разведку. За отвагу и стойкость была награждена двумя медалями и двумя Георгиевскими крестами. Георгий 3-й степени ей вручил сам генерал Брусилов в госпитале, куда она попала после второго ранения.

www.to-name.ru, www.ruvek.info
фото: www.vestikavkaza.ru

2 сентября 1945 г. – победа над милитаристской Японией и окончание Второй мировой войны

Весной 1945 г. пришла долгожданная победа над фашизмом. В затянутом дымом пожарищ берлинском небе, над куполом рейхстага, развевалось боевое Красное знамя. Войска антигитлеровской коалиции добивали и разоружали остатки фашистских войск. Но в Азии и на огромных просторах Тихого океана продолжала бушевать война. Союзник Германии и Италии по международному разбю милитаристская Япония стремилась удержать оккупированные ею значительную часть Китая, Малайзию, Корею, Бирму, Филиппины, Индонезию, Индокитай, часть Новой Гвинеи, многие тихоокеанские острова. Наша страна не могла считать свою безопасность на Дальнем Востоке обеспеченной, пока там полыхал пожар войны.

Еще в апреле 1945 г. наше правительство денонсировало пакт о нейтралитете с Японией, а 8 августа 1945 г. в Москве японскому послу было заявлено, что, поскольку Япония отклонила требование союзников от 26 июля 1945 года о безоговорочной капитуляции, верное своему союзническому долгу советское правительство с 9 августа считает себя в состоянии войны с Японией.

9 августа 1945 г. в 0 часов 10 минут по местному времени советские войска нанесли удар по Квантунской армии. Боевые действия развернулись на фронтах протяженностью более 5 тысяч километров.

На всех направлениях наступление развивалось быстро и успешно. Планы японского командования втянуть советские войска в затяжные

бои, обескровить их и заставить отступить были сорваны стремительным продвижением наступающих.

Уже 14 августа японскому командованию стало ясно, что Квантунская армия разгромлена. В тот же день правительство Японии известило правительства США, Англии и СССР, что Япония готова принять условия безоговорочной капитуляции.

Советские воины, как и в боях с немецко-фашистскими захватчиками, проявляли массовый героизм и мужество, стремление к победе. 308 тыс.

человек были удостоены государственных наград, 93 человека были удостоены звания Героя Советского Союза. Медалью «За победу над Японией» были награждены все участники этой битвы.

2 сентября 1945 г. в Токийской бухте на американском линкоре «Миссури» в присутствии представителей девяти держав, включая СССР, был подписан акт о безоговорочной капитуляции. Вторая мировая война завершилась.

По материалам сайта www.armyus.ru

6 августа – Международный день «Врачи мира за мир»

«Врачи мира за мир» – это международный день, который был предложен организацией «Врачи мира за предотвращение ядерной угрозы». Он отмечается в годовщину страшной трагедии – дня бомбардировки японского города Хиросима (Hiroshima) 6 августа 1945 г. Этот день символичен и напоминает об этой человеческой трагедии, о роли врачей в борьбе за мир и в предотвращении войны в целом. Организация отмечает этот день своей повседневной работой. Ведь именно врачи спасают человеческие жизни. Вот уже более 60 лет, каждый год 6 августа в 8 часов 15 минут утра японский город Хиросима замирает – минута молчания. Сложив руки у груди и наклонив головы, пожилые и молодые японцы, матери и дети, учителя и чиновники – все в эти минуты думают о том страшном

дне 6 августа 1945 г., когда на мирный город была сброшена атомная бомба. Также в этот день проходят памятные мероприятия в хиросимском парке Мира, где горит вечный огонь перед памятником жертвам бомбардировки с надписью «Спите спокойно – ошибка не повторится». Организация «Врачи мира за предотвращение ядерной угрозы» возникла в 1980 г. во Франции в результате отделения от другой знаменитой международной организации «Врачи без границ». С тех пор крупные отделения «Врачей мира» появились в десятках стран мира, и сегодня это движение объединяет в своих рядах свыше 200 тысяч врачей, и число его сторонников продолжает расти.

www.calend.ru

8 августа – Всемирный день врача-офтальмолога

Международный день офтальмолога – профессиональный праздник, который ежегодно отмечают 8 августа (в день рождения выдающегося советского/российского офтальмолога Святослава Николаевича Фёдорова).

Традиция берет свое начало с 2004 года. В этот день во многих глазных клиниках России и мира, помимо праздничных мероприятий, проводятся бесплатные приемы



врачей и операции. Благотворительная акция носит название «Прекрасные глаза – каждому!» и посвящена памяти С.Н. Фёдорова.

Накануне Международного дня офтальмолога врачи Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика С.Н. Фёдорова провели благотворительное диагностическое обследование зрения ветеранам труда.

www.vestidv.ru, www.mosglaz.ru
фотом: www.panoramio.com

9 августа – День святого великомученика Пантелеимона – покровителя всех врачей и целителя больных

Святой великомученик Пантелеимон (Пантелеймон), что означает «всемилолюбивый», родился в III веке н.э. в г. Никомедия на северном побережье Мраморного моря. Город был основан фракийцами в 712 г. до н.э. и назывался Астакосом, или Ольвией. Он был столицей государства Вифиния, которое в 72 г. до н.э. перешло под власть римлян и получило статус римской провинции. В настоящее время на месте древней Никомедии находится г. Измит, являющийся административным центром турецкой провинции Коджаэли.

Пантелеимон (до крещения – Пантолеон, что означает «по всему лев») родился в семье знатного горожанина – приверженца язычества. Мать его была христианкой, но рано умерла, поэтому Пантелеимон по настоянию отца обучался в языческой школе. Согласно житию, Пантолеон уверовал в Иисуса Христа после того, как, увидев ребенка, умершего от укуса змеи,

он, вознеся молитву к Иисусу Христу, воскресил его. Еще в детстве у него обнаружились способности к врачеванию, и после школы он изучал врачебное искусство у знаменитого врача Евфросина.

В Никомедии в начале IV века н.э. римскими императорами Диоклетианом и правившим после него Максимианом были устроены жестокие преследования христиан. В это время были подвергнуты мучениям и казням сотни последователей христианской веры, в том числе и мученики, впоследствии канонизированные церковью. Среди них были причислены к лику святых почитаемые в христианском мире Георгий Победоносец и святой Пантелеимон.

День памяти в православной церкви – 9 августа по григорианскому календарю.

По материалам сайтов: www.azbyka.ru, www.pravoslavie.ru

28 июля отмечается духовный праздник – День крещения Руси

В Российской Федерации он был учрежден 31 мая 2010 г. Федеральным законом № 105-ФЗ «О внесении изменений в статью 1.1 Федерального закона от 13 марта 1995 г. № 32-ФЗ «О днях воинской славы и памятных датах России». В Украине празднование этого события установлено Указом Президента страны № 668/2008 «О Дне крещения Киевской Руси – Украины» от 25 июля 2008 г.

Событие совпадает с православной датой – днем памяти равноапостольного князя Владимира – крестителя Руси. В РФ с идеей об учреждении официального государственного праздника выступила Русская православная церковь.

Князь Владимир Святославович в 988 г. ввел на Руси христианство в качестве государственной религии. Он был сыном киевского князя Святослава Игоревича (внука Рюрика) и ключницы Малуши. В 970 г. Владимира призвали на княжеский престол жители Великого Новгорода. В 976 г. Владимир, узнав об убийстве в Киеве его братом Ярополком другого брата Олега, отправился к варягам, набрал там дружину и пошел к Киеву. По пути Владимир разбил полоцкого князя Рогволода, а его дочь Рогнеду, невесту Ярополка, принудил вступить с ним в брак. Устранив затем руками наемных убийц Ярополка, Владимир в 33 года от рождения овладел киевским княжеским престолом.

В годы своего правления Владимир успешно противостоял нападениям на Киевскую Русь многочисленных врагов: разбил войска поляков и болгар, печенегов, хазар, ливов и эстов. Тем самым ему удалось на длительный период устранить территориальные притязания соседей и установить мир в своем княжестве, территория которого во время его княжения расширилась от реки Буга до Балтийского моря.

В молодости, по свидетельству летописей, князь любил увеселения и роскошные пиры, был страстен и многоженством подобен библейскому царю Соломону. Число его жен достигало 800 женщин самых разных национальностей и вероисповеданий. Используя это, многие соседи стремились обратить Владимира в свою веру. Князь внимательно изучал все вероисповедания, для чего направлял посольства в разные страны.

Существует предание о том, что когда его убеждали принять ислам, он ответил: «Веселие Руси есть вино пити. Не можем без него быти».

В результате длительных поисков Владимир выбрал православное христианство. Не исключено, что этому способствовало то, что его бабка княгиня Ольга еще в 956 г. приняла в Царьграде святое крещение. Христианство как монотеистическая вера служило объединению Руси, поскольку отвечало принципу «единая вера, единая страна, единый народ».

Выбрав православие («греческую веру»), князь не стал просить у византийских императоров Василия и Константина позволения принять крещение. Он захватил торговый город Византии Корсунь (Херсонес) и объявил императорам, что желает взять в жены их сестру Анну, а в случае отказа возьмет Царьград. Императорам пришлось согласиться, и Анна с духовенством и придворными отправилась в Корсунь. При обряде бракосочетания Владимир принял крещение и получил церковное имя Василий.

По возвращении в Киев он объявил горожанам: «Кто не крестится, противен мне да будет», после чего началось разрушение языческих идолов, а на месте капищ возведение православных храмов.

В первую очередь он крестил своих детей. С тех пор место, где это происходило, называется в Киеве Крещатиком.

С введением христианства как государственной религии на Руси получило развитие образование, начали создаваться учебные заведения. Сам Владимир стал добрым и смиренным человеком и не случайно в народе получил прозвище Владимир Красное Солнышко.

Скончался князь Владимир Святославович 15 июля 1015 г. в княжеском селе Берестове под Киевом.



По материалам издания ЗАО «Торговый дом СПб»
«Русские цари» и сайтов www.azbyka.ru,
vsiypravda.com
фотом: www.pravoslavie.ru

20 июля 2016 г. исполнилось 80 лет сверхдальнему перелету знаменитого советского пилота Валерия Чкалова

В этом году в России отмечают 80-летие, пожалуй, самого важного перелета Валерия Чкалова. В июле 36-го его экипаж вылетел из Москвы и приземлился лишь через 56 часов на острове в Охотском море.

Протяженность беспосадочного полета для того времени была рекордной – более девяти тысяч километров. Однако экипажу пришлось столкнуться с трудностями – от отказа приборов до погодных условий, мягко говоря, нелетных. Все это зафиксировано в бортовом журнале.

«Погода ясная, легкий туман», – так штурман Александр Беляков написал в бортовом журнале сразу после набора высоты. Но уже через

несколько часов экипаж АНТ-25 полетит вслепую. Вместо координат часто только пометка – «над облаками». Самолет болтало, трясло из-за обледенения, то и дело сносило вправо, влево. Из-за циклонов курс меняли 19 раз, на ходу чиня то радиоприемник, то счетчик оборотов.

«Проблема опять была с маслом, вытекало масло, но в этот раз они справились. Перелет в 1935 году, за год до этого перелета, там у них все закончилось тем, что они вынуждены были вернуться. А в этот раз они справились с этой проблемой», – рассказывает внучка Георгия Байдукова Ольга Хаустова.



И Чкалов, и Байдуков, и Беляков были своего рода авантюристами, потому что на такое путешествие, на такой перелет без доли авантюризма решиться было невозможно.

Самолет, который прославил державу и Чкалова, строили специально для рекордов. Сверхлетучесть, по меркам того времени, металлической птице дали ее крылья – размах 34 метра – самые длинные в советском авиапарке на тот момент.

«Для 30-х годов это новаторский самолет. Не только из-за своих пропорций. Здесь первое у советского воздушного судна выдвижное шасси. Крейсерская скорость – 165 километров в час. Вот только приборы не позволяли, как сейчас, свободно ориентироваться в пространстве», – говорит летчик-испытатель, Герой Российской Федерации Анатолий Квочур. В 2006-м он повторил чкаловский перелет на самолете Су-30.

О риске в семье Чкалова было принято не говорить. Дочь Ольга вспоминает рассказ мамы: летчик сразу после свадьбы взял с супруги слово не вмешиваться в его работу, не запрещать летать. А перед отправлением на Дальний Восток родные и вовсе не успели попрощаться.

«Семьям не говорили, это будет сегодня, завтра или послезавтра. Поэтому они просто были в Щелкове, и мама даже в какой-то момент туда поехала, но отцом они не встретились. И, конечно, она переживала и очень волновалась», – рассказывает дочь Валерия Чкалова Ольга Чкалова.

56 часов полета. С запасом кислорода экипаж прощитался – его не хватало. А вот аварийное снаряжение, к счастью, совсем не понадобилось – резиновая лодка, палатка, снегоступы, примус – все прекрасно сохранилось и теперь в музее, где сегодня можно побывать и в кабине легендарного АНТ-25.

В хвостовой части самолета было спальное место для отдыха, аварийное снаряжение, продукты питания и аптечка. Трем мужчинам в летных костюмах было здесь, конечно, тесновато. Встать в полный рост не мог никто.

И неудобства, и непогоду экипаж смог преодолеть. Чкалов посадил самолет на песчаную косу маленького острова Удд в сильный дождь и шквалистый ветер в густых сумерках. И за это Чкалов, Байдуков и Беляков стали одними из первых в стране Героями Советского Союза.

Через год экипаж в этом же составе сделал то, что никому в мире не удавалось, – перелетел через Северный полюс – из Москвы до американского Ванкувера в штате Вашингтон. После этого слова Чкалова «если быть, то быть первым» еще долгие годы вдохновляли его последователей, в том числе покорителя космической высоты Юрия Гагарина.

www.1tv.ru

фото: www.img-fotki.yandex.ru

24 июня 2016 г. в Хабаровской краевой филармонии состоялась торжественная церемония награждения победителей ежегодного краевого конкурса «Признание».

Приятно отметить, что в этом году дипломом I степени в номинации «Лучший врач-терапевт Хабаровского края» награждена О.В. Ушакова, д.м.н., профессор кафедры общей врачебной практики и профилактической медицины ИПКСЗ.

Примите наши искренние поздравления!

www.ipksz.ru

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -



В канун Дня медицинского работника (26 июня) в Москве состоялось подведение итогов Всероссийского конкурса врачей.



Состязание проходило в три этапа. Первый – в медицинских организациях, решение о победителях принимали на общем собрании трудового коллектива.

На втором этапе конкурсантов отобрали конкурсные комиссии федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения. Результаты третьего этапа подвела Центральная конкурсная комиссия.

В этом году состязание проводилось по 36 номинациям, из них 6 номинаций в рамках премии «Призвание».

В номинации «Лучший стоматолог» первое место присуждено И.Н. Гуляцук, врачу-стоматологу стоматологической клиники «Стоматодент-ДВ» Института повышения квалификации специалистов здравоохранения.

Искренне поздравляем и желаем дальнейших успехов!

www.ipksz.ru

Редакция газеты «ALMA MATER» напоминает, что в это же время годом ранее Ирина Николаевна стала победителем ежегодного Краевого конкурса «Признание» в номинации «Лучший врач-стоматолог».

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -

*От всей души поздравляем
с юбилеем:*

Безрукавнову Галину Викторовну
Быкову Светлану Алексеевну
Васильеву Татьяну Степановну
Гребеняк Ольгу Алексеевну
Гурзенкову Евгению Ивановну
Камышанскую Оксану Ивановну
Клячко Бориса Павловича
Коваленко Виталия Леонидовича
Потапова Александра Олеговича
Поштаева Кирилла Евгеньевича
Сливка Эльвиру Ярулловну



- ОФИЦИАЛЬНО -

Вступили в силу изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении «Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Документ устанавливает место расположения станций скорой медицинской помощи с учетом 20-минутной транспортной доступности доезда до пациента выездной бригады.

Приказ утверждает новые штатные нормативы. Исключаются такие должности, как «санитар-водитель» и «фельдшер-водитель скорой медицинской помощи». Теперь за водителем закрепляются только обязанности по своевременному выезду и отслеживанию технического состояния автомобиля скорой помощи.

При этом появляется возможность включения в состав выездных бригад скорой медицинской помощи медицинских сестер. Кроме того, закрепляется количественный состав бригад, включая водителя: 3 человека для общепрофильной и 4 человека для специализированной выездных бригад скорой медицинской помощи.

Для формирования узкопрофильных бригад новым проектом приказа предусмотрено формирование экстренных консультативных бригад скорой медицинской помощи, в состав которых включен врач-специалист. Специализированные бригады подразделяются на:

- анестезиологии-реанимации, в том числе педиатрические;
- педиатрические;
- психиатрические;
- экстренные консультативные;
- авиамедицинские.

Таким образом, субъекты Российской Федерации смогут формировать необходимый им состав бригад с учетом особенностей региона, а также в целях обеспечения оказания экстренной медицинской помощи.

Изменения в приказ направлены на обеспечение правовой и социальной защиты медицинских работников и на оптимизацию материально-технического оснащения автомобилей скорой помощи и укладок скорой помощи.

Внесенные изменения вступили в силу с 1 июля.

www.rosminzdrav.ru

- ПОЗДРАВЛЯЕМ -

Доцент кафедры лучевой и функциональной диагностики ИПКСЗ Елена Владимировна Полухина успешно защитила докторскую диссертацию «Комплексная ультразвуковая оценка проявлений нарушения костного и минерального обмена при хронической болезни почек» на базе ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова».

Примите наши искренние поздравления и пожелания дальнейшего продуктивного научного творчества!



19 июля 2016 года в зале совещаний Правительства края состоялось награждение дипломами победителей ежегодного краевого смотра-конкурса на лучшую организацию работы в области охраны труда по результатам 2015 года.

В числе победителей дипломом губернатора Хабаровского края В.И. Шпорта за первое место среди организаций образования, культуры, науки и спорта награждено КГБОУ ДПО ИПКСЗ.

В рамках этого мероприятия были вручены почетные грамоты Хабаровского краевого объединения организаций профсоюзов за первое место, занятое в краевом смотре-конкурсе на лучшую организацию работы в области охраны труда и развития социального партнерства, ректору КГБОУ ДПО ИПКСЗ Чижовой Галине Всеволодовне и председателю профсоюзного комитета Кузнецовой Елене Васильевне.

Несомненный значительный вклад в достижение этого успеха внесла инженер по охране труда хозяйственного отдела института Попова Оксана Алексеевна.



Ректорат ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» в письме за подписью ректора В.Б. Шуматова выражает благодарность старшему преподавателю кафедры фармации КГБОУ ДПО ИПКСЗ Крюковой Ирине Владимировне за хорошую профессиональную работу в качестве члена комиссии первичной аккредитации по специальности «Фармация».

1 августа 2016 года в КГБОУ ДПО ИПКСЗ состоялось торжественное вручение дипломов об образовании и квалификации интернам и ординаторам.

Поздравляем и желаем здоровья, успехов и профессионального роста.



www.ipks3.ru