



№ 6 (154)
16 июня 2017 г.

Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

*«Профессия врача — это подвиг,
она требует самоотвержения,
чистоты души и чистоты
помыслов».*

А.П. Чехов



Уважаемые коллеги, дорогие друзья!

В очередной раз мы встречаем свой профессиональный праздник — День медицинского работника.

Эта дата уже давно вышла за рамки сугубо профессионального праздника, поскольку на свете нет человека, который бы не обращался за помощью к медицине. Ведь медицина — это особая сфера человеческой деятельности, направленная на сохранение здоровья человека, что является одним из основных условий гармоничного развития нравственных и физических качеств личности, а значит, совершенствования всего человечества.

Задачи высочайшей сложности требуют от медицинских работников не только глубоких знаний и профессиональных умений, но и верности своему долгу, высоких нравственных качеств.

Исторический путь от зарождения медицины до современного этапа ее развития был дорогой поисков истины, ради которой первооткрывателям порой приходилось жертвовать собой. Но прогресс медицины всегда определяли и определяют те, кто обладает высокой степенью ответственности и способен к самоотдаче.

Этими качествами, безусловно, обладают медицинские работники нашей современности, которые своим трудом, профессионализмом, удивительной способностью к состраданию заслужили искреннюю признательность людей. Несмотря на сложности нашего времени, они продолжают самоотверженно выполнять свой профессиональный долг — возвращать людям здоровье, а порой и жизнь.

С нашим профессиональным праздником вас, дорогие коллеги! Успехов, удач и счастливых открытий в нашей нелегкой работе! Счастья, здоровья и благополучия вам и вашим близким!

Ректор, заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Г.В. Чижова



Российская медицина: на пути от латания дыр к определению мировых стандартов

Статья опубликована в номере газеты «Московский комсомолец» и на портале МК 29 марта 2017 года. Хотя визитной карточкой «Московского комсомольца» традиционно является критический взгляд на тенденции общественно-политической и экономической жизни, автор – корреспондент газеты Анна Петрова – позитивно оценивает преобразования в системе здравоохранения страны, происходящие в последние годы.

Систему здравоохранения у нас принято критиковать. Однако, если посмотреть правде в глаза, в последние годы в ней произошли значительные изменения в лучшую сторону. В поликлиники стало легче записаться, очереди на высокотехнологичную медицинскую помощь сократились, появилось новое медицинское оборудование.

Конечно, ситуация еще далека от идеала, но положительные сдвиги начались и продолжают-ся. И люди это тоже замечают. По данным опроса ВЦИОМ, 41 % россиян, которые за последние три года пользовались медицинскими услугами, оценили ситуацию в сфере здравоохранения на «пятерку» или «четверку».

И еще нельзя отрицать данные Росстата, согласно которым продолжительность жизни россиян уверенно растет. Стартовав с 65 лет в начале 2000-х, в 2016 году она составила почти 72 года.

Реформы, начатые Минздравом несколько лет назад, коснулись всех основных составляющих здравоохранения в стране: и лечебных учреждений, и кадров, и всей инфраструктуры медицинской отрасли в целом.

Структура сети медицинских учреждений полностью поменялась: система оказания мед-помощи стала трехуровневой. Первый уровень – это поликлиники, дневные стационары шаговой доступности, в общем, все те медучреждения, куда мы обращаемся к врачу впервые, не важно – с проблемой ли или просто в целях профилактики. Первичное звено – одна из самых важных частей системы здравоохранения, почти половина средств, выделяемых на медицину, сегодня уходит на этот уровень. Теперь соответствующие

нормы учитывают не только численность населения, проживающего в населенном пункте, но и расстояние от него до ближайшего ФАПа или поликлиники. Это сделано для того, чтобы жители малых сел при необходимости могли оперативно добраться до того места, где они смогут получить помощь, или за приемлемое время дождаться врача на месте. Особенно заметны изменения в сельской медицине, которая тихо загибалась на протяжении десятилетий. За эти годы было построено уже более 1400 новых ФАПов и более 160 офисов врачей общей практики. В итоге доля профилактических амбулаторных посещений на селе впервые превысила аналогичный показатель у городских жителей.

Второй уровень системы здравоохранения формируют специализированные центры, где лечат при жизнеугрожающих состояниях: остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда, инсультах, тяжелых травмах, комах. Именно травмы и сосудистые катастрофы вносят самый существенный вклад в статистику смертности россиян.

До 2008 года в стране были серьезные проблемы с оказанием экстренной специализированной помощи таким пациентам – летальность доходила до 90 %. Но сегодня в России построено более 1,5 тыс. травмоцентров разного уровня и более 540 первичных и региональных сосудистых центров. Они оснащены всем необходимым и самым современным оборудованием, включая технологии телемедицины, которые позволяют специалистам медицинских центров более высокого уровня на основании результатов обследований больных круглосуточно консультировать их лечащих врачей. В результате за пять лет смертность от инсульта в нашей стране снизилась более чем на 34 % и на 20 % – смертность от дорожно-транспортных происшествий.

Ну а третий уровень здравоохранения – это узкоспециализированная и высокотехнологичная медицина, которая раньше была сосредоточена в основном в столичных клиниках, а теперь пришла в регионы. Если в 2005 году

такую помощь могли получить только 60 тысяч пациентов, то в 2016-м – уже 963,1 тысячи, при этом количество медучреждений, ее оказывающих, выросло за это время с 90 до 932. «Сложные методы лечения осваивают в региональных больницах, "растиражированные" технологии включаются в базовую программу ОМС», – сказала министр здравоохранения Вероника Скворцова. Созданная Минздравом модель включения высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования позволила существенно увеличить ее объемы и доступность: например, стентирования коронарных сосудов стали выполнять в 3 раза больше, а ЭКО – чаще в 3,6 раза.

Конечно, качество медпомощи напрямую зависит от уровня квалификации более чем двух-миллионной армии медицинских специалистов. Поэтому «кадровому вопросу» Минздрав уделяет самое пристальное внимание. Введены новые образовательные стандарты для медвузов, а также система аккредитации и непрерывного медицинского образования для практикующих врачей. Любой врач в стране должен постоянно подтверждать свою квалификацию, обучаться новым методикам. И для этого созданы все условия. Так, «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ. С помощью образовательного сертификата специалист может сам выбирать, где и как повысить свою квалификацию. Построены современные симуляционные центры, где студентов учат врачевать на роботах, имитирующих настоящих пациентов, и выполнять сложнейшие роботизированные операции. А чтобы привлечь врачей в отдаленные уголки страны, внедрен целевой прием в медвузы (регионы заранее планируют рабочее место для абитуриента, помогают студентам по ходу обучения, а потом обеспечивают необходимые условия работы молодому специалисту), а также программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». За 4 года по программе «Земской доктор» в села приехали работать более 23 тыс. специалистов. Эти программы будут продолжены, а возрастной ценз участников «Земского доктора» даже повысили с 35 до 50 лет.

В послании Президента Федеральному собранию особое внимание было уделено двум аспектам развития медицинской инфраструктуры: информатизации и санитарной авиации. Информатизация медицины развивается: работает



электронная запись на прием к врачам, вводится электронная медицинская карта пациента, а также электронные рецепты и больничные; поликлиники и больницы подключают к скоростному интернету; все более распространенной становится телемедицина. Ну а санитарная авиация нашей огромной стране с ее труднодоступными территориями просто необходима. Сегодня ее начали развивать в 34 регионах, в первую очередь – в Сибири, на Севере и на Дальнем Востоке.

В общем, о достижениях в нашем здравоохранении можно говорить долго. Но главное их измерение – реальное улучшение здоровья россиян. И речь не только о росте продолжительности жизни, но и о снижении заболеваемости. По данным ВОЗ, в 2016 году Россия вошла в десятку государств, которые за последние годы

добились наибольшего прогресса в борьбе с неинфекционными заболеваниями: раком, диабетом, болезнями сердца и легких. Заболеваемость туберкулезом за 8 лет сократилась более чем на 30 %. Показатель смертности от инсульта за пять лет снизился более чем на 34 %. Уменьшается и частота повторных инсультов – только в 2016 году по сравнению с 2015-м она сократилась на 2,4 %.

Положительные перемены в здравоохранении видит не только статистика, отмечают их и сами россияне. Согласно опросу ВЦИОМ, амбулаторной медицинской помощью удовлетворены 79 % россиян из обращающихся к врачам; стационарной – 80 %, скорой и неотложной – 83 %. Еще в 2014 году удовлетворенность, для всех типов медицинской помощи, составляла куда меньшую цифру – 73 %. А согласно исследованию Финансового университета, 66 % населения

полностью или в основном довольны тем медицинским обслуживанием, которое они лично получают.

Эксперты говорят, что мы лишь в середине масштабных преобразований. Перед отечественной медициной поставлены очень высокие цели. Выступая на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам, В.В. Путин отметил, что в нашей стране «предстоит создать действительно современную систему здравоохранения, причем на всех уровнях: от первичного звена до федеральных клиник, – систему, которая соответствует самым высоким мировым стандартам».

www.mk.ru

фото: www.da-te.ru

Здравоохранение Республики Корея – уровень, к которому нужно стремиться

Развитие сотрудничества в области здравоохранения между Россией и другими странами способствует обмену идеями, практическим опытом и технологиями, тем самым обеспечивая неуклонный прогресс медицины. Особенно активно процессы взаимобмена происходят между российскими клиниками и клиниками Республики Корея. В марте-апреле 2017 года группа московских врачей стажировалась в Буданском госпитале при Сеульском национальном университете, а дальневосточные врачи из г. Хабаровска и г. Комсомольска-на-Амуре – в госпитале Святого Винсента при Корейском католическом университете в г. Сувон провинции Кёнгидо.

Павел Владимирович Королев, к.м.н., врач-уролог Городской клинической больницы № 67 им. Л.А. Ворохобова г. Москвы рассказал о своих впечатлениях от увиденного. По его словам, поездка «перевернула мое медицинское мировоззрение».

Поразила невероятная чистота, великолепное оснащение и безупречная логистика, а также высочайшая согласованность в работе всех специалистов госпиталя.

Обеспечивает работу госпиталя самая современная информационная система, которая сводит к минимуму бумажный документооборот и практически полностью автоматизирует все основные технологические процессы. На каждого пациента, обратившегося в госпиталь, заводится электронная история болезни, которая может быть при необходимости доступна в любом медицинском учреждении страны.

Медицина в Республике Корея исключительно платная. В том числе комплексное обследование организма, которое проводится в рамках программ профилактики заболеваний и ранней диагностики в Check-up центрах и полностью оплачивается пациентом. Стоимость медицинской помощи зависит от статуса клиники. Например, в Буданском госпитале ПЭТ КТ стоит 1500 долларов.

Однако система медицинского страхования, которая существенно отличается от российской, в совокупности с пропагандой и соблюдением

здорового образа жизни обеспечивает населению страны доступность медицинской помощи. Медицинский страховой полис имеется у каждого жителя страны, а персональный медицинский/страховой идентификатор (ID) дает возможность врачу или представителю страховой компании увидеть в единой информационной системе полную историю болезни пациента.

Имеются отличия и в системе обеспечения лекарствами. Главное из них – без рецепта врача ни одна аптека не продаст «даже сироп от кашля».

Высокий технологический уровень, прекрасное взаимодействие всех звеньев системы здравоохранения отмечают хирург Городской больницы № 7 г. Комсомольска-на-Амуре Максим Александрович Устюжанин и кардиолог Городской клинической больницы № 10 г. Хабаровска Нина Владимировна Калашникова. Они стажировались в госпитале Святого Винсента при Корейском католическом университете в г. Сувоне. Госпиталь имеет 31 клиническое отделение, 800 больничных мест, 1500 сотрудников. Клиника оснащена передовым медицинским оборудованием. Врачи, работающие в госпитале, имеют богатый опыт работы в лучших клиниках США, Европы и Азии. В целом использование международного научного обмена для качественного роста является частью стратегии дальнейшего развития и совершенствования корейской медицины.



Буданский госпиталь при Сеульском университете

Безусловно, отдавая должное уровню корейского здравоохранения, и дальневосточные врачи, и их московские коллеги полагают, что «по качеству лечения наша медицина ничуть не хуже, а в чем-то даже лучше».

Российское здравоохранение не стоит на месте. Нельзя не заметить прогресс в части модернизации, информатизации, строительства новых медицинских учреждений. Поэтому есть все основания рассчитывать, что при общих усилиях медицинского сообщества, руководителей системы здравоохранения, правильного использовании положительного зарубежного опыта российское здравоохранение достигнет уровня мировых стандартов не только в отдельных областях медицины, но и в целом, и не в столь далеком будущем.

По материалам сайта www.medvestnik.ru, отчетов М.А. Устюжанина и Н.В. Калашниковой

фото: www.koreamedical.or.kr.ru

Корейцы вложат 11 млрд рублей в строительство больницы на Камчатке

Корейские инвесторы планируют вложить около 11 млрд рублей в строительство Камчатской краевой больницы, которая станет первым масштабным международным лечебным учреждением на Дальнем Востоке.

Как сообщает пресс-служба Корпорации развития Камчатского края (КРКК), такое заявление было сделано специальным посланником президента Республики Корея Сон Ён Гиль на встрече с министром по развитию Дальнего Востока Александром Галушкой.

Предполагается, что больница станет первым масштабным международным лечебным учреждением на Дальнем Востоке России, а ее услугами смогут пользоваться не только жители края и других регионов ДФО, но и иностранные граждане, имеющие медицинские полисы своих стран.

«В 11 млрд рублей, запланированных к инвестированию, войдут не только расходы на строительство корпусов больницы, но и их оснащение современным высокотехнологичным медицинским оборудованием. Предполагается также обучение камчатских врачей и медсестер в корейских клиниках», — передает пресс-служба КРКК.

Камчатская краевая больница — один из самых известных долгостроев в крае. Местные власти пытаются построить ее с 2009 года.

Первый этап обязательных общественных слушаний по проекту строительства Камчатской



краевой больницы завершился в июне 2014 года. Тогда планировалось, что на строительство больницы будет направлено 8,5 млрд рублей, а первый его этап завершится в июле 2017 года. Окончание работ по строительству планировалось на конец 2019 года.

www.vademec.ru

фото: www.krkk.ru

- ОТКРЫТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ -

Достижения отечественной науки и техники: есть российский робот-хирург

В России появился прототип новейшего ассистирующего роботохирургического комплекса. С его помощью можно не только проводить высокоточные операции даже на расстоянии, но и полностью заменить невероятно дорогой американский аналог — в стране и мире. Проблема в том, что разработку могут перекупить быстрее, чем она получит поддержку государства.

Роботы в хирургии

Роботы-ассистенты в хирургии не фантастика, а необходимая обыденность. В США — локомотиве и пока монополисте медицинских роботов — свыше 80 % всех урогинекологических операций проводят с помощью «умных машин». Технологии продвигают именно урологи, а не нейрохирурги. Перед ними стоит серьезная задача: сохранить не только орган, но и его функцию.

— Когда мы «замахиваемся» на то, чтобы сохранить потенцию, функции прямой кишки, удержания мочи, нам необходим высокоточный робот с хорошей визуализацией, — объясняет доктор медицинских наук, заведующий урологическим отделением клинической больницы № 50 при МГМСУ им. А.И. Евдокимова Павел Раснер.

— Одна из самых частых — операция по удалению рака простаты — нередко приводит к тому, что мужчина теряет до полутора литров крови. Это чревато и проблемами с потенцией, и, как следствие, проблемами в семье, — говорит директор Института конструкторско-технологической информатики РАН Сергей Александрович Шептунов.

Ученый досконально изучил преимущества робота-ассистента, чтобы создать опытный образец: существующая машина уменьшает риск кровопотери до 50 миллилитров, замечает и обходит важные нервные окончания органов. Поэтому, например, после операции на предстательной железе, проведенной с помощью робота, 84 % мужчин не получают никаких осложнений.

Кроме того, роботы-хирурги позволяют сократить время пребывания в больнице в разы и сэкономить на выплатах пособий по инвалидности — это выгодно для любого государственного бюджета, отмечают врачи.

Освободиться от зависимости

В 2000 году американцы создали систему da Vinci. Над роботом-ассистентом в хирургии они работали десять лет. Долгий труд и значительные вложения окупил себя: da Vinci является монополистом на рынке медицинской робототехники. Общий доход только за 2015 год превысил два с половиной миллиарда долларов. Стоимость одного аппарата доходит до четырех миллионов долларов. Отдельно от оборудования закупаются программа и одноразовые инструменты.

В России таких роботов — около тридцати. По грубым подсчетам, наша страна потратила на американские машины свыше ста миллионов долларов. Финляндия и Китай уже отказались от покупки систем da Vinci: их содержание разоряло бюджет.

— Это многомиллиардный бизнес, и мы невольно стали его частью. Именно поэтому мы поставили нашим инженерам задачу создать качественно новую машину, — поясняет профессор Дмитрий Юрьевич Пушкар, главный уролог Минздрава. В клинической больнице № 50 под его руководством врачи провели полторы тысячи операций с помощью da Vinci. Медики хорошо изучили достоинства и недостатки «американца», поэтому обратились к отечественным ученым с критикой существующей системы и пожеланиями к новой.

Ответ России

Над ответом американскому монополисту академик Шептунов и его команда работали три года. 5 апреля 2017 года российские ученые представили компактный аппарат, который превзошел аналог из США.

Манипулятор (часть робота, которая проводит саму операцию) da Vinci размером в полтора метра и весит больше тонны. Российский манипулятор — четыре килограмма и 20 сантиметров в длину. Его размеры позволяют беспрепятственно перевозить его по огромной стране — туда, где требуется срочная операция.

Точность манипуляций американской машины — целых 500 микрон, что не дает проводить

операции детям, российского же аналога – всего пять микрон, что позволяет работать даже на клеточном уровне (размер клетки – около десяти микрон).

Платформа позволяет настроить робота не только под задачи урологов, но и для нейро- и кардиохирургов, абдоминальных и вертебральных врачей. А оригинальная архитектура дает возможность присоединять любые инструменты к манипулятору в необходимом количестве и работать даже без монитора – в одних 3D-очках. Кроме того, у российской машины есть возможность подключения систем искусственного интеллекта.

– Особенно мы гордимся полностью цифровой системой управления, в отличие от аналоговой da Vinci. Теперь мы можем сделать каждый робот индивидуальным. По отпечатку пальца машина опознает врача и дает доступ к более или менее широкому спектру операций, запоминает и воспроизводит все его движения, – рассказывает академик Шептунов.

До востребования

Конкурентов у российской разработки немало. Свыше пятидесяти фирм со всего мира претендуют занять место da Vinci. Всего же зарегистрировано минимум десять тысяч патентов в области роботехники. На разработки уходят миллиарды долларов. Только американская компания TransEnterix потратила 220 миллионов долларов на создание аналога робота-хирурга. Достичь успеха российских ученых еще не удалось.

Ни один процент из этих миллионов не был потрачен на отечественный аппарат, сетует профессор Пушкар. Но инженерам удалось обогнать зарубежных коллег благодаря опыту в станкостроении, объясняет академик Шептунов: «Наши приборы имеют точность в три микрона при нагрузке в несколько тонн. Мы опирались на наследие колоссальной школы

отечественной механики, которой нет на западе. Ее оберегает Виктор Глазунов, директор Института машиноведения им. А.А. Благонравова Российской академии наук».

– Сергею Александровичу природная скромность не позволяет сказать, что инженерный лидер – это он, – подходит старший научный сотрудник ИКТИ РАН Александр Шурко. – Та группа молодых инженеров, которые работают под его руководством, – золотой коллектив. Самому старшему – 26, младшему – 20 лет. Трудятся, как во время войны: сон-работа, многие – за интерес.

Российский робот может выйти на рынок и заменить американский, отмечает вице-президент фонда «Сколково», руководитель кластера



биомедицинских исследований Кирилл Каем. По его словам, при коммерциализации разработка принесет миллиарды долларов. Осталось только провести дальнейшие испытания, запатентовать аппарат и придумать название.

На это нужны деньги. Их у ученых нет. ФАНО и правительство Москвы выделили грант на фундаментальную разработку, но средства закончились – сейчас новый этап развития.

Предложение о сотрудничестве поступило лишь от одного ведомства – Минпромторга, которое предложило «кредит на выгодных условиях». Если ученые не найдут деньги, разработку либо выкупят и запатентуют иностранные компании, либо просто опередят – уникальный российский робот-хирург может остаться за бортом.

– К сожалению, нам приходится тратить личные сбережения. Дело не в чьей-то злонамеренности – госструктуры ограничены своими мандатами и постановлениями правительства. Мы бы очень хотели выстроить такую цепочку, как в Америке: чтобы разработки ученых поддерживало и государство, и частные инвесторы, и готовы «ободрать шкуру» на себе. Нам важно, чтобы российский робот двигался дальше, – говорит Шептунов.

Конкретные суммы академик называть отказался. Известно, что речь идет о миллионах рублей в месяц.

Российские ученые отчаянно ищут частных инвесторов, чтобы оставить разработку в стране, провести необходимые испытания и запустить производство. Интерес уже проявили Китай и Финляндия – российский робот-хирург будет, как минимум, в пять раз дешевле аппарата американского монополиста.

– Это гениальный прорыв. С минимальным финансированием и минимальной поддержкой у нас есть высочайшего качества работающий прототип. Но нас могут обогнать: я хорошо знаю академика Шептунова, он большой патриот и будет ломиться в эту закрытую дверь бесконечно. Мне как гражданину важно, чтобы эта дверь открылась, и разработка осталась в России, – говорит профессор Раснер. По его словам, единственным выходом может стать лишь государственная поддержка – частных инвесторов такого масштаба у нас пока нет.

www.ria.ru

фото: www.euromednews.ru

В России создали лекарство от рака и проверили его в космосе

О создании нового препарата и первых результатах его доклинических испытаний уже сообщалось в АМ № 1 (149) от 31.01.2017 г. со ссылкой на сайт www.tass.ru



В Государственном научно-исследовательском институте особо чистых препаратов Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России завершаются доклинические испытания «Белка теплового шока» – лекарства, которое может совершить революцию в онкологии. Это принципиально новое средство для лечения злокачественных опухолей, полученное с помо-

щью биотехнологий. Ученые предполагают, что оно поможет людям с неизлечимыми сегодня опухолями. Успех в создании препарата был достигнут с помощью космического эксперимента. Об этом рассказал замдиректора института по научной работе, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор Андрей Симбирцев.

– Что является основным действующим веществом нового лекарства от злокачественных образований?

– Наш препарат имеет рабочее название «Белок теплового шока» – по основному действующему веществу. Это молекула, которая синтезируется любыми клетками организма человека в ответ на различные стрессорные воздействия. О ее существовании ученые знали давно. Первоначально предполагалось, что белок может только защищать клетку от повреждения. Позже выяснилось, что помимо этого он обладает уникальным свойством – помогает клетке показывать свои опухолевые антигены иммунной системе и тем самым усиливает противоопухолевый иммунный ответ.

– Если организм вырабатывает такие молекулы, почему же он сам не справляется с раком?

– Потому что количество этого белка в организме минимально. Его недостаточно для достижения терапевтического эффекта. Также невозможно просто забрать эти молекулы из здоровых клеток, чтобы ввести в больные. Поэтому была разработана особая биотехнология по синтезированию белка в количестве, необходимом для создания препарата. Мы выделили ген человеческой клетки, который отвечает за производство белка, и клонировали

- ОТКРЫТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ -

его. Затем создали штамм-продуцент и заставили бактериальную клетку синтезировать человеческий белок. Такие клетки хорошо размножаются, что позволило нам получить неограниченное количество белка.

– Ваше изобретение состоит в создании технологии получения «Белка теплового шока»?

– Не только. Мы также смогли изучить его структуру, расшифровать механизм противоопухолевого действия на молекулярном уровне. ФМБА обладает уникальной возможностью проводить медицинские исследования с помощью космических программ. Дело в том, что для рентгеноструктурного анализа действия белка необходимо сформировать из него сверхчистый кристалл. Однако в условиях земного притяжения получить его невозможно – белковые кристаллы растут неравномерно. Родилась идея вырастить кристаллы в космосе. Такой эксперимент был проведен в 2015 году. Мы упаковали сверхчистый белок в капиллярные трубочки и отправили их на МКС. За шесть месяцев полета в трубочках сформировались идеальные кристаллы. Они были спущены на землю и проанализированы в России и Японии (там есть сверхмощное оборудование для рентгеноструктурного анализа).

– А эффективность препарата уже доказана?

– Мы провели опыты на мышах и крысах, у которых развивались меланомы и саркомы. Курсовое введение препарата в большинстве случаев приводило к полному излечению даже на поздних стадиях. То есть уже можно с уверенностью сказать, что белок обладает необходимой для лечения рака биологической активностью.

– Почему вы думаете, что «Белок теплового шока» поможет не только при саркоме, но и при других видах злокачественных образований?

– В основе нового препарата – молекула, которая синтезируется всеми видами клеток. Никакой специфичности у нее нет. На другие виды опухолей препарат будет действовать благодаря этой универсальности.

– Нужно ли будет для создания препарата каждый раз отправлять белок в космос?

– Нет. Создание кристалла в невесомости требовалось только для научного этапа разработки препарата. Космический эксперимент лишь подтвердил, что мы на правильном пути. А производство будет исключительно земным. Собственно, мы уже изготавливаем препарат на производственных участках НИИ. Он представляет собой раствор белка, который можно вводить пациентам. Мышам мы вводим его внутривенно. Но, возможно, во время клинических испытаний найдем более эффективные подходы – например, оптимальной может оказаться адресная доставка белка в опухоль.

– Есть ли побочные эффекты у нового препарата?

– Пока никаких проблем не выявлено. Во время тестирования «Белок теплового шока» не проявил токсичности. Но окончательно мы сможем сделать вывод о полной безопасности препарата только после завершения доклинических исследований. На это потребуется еще год.

– И потом вы сможете начать клинические испытания?

– Это целиком зависит от того, удастся ли нам найти источник их финансирования. На доклинический этап мы получили грант от Министерства образования и науки. Клинические исследования стоят очень дорого – около 100 млн рублей. Обычно они проводятся на условиях софинансирования: находится частный инвестор, который вкладывает средства, а государство возвращает 50 % в случае успешного завершения. Мы рассчитываем на поддержку Минпромторга или Минздрава.

– А частный инвестор уже найден?

– Нет. Нам предстоит большая работа с его поисками. Можно было бы предложить японцам выступить инвесторами, но хочется начать с России, так как это отечественная разработка. Будем стучаться во все двери, потому что препарат уникальный. Мы стоим на пороге открытия совершенно нового средства лечения рака. Оно позволит помочь людям с неизлечимыми опухолями.

– Ведутся ли подобные разработки за рубежом?

– Мы слышали о попытках получить препарат «Белка теплового шока» в разных странах. Такие работы ведутся, например, в США, Японии. Но пока никто не опубликовал их результаты. Я надеюсь, что сейчас мы опережаем в этом вопросе зарубежных коллег. Главное – не остановиться на этом пути. А это может случиться только по одной причине – из-за нехватки финансирования.

– Когда реально, при всех благоприятных обстоятельствах, человечество сможет получить лекарство от рака?

– Полные клинические испытания обычно проходят два-три года. К сожалению, быстрее не получится – это серьезное исследование. То есть с учетом финальной стадии доклинических исследований пациенты получат новое лекарство через три-четыре года.

www.izvestia.ru

фото: www.marafonec.livejournal.ru

- НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ -

Аккредитация медработников: пора собирать портфолио



Периодическая аккредитация начнется с 2021 года. Но готовить портфолио врачи должны уже сейчас, поскольку в нем нужно представить данные за последние 5 лет. Как и какие доказательства своего профессионализма собирать? Журнал «Здравоохранение» обратился за комментариями к директору Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяне Владимировне Семеновой.

Периодическая аккредитация

– По каким критериям аккредитационная комиссия будет оценивать профессиональную деятельность врача?

– При периодической аккредитации одно из требований – наличие портфолио за последние 5 лет. В нем должны быть

сведения о профессиональных достижениях и программах повышения квалификации, обучение по которым врач прошел за этот период. Сначала аккредитационная комиссия оценит портфолио, затем медработник пройдет тестирование.

Минздрав России разработал проект приказа об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам. В документе целый раздел посвящен подготовке в системе непрерывного профессионального образования.

Ознакомиться с проектом можно на портале edu.rosminzdrav.ru: «Нормативно-правовые документы», подраздел «Другие документы». Рекомендуем зарегистрироваться на этом ресурсе и изучить действующие нормативные акты, а также проекты документов в сфере непрерывного медицинского образования.

Важно! Аккредитацию медицинских и фармацевтических работников регламентирует приказ Минздрава России от 02.06.2016 № 334н.

Система непрерывного образования медицинских работников

– Татьяна Владимировна, поясните, пожалуйста, медработники должны создавать электронные кабинеты на edu.rosminzdrav.ru или это необязательно? Как этот сервис помогает врачам?

– Информационно-образовательный портал edu.rosminzdrav.ru создан для самостоятельной подготовки медработников в системе непрерывного образования. Создавать на портале электронный кабинет или нет, решает врач. Прежде всего, это нужно самому медработнику, чтобы участвовать в дистанционном обучении и вести учет своей образовательной активности в рамках непрерывного профессионального образования.

Отмечу, что повышение квалификации с использованием в качестве дополнительного источника финансирования средств ОМС возможно только через портал edu.rosminzdrav.ru (приказ Минздрава России от 04.08.2016 № 575н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации...»).

Портал непрерывного медицинского образования предлагает 4700 образовательных программ с использованием одной или нескольких инновационных технологий. Это симуляционные курсы, дистанционные образовательные технологии, стажировка. Врач может выбрать программу, которая ему интересна и отвечает потребностям работодателя.

Кроме образовательных программ, на портале размещены 500 образовательных модулей, которые разработаны с учетом принципов доказательной медицины, стандартов и порядков оказания медицинской помощи и федеральных клинических рекомендаций. Представлено 3 тыс. образовательных мероприятий – семинары, конференции, вебинары, мастер-классы.

На портале уже зарегистрировались 47 тыс. врачей, 10 тыс. работают в электронных кабинетах.

Профстандарты в здравоохранении

– В основе аккредитации – профстандарты. Какие из них уже действуют и какие появятся в 2017 году?

– Уже вступили в силу профстандарты «Специалист по педиатрии», «Специалист в области медико-профилактического дела», «Младший медицинский персонал», «Специалист в области слухопротезирования (сурдоакустик)», «Провизор», «Врач-стоматолог».

В 2017 году будут внедрены профессиональные стандарты для лиц, которые прошли обучение по программам высшего образования (уровень специалитета) по специальностям «Лечебное дело», «Медицинская биофизика», «Медицинская биохимия», «Медицинская кибернетика».

Перерабатываются стандарты «Специалист в области педиатрии» и «Специалист в области медико-профилактического дела» для специалистов с высшим образованием (специалитет) по специальностям «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело».

– Разработан проект профстандарта «Специалист в области организации здравоохранения». К чему готовиться руководителям медорганизаций?

– Проект стандарта «Специалист в области организации здравоохранения» предусматривает должности «врач-статистик», «врач-методист», «заведующий (начальник) структурным подразделением медицинской организации», «заместитель руководителя (начальника) медицинской организации», «главный врач (начальник) медицинской организации», «директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа». Замещение должностей зависит от трудовой функции, которую выполняет специалист.

Стандарт еще дорабатывают. Возможны изменения в количестве и наименовании должностей, а также в количестве и наименовании трудовых функций. Планируем, что в 2017 году стандарт «Специалист в области организации здравоохранения» вступит в силу.

– Нужно ли менять кадровые документы, если наименования должностей и должностные инструкции расходятся с профстандартами?

– Наименования должностей в штатном расписании медорганизации и, как следствие, в должностных инструкциях должны соответствовать Номенклатуре должностей медицинских и фармацевтических работников, которая утверждена приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н. Если наименования должностей в профстандарте и действующей номенклатуре не совпадают, Минздрав России вносит коррективы в приказ № 1183н. В свою очередь, медорганизация должна изменить штатное расписание и кадровые документы.

– Если медработник не соответствует требованиям профстандарта, работодатель должен направить его на обучение?

– Профессиональные стандарты носят рекомендательный характер. Обязательно учитывать те требования к квалификации работника, которые устанавливают Трудовой кодекс, федеральные законы и иные нормативные правовые акты федерального уровня (ст. 195.3 ТК РФ).

Работодатель вправе решать, есть ли необходимость в подготовке, профессиональном образовании, обучении и дополнительном профессиональном образовании работника (ст. 196 ТК РФ). Условия, порядок подготовки и дополнительного профессионального образования регламентируют коллективный договор, соглашения и трудовой договор.

www.zdrav.ru (журнал «Здравоохранение»)

фото: www.euromednews.ru

Новации в подготовке научных кадров

Глава Минобрнауки РФ Ольга Васильева заявила о необходимости сокращения числа аспирантов, уменьшив их до двух-трех человек на кафедре.

«Аспирантура должна стать приоритетна, она должна действительно воспитывать исследователей. И это должен быть не поток 25 человек, должно быть два-три аспиранта на кафедре», – сказала министр на встрече с сотрудниками и студентами МГТУ имени Н.Э. Баумана.

По ее словам, раньше защита кандидатской была настоящим событием, а защита докторской – «событием всей жизни». «Вот к этому нужно вернуться, если ты занимаешься наукой. Мы будем над этим работать», – отметила Васильева.

Кроме того, министр добавила, что ректор должен иметь полномочия лично распределять бюджетные места в аспирантуре по специальностям. «Конечно, у ректора должно быть право, у заведующего кафедрой должно быть право (решать – прим. ТАСС), как это было всегда, какое количество аспирантов, куда и на какую специальность брать», – сказала Васильева, подчеркнув, что после обучения аспирант

должен обязательно иметь возможность защититься в своем вузе.

«После того, как ты вложил в него душу и силы, он должен защититься. Это понятно. А не получить справку и пойти неизвестно куда», – сказала министр.

Она также добавила, что не считает аспирантуру третьим уровнем образования. «Я не согласна, что аспирантура – третий уровень образования. У нас не решен вопрос аспирантуры до конца», – заключила глава министерства.

www.vrachirf.ru

фото: www.smi111.ru



Ученые степени в РФ смогут присуждать по совокупности научных статей

Законопроект о научной и инновационной деятельности, который в конце апреля обсудил экспертный совет при комитете по науке Госдумы, предполагает, в частности, возможность присуждения ученой степени по совокупности опубликованных работ, сообщил директор департамента науки и технологий Министерства образования и науки РФ Сергей Матвеев.

По его словам, первое экспертное обсуждение законопроекта «О научной, научно-технической и инновационной деятельности в Российской Федерации», который должен прийти на смену принятому более 20 лет назад закону «О науке и государственной научно-технической политике», состоялось 26 апреля на закрытом заседании Экспертного совета при комитете по образованию и науке Госдумы.

«Упрощение порядка присуждения степеней – тоже одна из предлагаемых новелл (дополнение к своду законов – прим. ТАСС) законопроекта. Активный и результативный исследователь, который действительно работает, получает научные результаты, публикует их или получает патенты, формирует научный коллектив – таких людей просто необходимо

«разгрузить» от лишних формальностей, упростить процедуру публичного признания их квалификации. Поэтому предложено достаточно простое решение – по совокупности работ», – сказал Матвеев.

«Любая публикация в достойных журналах или патент подтверждает, что полученный результат действительно нов, интересен, возможно, промышленно применим. Если таких результатов достаточно – зачем излишне усложнять процедуру формальными требованиями? Вхождение в «большую» науку не должно быть простым, но оно и не должно превращаться в «бег с препятствиями», – добавил представитель Минобрнауки.

www.tass.ru

Есть к чему стремиться

26 мая 2017 года в актовом зале института состоялось заседание ученого совета ИПКСЗ. На обсуждение были вынесены два вопроса: 1. Результаты научной активности кафедр, состояние и перспективы международной деятельности ИПКСЗ. 2. Состояние и перспективы развития электронной информационно-образовательной среды института.

Докладчик по первому вопросу, проректор управления по научной и лечебной работе В.Е. Воловик отметил, что российская наука в целом и медицинская наука в частности переживает в настоящее время определенные сложности, вытекающие из объективных условий развития экономики страны на современном этапе. В связи с этим институту в последние несколько лет пришлось свернуть некоторые научные направления и сократить обеспечивавшие их подразделения.

Несмотря на это, научно-образовательная деятельность активно развивается. Только за пять месяцев текущего года проведено 35 научно-практических мероприятий, в которых приняли участие свыше 4500 специалистов, в том числе средний медперсонал.

Если в 2016 году по программам НМО было аккредитовано 10 научно-образовательных мероприятий, то на сегодняшний день 75 % мероприятий, при норме 25 %, установленной Министерством здравоохранения России, аккредитовано в системе НМО.

Ведется работа по подготовке 5 докторских и 22 кандидатских диссертаций, проводятся прикладные научные исследования. Вместе с этим снизилось количество монографий (в 2016–2017 гг. по одной монографии выпустила только кафедра офтальмологии). Остается низким показатель внедрения научных результатов в практическую медицину.

Научно-практический журнал «Здравоохранение Дальнего Востока» в целом в системе РИНЦ имеет неплохие показатели, его импакт-фактор на 2015 год составляет 0,058. Однако нужно работать как над усилением публикационной активности кафедр, так и в направлении повышения уровня научности и практической ценности материалов для публикации в журнале.

Международное сотрудничество института с медицинскими учреждениями других стран осуществляется по направлениям организации стажировок врачей из медицинских учреждений края в зарубежных клиниках, преимущественно Республики Корея, приглашения для участия в научно-практических мероприятиях известных зарубежных специалистов,

публикации материалов преподавателей института в зарубежных научных медицинских журналах. Только в 2017 году в научно-практических конференциях, семинарах и школах приняли участие представители медицины Японии, Австрии, Франции и Южной Кореи.

При обсуждении доклада ректор ИПКСЗ Г.В. Чигова отметила, что научная деятельность в институте осуществляется в соответствии с имеющимися возможностями и функциями ИПКСЗ, и подчеркнула, что ведущиеся в институте научные исследования должны иметь практическую направленность.

В докладе директора центра информационных технологий и телемедицины А.А. Новгородовой было отмечено, что в институте создана и успешно функционирует электронная информационно-образовательная среда. В ее состав входят электронная библиотека и электронный каталог научной библиотеки института, внешние электронные библиотечные системы, система информационной поддержки образовательных программ на базе системы дистанционного обучения «Прометей» со встроенной системой тестирования, система видеоконференцсвязи и другие ресурсы, необходимые для обеспечения образовательного процесса и информационной открытости института в соответствии с действующим законодательством.

Информационное наполнение информационно-образовательной среды осуществляется всеми подразделениями ИПКСЗ, участвующими в организации учебного процесса.

Вопросы совершенствования и развития информационно-образовательной среды института находятся под постоянным вниманием руководства института. В 2017 году в этих целях необходимо выполнить несколько организационных и технических мероприятий по разработке локальных нормативных актов, положений, регламентирующих порядок функционирования отдельных элементов информационно-образовательной среды, и обеспечению доступа в сеть Интернет кафедр института, располагающихся на удаленных базах.

Льготный жилищный кредит для дальневосточников заработает в 2017 году

18 мая в Москве состоялось заседание коллегии Минвостокразвития, посвященное подведению итогов 2016 года и обсуждению задач на 2017 год.



В мероприятии приняли участие представители органов федеральной и региональной власти, депутаты, губернаторы Дальнего Востока, инвесторы, общественность.

Вице-премьер – полпред Президента России в ДФО Юрий Трутнев отметил, что на Дальнем Востоке сделано уже много, но работы еще более чем достаточно.

– Нам теперь надо думать над новым этапом развития, – сказал он, – делать упор на комфортность территории для людей – это новое жилье, это хорошие дороги. Силами регионов все эти проблемы не решить.

Министр РФ по развитию Дальнего Востока Александр Галушка рассказал, что уже в этом году заработает новый льготный «эксклюзивный» кредит для дальневосточных территорий – до 7 % годовых на покупку жилья на первичном рынке.

– Кроме того, рассматриваются такие меры, – заявил он, – как полное погашение ипотечных кредитов при рождении третьего ребенка, и ряд других.

Дополнительные новые меры ускоренного развития Дальнего Востока будут обсуждаться во Владивостоке на Восточном экономическом форуме в сентябре этого года. В частности, президент РФ Владимир Путин проведет в столице Приморья заседание президиума Госсовета по этой теме. Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт возглавил рабочую группу по подготовке этого мероприятия.

– Мы, по сути, готовим новый пакет мер по развитию Дальнего Востока, – подчеркнул он. – Времени осталось не так уж много, и мы все должны хорошо продумать, о чем доложить президенту на президиуме Госсовета. Надо предельно практично подготовить предложения, вывести для президента не сто наших проблем, а две-три, но ключевые, общие для всех. Например, строительство жилья, поддержка демографии, может быть, что-то еще. Качество тех поручений, которые, безусловно, даст президент по итогам работы президиума Госсовета, зависит от нашей совместной работы.

www.todaykhv.ru

Строительство новых ФАПов и амбулаторий начнется в этом году

Губернатор края Вячеслав Шпорт оценил состояние объектов здравоохранения в Хабаровском муниципальном районе в рамках рабочей поездки 11 мая 2017 года.

В Мичуринском сельском поселении Вячеслав Шпорт осмотрел действующую амбулаторию. Ветхое здание, в котором обслуживаются около 3,5 тыс. человек, не отвечает современным требованиям. Большинство исследований пациентам приходится проходить в других учреждениях. По словам главы района Дениса Удоды, Мичуринское – динамично развивающийся населенный пункт. Здесь ведется активное жилищное строительство. Территории осваивают и многодетные семьи, для которых выделено четыре крупных участка.

«Рождаемость у нас в три раза превышает смертность, уже который год отмечается положительная миграция населения, и очевидно, что мы нуждаемся в современном амбулаторном комплексе. Под перспективное строительство отобрали несколько участков, из которых наиболее подошла территория в селе Виноградовка. Мы вошли в краевую программу и рассчитываем, что строительство амбулатории начнется как можно быстрее», – сказал глава Мичуринского сельского поселения Александр Шадрин.

По словам губернатора, краевые власти уделяют большое внимание поддержке развивающихся территорий, модернизации системы здравоохранения. Для реализации этих направлений в регионе принята профильная программа. В ее рамках в крае до 2020 года появятся 100 новых ФАПов и 22 амбулатории. Их строительство начнется уже в этом году. Первые объекты появятся в селе Средний Ургал Верхнебуреинского района и поселке Сита района имени Лазо. Возведение амбулатории в Хабаровском районе намечено на 2018 год.



«Хабаровский район как один из динамично развивающихся должен получить современный объект здравоохранения как можно раньше. Мы предпримем ряд шагов, чтобы сдвинуть сроки строительства, которое может начаться уже в 2017-м. Программа имеет большое значение для развития медицины в крае. Она позволит в кратчайшие сроки модернизировать ее первичное звено», – сказал Вячеслав Шпорт.

www.todaykhv.ru

Власть – медицине

Губернатор Хабаровского края Вячеслав Шпорт в ходе посещения поликлиники № 7 12 мая 2017 г. раскрыл «многозадачность» медиков и систему вакцинации детей и одновременно оперативно решил вопрос о реконструкции помещений этого медучреждения.

По мнению губернатора, текущая ситуация в медучреждениях вредит производительности и мешает исполнять президентские указы. Вячеслав Шпорт посчитал опасным стремление врачей в поликлиниках работать на несколько ставок. Кроме этого, глава региона призвал решить проблему с родителями, которым приходится уходить с работы, чтобы сделать прививку ребенку.

Во время посещения городской поликлиники № 7 губернатор подверг критике заявление главврача учреждения Елены Гандуровой о том, что врачи сами хотят работать одновременно на нескольких ставках.

– Эти же врачи потом говорят, что работают на две ставки и падают с ног. Все эти «хочу, не хочу» надо прекращать. Хотеть не вредно. Меня текущая ситуация не впечатляет, так как наблюдается явный перекос в этом плане, даже с учетом того, что бывают смежные специальности. Если человек идет к кардиологу, то он должен идти именно к кардиологу, – жестко заявил Вячеслав Шпорт.

По мнению главы региона, создавшаяся ситуация несет опасность и для пациентов.

– Давайте представим: врач режет тебя, и в то же время думает про эндоскоп и про кардиоприбор, который нужен больнице. И может ошибиться, резануть не туда или таблетку не ту дать. А потом начинаешь его к ответственности привлекать, а он говорит: «Да я тут на трех работах работаю». И получается, все не виноваты, – рассказал Вячеслав Шпорт.

Кроме того, «подработки» врачей мешают исполнению президентских указов о повышении зарплаты бюджетникам.

– Когда мы начинаем поднимать вопрос о зарплате, и наводим справки, кто сколько получает, сразу начинаются разговоры в духе «у меня две ставки, а у меня полторы». Идите на одну ставку, чтобы мы увидели, какая у вас зарплата и поняли, как с этим работать, – подчеркнул Вячеслав Шпорт.

Также губернатор призвал выстроить систему, в которой людям не придется уходить с работы, чтобы сделать ребенку всего лишь одну прививку.

– Я сам сегодня увидел такой пример. Молодому отцу пришлось пойти с ребенком в поликлинику, пропустить рабочий день. Он не сде-

лал, скорее всего, свое задание и недополучит денег, а значит, меньше налогов пойдет в бюджет. И таких людей тысячи по городу. Я сам все это проходил, просиживал в очередях. И ничего не изменилось. Нужно как-то внести коррективы, хотя бы для тех, кому нужны профилактические прививки, – заключил Вячеслав Шпорт.

Вместе с этим губернатор оперативно рассмотрел вопрос о капитальном ремонте и реконструкции помещений медицинского учреждения. Лечебное учреждение построено в 1983 году, и с тех пор ни разу не ремонтировалось. Медики рассчитывают на то, что поликлиника попадет в программу модернизации первичного звена региональной системы здравоохранения.

Главный врач городской поликлиники № 7 Елена Геннадьевна Гандурова рассказала:

– У нас обслуживается 32 тысячи человек. Это столько же, сколько живут в отдельно взятом Советско-Гаванском районе. Причем у нас поликлиника семейного типа, потому что в одном здании – и терапевтическое отделение, где принимают взрослых, и отделение для детей. Именно его мы хотели бы реконструировать в первую очередь.

По оценке регионального минздрава, на капитальный ремонт детского отделения понадобится не менее 20 млн руб. А полный апгрейд постройки обойдется почти в 37 млн руб. Однако глава региона отметил, что браться надо сразу за всё.

– Будем приводить поликлинику в нормативное состояние, – сказал Вячеслав Шпорт. – И детское, и взрослое отделения полностью. Это наша задача, чтобы все поликлиники были на уровне. Нельзя, чтобы в центре красовался современный диагностический центр, а на периферии стены рушились.

Глава края поручил выделить средства из регионального бюджета. Уже в 2017 году на эти цели будет направлено более 20 млн рублей.

www.amurmedia.ru

Министр здравоохранения РФ избрана председателем 70-й Ассамблеи ВОЗ

Министр здравоохранения России Вероника Скворцова избрана председателем 70-й Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Все ее делегаты, кроме Украины, проголосовали за председательство Скворцовой.

«Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова избрана председателем Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ). Выборы прошли в понедельник в Женеве на первом пленарном заседании ВАЗ», – рассказал официальный представитель Минздрава Олег Салагай.

По его словам, Украина стала единственной страной, которая выступила против избрания Скворцовой председателем ВАЗ.

«Представитель этой страны не имеет морального авторитета для того, чтобы председательствовать на таком мероприятии. Делегация Украины хотела бы, чтобы наша позиция была должным образом занесена в протокол этой ассамблеи», – заявил делегат от Украины.

Теперь Скворцовой предстоит провести выборы нового генерального директора ВОЗ и подписать с ним контракт. В январе текущего года были определены трое кандидатов, которые будут претендовать на пост генерального директора. В финальный список вошли Тедрос Гебрейесус – министр иностранных дел Эфиопии, Дэвид Набарро – бывший старший координатор ООН по вопросам борьбы с лихорадкой Эбола (Великобритания) и Саня Ништар – организатор исследовательского центра по вопросам здравоохранения Heartfelt (Пакистан).

ВАЗ – верховный орган Всемирной организации здравоохранения. В последний раз представитель от СССР возглавлял ассамблею ВОЗ в 1962 году.

www.vrachirf.ru

Главное событие года – итоги

9 июня 2017 года в лекционном зале института состоялось совещание руководителей факультетов, кафедр и других подразделений ИПКСЗ. На совещании были подведены итоги работы коллектива по подготовке и проведению XVI Международного конгресса «Доказательная медицина – основа современного здравоохранения».

Сопредседатель оргкомитета конгресса, проректор по научной и лечебной работе, профессор В.Е. Воловик отметил, что это важнейшее мероприятие прошло в полном соответствии с программой. Организация работы конгресса, в том числе максимально комфортные условия, созданные организаторами, высоко оценены участниками, гостями и руководителями правительства Хабаровского края. Большинство участников выразили желание присутствовать на конгрессе в будущем 2018 году.

Прошедший конгресс подтвердил свой международный статус участием ведущих зарубежных специалистов в различных отраслях медицины и здравоохранения.

4–5 мая в рамках конгресса на базе ККБ № 2 прошла научно-практическая конференция с международным участием «Современные методы диагностики и лечения в травматологии и ортопедии». В ходе конференции в операционной ККБ № 2 профессором Университетского госпиталя «Нэнси» Мариусом М. Скарлатом был продемонстрирован мастер-класс по технике операций на плечевом и тазобедренном суставах.

На других мероприятиях были представлены доклады специалистов из КНР и Республики Корея.

Значительное место в программе форума было предоставлено начинающим врачам и молодым ученым: 16 мая состоялась VIII итоговая

научно-практическая конференция интернов и ординаторов 2016–2017 учебного года, а 26 мая – V конкурс-конференция молодых ученых, в которой приняли участие молодые ученые из академических и отраслевых научно-исследовательских институтов и высших учебных заведений. По итогам конкурса представители ИПКСЗ Е.В. Комаровских, Д.С. Трифионов и Р.В. Прянишников завоевали дипломы 1-й, 2-й и 3-й степени в своих номинациях.

Всего по программе конгресса до 26 июня будет проведено 31 научно-практическое мероприятие. Из них 14 аккредитовано в системе НМО. В конференциях, семинарах и круглых столах по программе конгресса на 9 июня приняло участие 3300 специалистов медицины из 20 регионов России.

В процессе обсуждения ректор, профессор Г.В. Чижова, проректор по учебной работе, доцент Н.В. Кирпичникова и другие участники совещания высказали конкретные предложения по совершенствованию процесса подготовки и проведения конгресса в предстоящем году. Особое внимание было обращено на выработку формы получения данных об уровне эффективности форума с точки зрения новизны и научной ценности обсуждаемых проблем.

Ректор Г.В. Чижова поблагодарила коллектив института за дружную, самоотверженную совместную работу, позволившую успешно провести XVI Международный конгресс.



Подхватить энтеровирусный менингит можно даже в фонтанах

В Хабаровском крае специалисты ожидают рост уровня заболеваемости энтеровирусными инфекциями. Как отмечают эксперты, в регионе уже не в первый год складывается весьма неблагоприятная ситуация с подобными вирусами.

– В Хабаровском крае уровень заболеваемости превышает средний по России в 80 раз. В этом году в больницах города и края медики начали регистрировать энтеровирусные инфекции раньше, чем обычно. Мы связываем это с ранней весной, – рассказала руководитель краевого управления Роспотребнадзора Татьяна Зайцева. – На данный момент у нас 8 заболевших, и это еще до официального открытия сезона энтеровирусов, который обычно начинается в июне. Пик приходится на август-сентябрь. Большая часть обратившихся заболели тяжелой формой энтеровируса – менингитом. Распространена также так называемая герпетическая ангина. В 2016 году мы зарегистрировали 1065 случаев заболевания энтеровирусом в крае, в 90 % случаев болели дети.

Лидером по количеству болеющих остается Хабаровск. Хотя случаи заболеваний регистрируют по всему региону.



– Много заболевших в Комсомольске, Хабаровском и Комсомольском районах. В других районах – поменьше, – уточнила Татьяна Зайцева. – Негативный прогноз мы даем и на этот год. Ожидаем групповые заболевания среди детей. В 2016 году было зарегистрировано 6 очагов групповой заболеваемости. Пострадали 67 ребят. Болели в основном из-за несоблюдения санитарных норм в учебных учреждениях. На нарушениях попались детский сад № 41 в Хабаровске, детский сад № 14 Амурске, лагерь «Энергетик», «Родник здоровья», спортивно-оздоровительный лагерь «Олимп» в Хабаровском районе, детский сад в поселке Бичевая, детский дом № 24 в Николаевске.

Жителям Хабаровского края из-за неблагоприятного прогноза не рекомендуют купаться.

– Мы исследовали более 800 проб питьевой воды и воды с поверхностных водоемов. В трех пробах речной воды был выделен вирус, – отметила Татьяна Зайцева. – Качество воды в распределительной сети несколько лучше. Мы не рекомендуем жителям края купаться. Размещено 68 аншлагов у водоемов по запрету купания.

По закону запретить людям купаться не могут, но специалисты настоятельно не рекомендуют заходить в реки, водоемы и даже фонтаны по всей территории края.

В медицинских организациях региона уже начали готовиться к сезону энтеровирусов. Создается запас лекарств и дезинфицирующих средств. Проводится расчет потребности в койках в стационарах.

История медицины Дальнего Востока

История медицины и здравоохранения на Дальнем Востоке тесно связана с социально-экономическими преобразованиями в стране, развитием ее производительных сил и общим прогрессом отечественной науки и культуры.



Упорным трудом россияне сумели обжить суровые окраины азиатского континента, построить города, создать промышленность и сельское хозяйство. На открытые земли принести не только новый хозяйственный уклад, но и национальную культуру, частью которой является и медицина.

Суровые климатические условия Дальнего Востока, первоначальная неустроенность, недостаток продовольствия были причиной появления среди первопроходцев различных болезней, в том числе цинги. Люди сами искали пути лечения и предупреждения болезней: изготавливали и пили целебные

настои и отвары, пользовались медом, парились в банях.

Первое упоминание о медицинских работниках на Дальнем Востоке относится к 1726 году. Именно в этот год в Охотске появился лекарь Вилим Буцковский, член первой экспедиции В. Беринга.

Медицинский состав экспедиции М.П. Шпанберга, направлявшейся к берегам Японии, имел в своем составе подлекарей И. Гинтера и И. Дягилева, а также лекаря Э. Гови. Кроме того, экспедиция имела достаточный запас медикаментов. В январе 1743 года медики экспедиции провели обследование служивых Охотска, осуществляли судебно-медицинские вскрытия, оказывали помощь местному населению и коренным жителям, помогали властям Охотска в решении различных медицинских вопросов. Фактически это были первые, пусть робкие, шаги профилактических медицинских осмотров. В 1750 году командир Охотского порта соорудил отдельное здание, в котором разместил лекарскую службу, так называемый лазарет. При командире порта Зубове (1774–1778 гг.) построен настоящий госпиталь для военных. Известно, что его услугами пользовались не только военные, но и местное население. В 1800 году в Охотск с большой группой ассистентов прибыл доктор медицины Федор Федорович Реслейн. Врачи лечили больных, делали прививки против оспы, выезжали в другие населенные пункты. На специально выделенные ассигнования к 1806 году был построен ряд зданий для госпиталя. В это время в поселке работал хирург П.П. Радецкий. В августе 1806 года в Охотск прибыл И.И. Редовский – адъюнкт Российской академии наук, ботаник, врач и путешественник, который также принимал участие в оказании медицинской помощи.

К 1808 году закончилось строительство морского госпиталя в Охотске. На остатки финансовых средств рядом с госпиталем построили больницу для горожан. Спустя некоторое время, значение Охотска как порта стало падать. В 1850 году главный тихоокеанский порт России переводится из Охотска на Камчатку, туда переезжают люди, перемещаются транспортные средства, морские суда. В 1851 году первое лечебное учреждение на Дальнем Востоке переводится в Петропавловск.

Крымская война 1853–1855 годов нанесла ущерб освоению Дальнего Востока. Англия и Франция, вступив в 1854 году в войну против России, распространили военные действия на Дальний Восток. В целях обороны всего Дальнего Востока появилась необходимость сосредоточить военные силы в устье Амура – новом Николаевском порту. По распоряжению генерал-губернатора Восточной Сибири Н.Н. Муравьева в апреле 1855 года русская эскадра покинула Петропавловскую гавань. Вместе с ней эвакуировались все военные и часть гражданских учреждений, в том числе и госпиталь. Николаевский госпиталь начал свою работу 12 июня 1855 года.

Первым медиком, ступившим на берега Амура, стал лекарь транспорта «Байкал» Владимир Берг. В 1849 году 11 июня капитан Г.И. Невельской, три офицера, 14 старшин и матросов и лекарь Берг на шлюпках вошли в устье Амура.

Врачом Амурской экспедиции был Евгений Григорьевич Орлов. Старианиями Орлова в 1852 году в Николаевском порту заложен лазаретный флигель. Генерал-губернатор Н.Н. Муравьев в том же году распорядился об отправке Г.И. Невельскому для вновь построенного лазаретного флигеля медикаментов и прочего на 12 кроватей. Условия жизни на Амуре были крайне тяжелыми. Члены экспедиции писали: «Если небо посылает нам кару в виде весеннего скорбута, то оно дает нам и исцеление. Нет лука, хрену, черемши, одним словом, нет ничего, чем богата Россия в апреле. Но человек, одержимый этим недугом, нашел ему противоядие в кедровой ветке». Цинга – спутник и едва ли не главный враг всех мореплавателей, первооткрывателей и путешественников того времени. Для борьбы с этой болезнью Е.Г. Орлов использовал все имеющиеся в его распоряжении средства: медикаменты, местные травы, в том числе черемшу, делал различные настои и отвары из хвои, но главным считал соблюдение санитарно-гигиенических условий и систематические работы на свежем воздухе. Но, несмотря на все его усилия, предупредить цингу оказалось невозможным. Верными помощниками Орлова по охране здоровья членов экспедиции были фельдшер поста Николаевск Андрей Шишерин, фельдшер поста Де-Кастри Иванов.

В 1851 году во вновь созданную Камчатскую область вошли все дальневосточные территории России. Медицинским инспектором области стал морской врач А.И. Ленчевский – первый медицинский администратор Дальнего Востока.

Николаевский морской госпиталь обслуживал по существу все население громадного края. За время пребывания госпиталя в Николаевске он являлся ведущим медицинским учреждением на Дальнем Востоке, но Николаевский порт стал быстро утрачивать свое значение, и появилась потребность переноса Николаевского порта в одну из южных гаваней. Первым медицинским учреждением Приморья стал временный лазарет Сибирской военной флотилии, который открылся 15 июня 1861 года в матросской казарме корвета «Гридень», организовал его флагманский врач Тихоокеанской эскадры Д.В. Мерцалов. В 1871 году был открыт госпиталь во Владивостоке. После переноса главного порта Восточного океана из Николаевска во Владивосток Николаевский госпиталь без материальной поддержки стал хиреть и приходить в упадок. В этот период на протяжении 900 верст вниз по Амуру от Хабаровска до Николаевска только в двух селах имелись сельские больницы, в селении Больше-Михайловское и Воскресенское. Больше-Михайловский врачебный участок обслуживал 50 населенных пунктов и стойбищ. Кроме больницы, на участке работал фельдшерский пункт в селении Мариинское.

В 1889 году на Чукотку был направлен начальником Л.Ф. Гриневецкий, участник экспедиции на Новую Землю и Командорские острова, основатель Ново-Мариинска (ныне г. Анадырь). Он был, прежде всего, врачом по образованию. Именно с его поездками по чукотской тундре связано оказание первой медицинской помощи местному населению. Впоследствии Н.Л. Гондатти, ученый секретарь Императорского общества антропологии, этнографии и естествознания при Московском университете, назначенный на место Л.Ф. Гриневецкого, «сделался главным лекарем тундры». Между тем, только к концу 90-х годов на Чукотке удалось организовать два фельдшерских пункта: в Ново-Мариинске и Марково. А приезжавшие, по-прежнему изредка, медицинские работники посещали только эти населенные пункты и обслуживали, в основном, немногочисленное русское население. Лечение коренных жителей Чукотки находилось в полной зависимости от шаманов.

Особенностью организации службы здравоохранения на Дальнем Востоке является то, что первыми появлялись лечебные заведения при воинских частях, каторжных тюрьмах и населенных пунктах Уссурийского

и Амурского казачьих войск. Очень долго даже Хабаровск не имел никакой гражданской медицинской организации, и обслуживание населения осуществлялось местным военным лазаретом, учрежденным в 1867 году. В 1890 году была организована «богадельня» для призрения немощных больных «всякого звания и сословия». По-настоящему больничное дело стало развиваться в городе Хабаровске лишь в конце 90-х годов XIX века.

Основание больницы в городе Владивостоке относится к 1890 году. До того времени во Владивостоке были лишь Морской госпиталь, Военный лазарет и временная городская амбулатория с околотком для заболевших сифилисом. За счет города содержался временный амбулаторный покой для приходящих больных с выдачей бедным бесплатных лекарств.

В середине 90-х годов XIX века на Сахалине сложилась сеть медицинских учреждений, которая в дальнейшем не претерпевала существенных изменений, вплоть до русско-японской войны 1904–1905 годов и упразднения сахалинской каторги. Каждый административный округ составлял один врачебный участок с одним окружным врачом. В округах имелись лечебницы: в Александровском на 200 коек, в Тымовском и Корсаковском – на 100 коек. Кроме лечебниц, по округам были учреждены околотки, обслуживаемые фельдшерами в селениях, где находились тюрьмы или партии ссыльнокаторжных. Помимо окружных лечебниц и фельдшерских околотков, относившихся к тюремному ведомству, на Сахалине существовала система военно-медицинских учреждений.

По мере заселения территории на Дальнем Востоке создавались медицинские учреждения при участии переселенческих организаций. Для медицинского обслуживания переселенцев в 1900 году в Хабаровске вступила в строй специальная больница.

В конце XIX века на Дальнем Востоке возникла медицинская служба транспорта. Появление ее связано со строительством в Приамурье железнодорожной магистрали.

Первые шаги в медицинском обслуживании сельского населения были сделаны только в 90-х годах XIX века. На Дальнем Востоке отсутствовала передовая для своего времени система медицинской помощи сельскому

населению – земская медицина. Немногочисленные сельские врачебные участки имели огромный радиус и были при этом неудовлетворительно оснащены.

В 10-х годах XX века появляется амбулаторно-поликлиническая служба. В 1914 году в Хабаровске имелось 4 амбулатории. В каждой из них прием больных проводил один врач по всем специальностям.

Созданная к 1914 году лечебная сеть Дальнего Востока значительна и была представлена различными организационно-учредительными формами: лечебными учреждениями городских самоуправлений, переселенческих служб, казачьих войск, общества Красного Креста, военного, железнодорожного, водного ведомств, а также частнопрактикующими врачами. Городская лечебная сеть располагала 933 койками, сельская – 176, казачья – 119, переселенческая – 438, приисковая – 120, тюремная – 153. Было открыто 180 фельдшерских пунктов. Во всех лечебных учреждениях работало 108 врачей.

Позднее, уже в советское время, организация медицинской службы была описана современником следующим образом: «В дореволюционный период медицина Дальнего Востока была пронизана духом сословных и ведомственных ограничений и дробилась на ряд не связанных между собой организаций. По времени возникновения наибольшую давность имели лечебные учреждения при каторжных тюрьмах, кадровых воинских частях и в населенных пунктах казачьих войск. Несколько позднее были созданы больницы в наиболее крупных городах, также в городах возникли лазареты при общине сестер милосердия Красного креста. Сельское население было совершенно лишено медицинской помощи. Первые организационные формы медицинского дела относятся к началу 90-х годов XIX века. Это было время начала первой волны колонизации края. Переселенческие органы власти проводили программу широкой опеки переселенцев из центральной части России, политику организации медицинской помощи. Вопросы медицинского обслуживания коренного населения края на повестку дня не ставились».

В.В. Гончар,

**к.м.н., зам. главного врача
стоматологической клиники «Стомадент-ДВ»**

Врач А.П. Чехов о проблемах российской медицины век назад

«Учителя, небогатые врачи, фельдшера при громадном труде не имеют даже утешения думать, что они служат идее, народу, так как все время голова бывает набита мыслями о куске хлеба, о дровах, плохих дорогах, болезнях. Жизнь трудная, неинтересная, и выносили ее подолгу только молчаливые ломовые кони, вроде этой Марьи Васильевны; те же живые, нервные, впечатлительные, которые говорили о своем призвании, об идейном служении, скоро утомлялись и бросали дело ...»

А.П. Чехов. «На подводе». 1897

«У меня на участке 25 деревень, четыре фабрики и один монастырь. Утром – приемка больных, а после утра – разъезды. Езжу, читаю лекции печенегам, лечу, сержусь, и так как земство не дало мне на организацию пунктов ни копейки, клянчу у богатых людей то того, то другого...»

«Благодаря моему нищенскому красноречию, мой участок имеет теперь два превосходных барака со всей обстановкой и барачников пять не превосходных, а скверных. Я избавил земство даже от расходов по дезинфекции: известь, купорос и всякую пахучую дрянь я выпросил у фабрикантов на все свои двадцать пять деревень... На лечение каждого холерного больного требуется затрата 5–6 часов времени. При одном заболевании можно справиться».

«С августа по 15 октября я записал у себя на карточке 500 больных; в общем, принял, вероятно, не менее тысячи. Мой участок вышел уда-

Скорая помощь 2016



чен в том отношении, что были в нем доктор, фельдшер, два отличных барака, принимались больные, производились разъезды по всей форме, посылались в санитарные бюро отчеты, но денег потрачено всего 110 р. 76 к. Львиную долю расходов я взвалил на своих соседей-фабрикантов, которые и отдувались за земство».

«За это лето я так насобачился лечить поносы, рвоты и всякие холерины, что даже сам прихожу в восторг: утром начну, а к вечеру уже готово – больной жрать просит».

Письма А.П. Чехова «О медицине и врачах» А.С. Суворину.

www.vrachirf.ru

Шарлатаны в медицине

Лекари-шарлатаны известны с глубокой древности. Их было столько на протяжении столетий, что сохранилось множество картин, рисунков, гравюр и карикатур. Слово *шарлатан* происходит от фр. *charlatan* от итал. *ciarlatano* – бродячий торговец целебными средствами. Слово *quack* (шарлатан) в английском происходит от слова «знахарь» голландского происхождения (*kwakzalver* в современном голландском), буквально означающее «торговец мазями». В средние века слово *шарлатан* означало «кричать». Quacksalvers продавал свой товар на рынке, крича во весь голос.

Успех шарлатанов от медицины (как и любых мошенников), скорее всего, объясним невежеством,

глупостью и легковерием публики. На этот счет есть анекдот XVIII века. Встречаются известный врач и не менее знаменитый *quack* (шарлатан).

Только врач, несмотря на свою квалификацию и общепризнанные успехи, гораздо беднее жулика. «Почему?» – спрашивает доктор у конкурента. Тот вместо ответа задает собеседнику вопрос: «Сколько, по-вашему, найдется умных людей на каждую сотню?» Врач, прикинув, говорит, что, пожалуй, по-настоящему умен разве что один человек из ста. «Вот он, – смеется «квак», – и пойдет лечиться к вам, а остальные девяносто девять – ко мне».



Иероним Босх. «Извлечение камня глупости». 1480

www.vrachirf.ru

100-летие со дня рождения профессора С.И. Сергеева отметили в Хабаровске

2 июня 2017 года исполнилось 100 лет со дня рождения Сергея Ивановича Сергеева – выдающегося хирурга и ученого, ректора Хабаровского государственного медицинского института (1968–1972 гг.), организатора здравоохранения, заслуженного врача РСФСР, доктора медицинских наук, профессора. Медицинское сообщество Хабаровска провело серию мероприятий, приуроченных к этому событию.



1 июня в 14:00 состоялось возложение цветов к мемориальной доске профессора С.И. Сергеева в ККБ № 1 и встреча ветеранов ККБ № 1 с участием профессоров из Москвы и дочери С.И. Сергеева.

2 июня в 10:00 проведено пленарное заседание (актовый зал ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России), а затем – научно-практические

семинары: «Актуальные вопросы хирургии» (лекционный зал КГБОУ ДПО ИПКСЗ), «Успехи современной онкологии» (актовый зал Краевого клинического центра онкологии), «Успехи сердечно-сосудистой хирургии» (конференц-зал Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии), «Успехи нейрохирургии и нейротравматологии» (актовый зал Краевой клинической больницы № 2), «Успехи диагностической и лечебной эндоскопии» (актовый зал Городской клинической больницы № 10).

3 июня с 10:00 в Дальневосточном государственном медицинском университете прошел научно-практический образовательный семинар «Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта». На научно-практических образовательных семинарах, которые аккредитованы в системе непрерывного медицинского образования, выступили ведущие специалисты страны.

www.amurmedia.ru



Вначале сотворил Бог небо и землю.

Земля же была покрыта брокколи, цветной капустой, шпинатом и овощами разными: зелеными, желтыми и оранжевыми всех видов, и у Адама с Евой жизнь была долгой и здоровой...

Но сотворил Сатана мороженое и бублики с маслом.

И спросил Сатана Адама: «Хочешь ли ты отведать жирного сыра с бубликом?»

И ответил Адам: «Да!»

И добавила Ева: «И я хочу! Добавь солений!»

И поправились Адам с Евой каждый на 3 килограмма.

И сотворил Бог живой биоогурт, чтобы Ева смогла сохранить фигуру, которую так любил Адам.

Но сотворил Сатана белую пшеничную муку, дрожжи и тростниковый сахар, и перемешал их.

И перешла Ева с 36 размера на 44-й.

И сказал Бог: «Ешь с аппетитом этот зеленый салат из моего райского сада!»

И сказал Сатана: «И добавь в него соус из голубого сыра, и положи рядом чесночный хлеб».

И расстегнули Адам и Ева свои пояса после трапезы.

И сказал Бог: «Послал я вам свежие овощи для здорового сердца и оливковое масло холодного отжима».

И выложил Сатана на стол бараний кебаб, шаурму в пите и курицу, жаренную в панировочных сухарях, и предложил есть, не стесняясь.

И подскочил у Адама и Евы холестерин до небес.

И сотворил Бог картофель с повышенным содержанием калия и других полезных ингредиентов, запеченный в духовке без масла.

Но почистил Сатана картофель, и нарезал его на тоненькие ломтики, и пожарил в глубоком масле, и назвал его «чипсами», и щедро посолил.

И Адам еще набрал вес. А у Евы выскочили прыщи.

И сотворил Бог кроссовки для бега, и дал их своим детям, чтобы сожгли они излишек веса.

Но дал Сатана Адаму и Еве кабельное телевидение с пультом дистанционного управления, чтобы не напрягались они, если захотят переключить программы.

И смеялись, и плакали Адам и Ева напротив мерцающего экрана, и надели удобные домашние треники с резинкой на животе.

И дал Бог Адаму и Еве постное мясо, диетические продукты, нежирные сосиски, чтобы не набирали они много калорий.

Но сотворил Сатана «Макдоналдс» и чизбургер за пять долларов.

И сказал Сатана Адаму: «Хочешь чипсов?»

«Да! – ответил Адам. – Увеличенную порцию!»

И получили Адам и Ева инфаркт.

И вздохнул Бог, утирая пот со лба, и создал операцию по шунтированию сосудов сердца.

И усмехнулся Сатана, продолжая борьбу, и создал министерство здравоохранения.

В юбилеем:



Абросимову Наталью Васильевну
Бадыку Александра Васильевича
Донкан Ирину Михайловну
Дятала Марину Викторовну
Зеленовского Виктора Иосифовича
Савкову Валентину Михайловну
Тарасевич Веру Юрьевну

Благодарность



В письме на имя ректора ИПКСЗ заслуженный врач РФ, главный хирург Камчатского края Виктор Николаевич Пак высоко оценил работу заведующего кафедрой хирургических болезней ИПКСЗ

Александра Викторовича Воронова и выразил благодарность за высокий профессиональный уровень мастер-класса по герниологии, проведенного Александром Викторовичем в рамках сертификационного цикла для хирургов Камчатского края.



День России

12 июня наша страна отмечает важный государственный праздник – День России, или же День принятия Декларации о государственном суверенитете России, как именовался этот праздник до 2002 года. Это один из самых «молодых» государственных праздников в стране.

12 июня 1990 года первый Съезд народных депутатов РСФСР принял Декларацию о государственном суверенитете России, в которой было провозглашено главенство Конституции России и ее законов. К тому времени многие республики СССР уже приняли решение о своем суверенитете, поэтому данный документ принимался в условиях, когда республики одна за другой становились независимыми. И важной вехой в укреплении российской государственности стало принятие нового названия страны – Российская Федерация (Россия).

Кстати, именно 12 июня помимо «независимости» Россия обрела и первого президента – в этот день, но уже в 1991 году, состоялись первые в истории страны всенародные открытые выборы президента, на которых одержал победу Б.Н. Ельцин. Именно он своим указом в 1994 году придал 12 июня государственное значение, а сам праздник получил название – День принятия Декларации о государственном суверенитете Российской Федерации. Позже, для простоты, его стали называть Днем независимости.

В своем выступлении в честь данного праздника в 1998 году Борис Ельцин предложил отмечать его как День России. Однако официально новое название праздник получил лишь 1 февраля 2002 года, когда в силу вступили положения нового Трудового кодекса РФ.

А в 2001 году, выступая в Кремле на торжественном приеме по случаю Дня принятия Декларации о государственном суверенитете России, Президент РФ В.В. Путин сказал, что «с этого документа начался отсчет нашей новой истории. Истории демократического государства, основанного на гражданских свободах и верховенстве закона. А его главный смысл – это успех, достаток и благополучие граждан».

www.calend.ru