



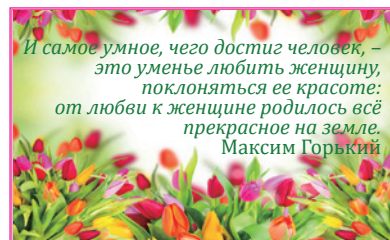
№ 3 (171)
6 марта 2019 г.

Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.



Дорогие, милые женщины!

Примите самые теплые и сердечные поздравления с чудесным праздником — Международным женским днем **8 марта**.

В наше время он символизирует признание выдающейся роли и значения женщины в обществе, выражает уважение, любовь и нежность к женщинам, которых они, бесспорно, заслуживают.

Так сложилось, что этот праздник отмечается в начале весны, которая, подобно женщине, неповторима и удивительна.

Прекрасно, что, играя выдающуюся роль в обществе, добиваясь великодушных результатов в своей деятельности, современная женщина не утратила свойственных только ей красоты и таинственности, прелести и притягательности. Она остается той единственной, которая сможет утешить и укрепить в несчастье, вдохновить на большие свершения. Об этом замечательно сказал Константин Бальмонт:

Женщина — с нами, когда мы рождаемся,
Женщина — с нами в последний наш час.
Женщина — знамя, когда мы сражаемся,
Женщина — радость раскрывшихся глаз.
Первая наша влюбленность и счастье,
В лучшем стремлении — первый привет.
В битве за право — огонь соучастия,
Женщина — музыка. Женщина — свет.

С праздником, дорогие женщины! Пусть в вашей душе всегда цветет весна, а счастье, любовь и удача будут вашими неизменными спутниками!

Ректор, заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук, профессор

Г.В. Чижова

Утверждены цели и бюджет нацпроекта «Здравоохранение»

Бюджет восьми федеральных проектов в рамках национального проекта «Здравоохранение» до 2024 года составит 1,725 трлн рублей. Об этом говорится в опубликованных на сайте Правительства РФ 11 февраля информационных материалах, подготовленных на основе паспортов нацпроектов, которые были утверждены на заседании президиума Совета при Президенте России по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года.

Как следует из документа, большая часть ассигнований – 1366,7 млрд рублей – будет направлена из федерального бюджета, 265 млрд рублей будут обеспечены за счет бюджетов регионов, 94,1 млрд – из средств государственных внебюджетных фондов и 0,1 млрд рублей – из внебюджетных источников.

Среди основных задач нацпроекта – снижение смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, внедрение бережливых технологий, масштабной профилактики и скринингов, устранение кадрового дефицита, развитие инфраструктуры детских больниц. Планируется также к 2024 году увеличить объем экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 годом (до 1 млрд долларов в год). В нацпроект входят 8 федеральных проектов: «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», «Борьба с онкологическими забо-

леваниями», «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий», «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» и «Развитие экспорта медицинских услуг».

Курирует нацпроект заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова, руководитель – министр здравоохранения Вероника Скворцова.

www.medvestnik.ru



ВОЗ распространит опыт российской медицины в борьбе с детской онкологией

Всемирная организация здравоохранения будет распространять опыт российской медицины в борьбе с детской онкологией во всем мире. Об этом сказала представитель ВОЗ в России Мелита Вуйнович 14 февраля на пресс-конференции в МИА «Россия сегодня», приуроченной к Международному дню детей, больных раком, который отмечался 15 февраля.



«У российских коллег высокие заслуги, вот почему НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева стал сотрудничающим центром ВОЗ. Это значит, что центр будет помогать ВОЗ в обучении кадров из других стран, делиться опытом, чтобы те достигли целей, которые поставила ВОЗ: повысить выживаемость детей, больных раком, минимум до 60 %. Это большая задача. Россия как передовая страна в этой области может помочь другим странам», – сказала она.

В 1991 году долгосрочная выживаемость онкобольных детей в России составляла 7 %, сегодня этот показатель достигает 90 %. Успех, как считает главный внештатный детский специалист-гематолог Минздрава, президент НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, академик РАН Александр Румянцев, пришел в результате большой работы, проделанной за эти годы. «Мы внесли свои наработки в состав международных протоколов лечения, которые являются лучшими в мире, используем только их, и никакой отсебятины. Организовали многоцентровые кооперированные исследования рака в РФ и уже 28 лет ведем эту работу. И что самое важное, тарифы полностью оплачивают лечение такого пациента. Мы использовали еще и старый советский механизм – административный контроль, чего нет в других странах. Организовали работу так, чтобы

во всех 98 учреждениях РФ, где лечатся наши пациенты, протоколы исполнялись и все процессы лечения находились под контролем», – рассказал он.

По словам специалиста, удалось системно организовать эту работу в стране, имея поддержку в лице Минздрава, Правительства и президента страны. Россия показала миру, что можно за короткий срок достичь впечатляющих результатов в лечении, и подтверждает это база кооперированных исследований в области рака, в которой за 25 лет насчитываются уже десятки тысяч пациентов. Участие в обучающей программе специалистов из Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, Киргизии и Армении показало, что уровень выживаемости в этих странах можно поднять до 80 %.

«Опыт России очень важен для развивающихся стран, потому что в отличие от развитых государств, где выживаемость достигла 90 %, в странах Азии и Океании, где живет основная масса детей, выживаемость лишь 10 %. Каждая страна должна пройти свой путь, и опыт РФ в этом отношении будет им очень интересен», – убежден Александр Румянцев.

www.medvestnik.ru
Автор Румма Шевченко

С заботой о будущем

Минздрав намерен реконструировать и построить до 40 детских больниц в регионах РФ к 2024 году. Об этом говорится в материалах к нацпроекту «Здравоохранение», опубликованных на сайте Правительства РФ.



По данным Минздрава РФ, в стране около 50 % от общего числа детских больниц не отвечает современным требованиям, нуждается в капитальном ремонте или должно быть снесено и заменено новыми. Региональные больницы для детей при этом отсутствуют в 17 регионах.

«40 детских больниц/отделений будет построено/реконструировано к концу 2024 года», – говорится в материалах.

Как сообщалось ранее, в планах заложено минимальное софинансирование строительства со стороны регионов.

Приказ о диспансеризации во время обучения и воспитания в образовательных учреждениях планируется актуализировать, не менее 20 % детских поликлиник и поликлинических отделений будет дооснащено медизделиями, следует из материалов. К 2020 году число дооснащенных поликлиник с перепланировкой должно достичь 95 % по стране.

Развитие детского здравоохранения, включая создание современ-

ной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям, потребует 211,2 млрд рублей.

Показатель младенческой смертности в 2017 году составлял 5,6 случая на 1 тысячу родившихся живыми – именно он взят в качестве базового. Уже к 2021 году, согласно материалам, его требуется снизить до 5 случаев, а в 2024 году – до 4,5.

Для достижения этой цели Минздрав планирует за шесть лет обучить в симуляционных центрах 52,5 тысячи специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии. Также предусмотрено строительство образовательных симуляционных центров и создание интерактивных программ, основанных на актуализированных клинических рекомендациях и принципах доказательной медицины. К 2024 году таких центров в стране будет уже 114.

www.tass.ru

Борис Зингерман: телемедицина врачам не нужна

Российское здравоохранение методически не готово использовать все преимущества телемедицины. Об этом сказал директор Ассоциации разработчиков и пользователей искусственного интеллекта в медицине «Национальная база медицинских знаний», руководитель направления цифровой медицины ООО «Инвитро» Борис Зингерман 13 февраля на симпозиуме «Цифровая медицина: от электронного здравоохранения к искусственному интеллекту». Мероприятие прошло в Национальной медицинской палате в рамках XXI конгресса педиатров России.



Борис Зингерман разделяет выводы компании Frost&Sullivan, представившей аналитический отчет об основных проблемах телемедицины: «Множество пилотных проектов провалилось, не достигнув коммерческого успеха вследствие отсутствия желания сотрудничества у врачей, недружелюбной регуляторной среды, отсутствия ясности, как осуществлять оплату таких услуг. Создание устойчивой бизнес-модели является наиболее критичной проблемой для участников рынка.

Но ключевая проблема состоит в том, что телемедицина врачам не нужна. Она убыточна, врачи не понимают, зачем им этим заниматься, поскольку им никто за это не платит», — сказал докладчик.

Вместе с тем, отметил он, в России для телемедицины всё есть. Активно развивается рынок телемедицинских гаджетов, приборов домашнего использования. Есть сегмент телекоммуникаций, любую информацию легко можно доставить в облако, активно развивается рынок интеграционных платформ, на которых эту информацию можно собирать, агрегировать, анализировать и использовать.

«И всё было бы хорошо, если бы в этой цепи не отсутствовал врач, без которого колесо не вертится. Врач должен посоветовать пациенту

приобрести телемедицинский гаджет, рассказать, как его использовать. Но самое главное — врач должен взять на себя ответственность за то, что он будет смотреть и анализировать эти данные. Сегодня врачу это не нужно, не выгодно», — убежден Борис Зингерман.

Сложной методической проблемой эксперт считает то, что современная медицина не привыкла к оперативному взаимодействию с пациентом: «Осенью в Госдуме мы показывали пилот по дистанционному мониторингу пациентов с диабетом. В президиуме сидел Герман Клименко, он задал вопрос: «А как вы считаете, сегодняшние врачи готовы к такому оперативному контролю пациентов с диабетом?» Вот появился гаджет, который каждые пять минут отправляет уровень глюкозы врачу. А кто из эндокринологов готов это анализировать и в какой процедуре они будут анализировать? То есть мы сегодня понимаем, что просто методически не готовы использовать все преимущества телемедицины. Все эти процессы нужно выстраивать».

Борис Зингерман указал еще на одну проблему: «Исследование американской компании NTT Data показывает, что пациенты разбалованы электронными покупками, заказом билетов, гостиниц... И они задаются вопросом: а почему в медицине не так? Результаты исследования показывают, что 50 % пользователей мобильных устройств готовы сменить своего доктора только ради лучшей коммуникации с другим врачом. То есть люди будут оценивать врача не по врачебным качествам, а по возможностям коммуникации. И мы должны быть к этому готовы».

www.medvestnik.ru
Автор Румма Шевченко

• ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ •

Электронное обучение – будущее НМО

Зачем нам НМО?

Учеба медиков в России и до 2017 года не заканчивалась интернатурой и ординатурой. Но «старая» (и пока что действующая) система предполагает обучение «наскоками». Если практикующий доктор не испытывает тяги к новым знаниям и вообще не хочет напрягаться, ему достаточно один раз за 5 лет пройти обучающий курс 144 часа (4 недели), чтобы продлить свой сертификат специалиста. Но за 5 лет сколько всего может измениться? Даже методические рекомендации устаревают в среднем за 3 года. Понятно, что сознательный специалист сам заинтересован в непрерывном повышении своих знаний, сам читает литературу и посещает мероприятия по своей теме. Но не все таковы. Человек вообще от природы ленив, и врач — не исключение.

Система НМО создавалась с тем, чтобы исключить описанную ситуацию. Новая система просто вынуждает медиков учиться равномерно. Зачем это нужно? Давайте посмотрим на статистику врачебных ошибок. В начале 2018 года ФОМС впервые обнародовал сводную статистику по летальным исходам при оказании медицинской помощи. По данным за 9 месяцев 2017 года, эксперты рассмотрели 417,5 тысячи историй болезни. Нарушения были выявлены в 11,6 % случаев (48,5 тысячи случаев). При этом в 6,5 % от этого числа (3177 случаев) имели место врачебные ошибки, которые привели к летальному исходу. Однако, по мнению главного патологоанатома Минздрава РФ Льва Кактурского, реальные цифры гораздо выше: расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов в первичном звене здравоохранения составляет в среднем 20–25 %. То есть

каждая четвертая смерть в России происходит от диагноза, который не был установлен при жизни.

Вступать или не вступать?

С 2016-го по 2021 год в стране введен переходный период. Выдача сертификатов специалистов по «старой» системе пролонгирована до 2021 года, а право на осуществление медицинской деятельности на основании данных сертификатов – до 2026 года. С 2021 года участие в программе НМО станет обязательным для всех медицинских специалистов.

Если вы получили сертификат специалиста до 1 января 2016 года, вступать в программу НМО вам не обязательно. По истечении действия сертификата вы имеете право в последний раз пройти «старую» процедуру повышения квалификации из 144 часов обучения в вузе, если эта схема для вас более привычна. Другой вариант – вступить в систему НМО и набрать суммарно 144 ЗЕТ до окончания действия своего сертификата. Эти 144 ЗЕТ набираются за счет следующих образовательных мероприятий: 108 часов – обучающий цикл в вузе, остальное – участие в очных и заочных мероприятиях: семинары, конференции, мастер-классы, вебинары, самостоятельное изучение электронных учебных модулей.

Для специалистов, получивших последний сертификат после 1 января 2016 года, ситуация другая. Такие специалисты входят в программу НМО, при этом для них меняется количество обязательных учебных часов – их становится 250. Один учебный час приравнивается к одной зачетной единице (ЗЕТ). За 5 лет специалист должен набрать 250 ЗЕТ, причем отложить всё «на последний момент» не удастся – каждый год нужно получать не менее 50 зачетных единиц. Только с необходимым запасом зачетных единиц специалиста допустят к профессиональной аккредитации. Набор ЗЕТов не означает, что при аккредитации не нужно будет сдавать экзамен. Экзамен будет проводиться, как и ранее, в компьютерном виде на кафедрах медуниверситетов + практические навыки в фантомных классах.

Чтобы накапливать баллы за образовательные мероприятия, необходимо пройти регистрацию на портале Координационного совета НМО и выбрать интересующие для изучения темы. Распределение 50 обязательных учебных часов в год происходит по схеме:

- краткосрочные курсы повышения квалификации, которые проводятся на ФУВах или в образовательных учреждениях ДПО. Это может быть один цикл на 36 часов или два цикла по 18 часов. На курсах повышения квалификации необходимо набрать около 2/3 ЗЕТов – не менее 36 за один год;

- аккредитованные очные и заочные образовательные мероприятия: конференции, семинары, мастер-классы, вебинары, электронные учебные модули. Кстати, вебинары относятся к очным мероприятиям, поскольку при проведении вебинара имеет место связь преподаватель – обучающийся. Доля таких мероприятий составляет 1/3 ЗЕТов – не менее 14 часов в год.

В зачет идут только аккредитованные учебные программы и мероприятия. Информацию о наличии аккредитации можно запросить у организаторов (провайдеров) мероприятия.

Если у врача несколько специальностей (например, хирург и эндоскопист), необходимо набирать баллы по каждому направлению. Чтобы сэкономить время и деньги, можно выбирать курсы, которые охватывают сразу несколько специальностей. Например, на портале rumedo.ru АНО ДПО Академии инновационного образования есть образовательные циклы, рассчитанные на несколько медицинских специальностей.

Возможность самостоятельного выбора учебной программы – глав-

ное новшество и преимущество «новой» системы образования. Врач сам выбирает, что ему интересно изучить и в каком формате будет проходить его обучение. Кроме того, что это просто удобно, можно надеяться, что врач получит действительно нужные ему знания, потратит свое

время и бюджетные деньги с пользой для всех. Пользователь форума ортопедов пишет об этом: «Каждый врач будет самостоятельно определять программу своей подготовки. Что ему учить, чтобы набрать заветные баллы, решит только он сам, а не тот преподаватель, который писал расписание месячного сертификационного цикла <...> По-моему, это очень логично. Поскольку когда в один загончик на цикле усовершенствования сажают ортопеда, «сидящего» на эндопротезах, вертебролога, кистевика, детского ортопеда, врача отделения политравмы, врача травмпункта, реабилитолога, комбустиолога и т.д., то 90 % тематики цикла оказывается совершенно не интересной большинству».

Дистанционное обучение – удобно и доступно для всех

Для посещения оффлайн-мероприятий у врачей из крупных федеральных центров традиционно больше возможностей, чем у специалистов из глубинки. Чтобы накопить нужное количество баллов, столичному врачу достаточно посетить 5–6 конференций в год (часто их устраивают фармкомпания на бесплатной основе). Если врач живет в небольшом городе, для посещения очного мероприятия, как правило, нужно выезжать за пределы региона. Кто оплатит поездку, кто заменит врача во время его отсутствия на рабочем месте? Согласно закону, оплачиваться образовательные мероприятия должны за счет средств территориальных ОМС, а администрация медучреждения обязана беспрепятственно отпустить врача учиться.

Но это в идеальном мире. На деле ситуация может быть совсем иной. Так, врач из Сахалинской области пишет: «Самое печальное, что я, например, готова самообразовываться или получать знания, посещая конференции. Но у нас практически все врачи работают не на одну ставку (либо чтобы получить более достойную зарплату, либо, что более часто, ввиду нехватки кадров). В результате для самообразования остается что? Ночь? Выходной? А на конференции за пределы области можно поехать за свой счет и в свое личное время (например, в отпуске)».

Проблема с посещением оффлайн-мероприятий этим не исчерпывается. Нередки ситуации, когда содержание мероприятия не соответствует заявленной теме. Стоматолог из Смоленска выражает надежду на перемены: «Приказ [прим.: проект приказа Минздрава о внедрении НМО], как хочется думать, преследует благую цель – сделать непопулярными тупые семинары и лекции, где вчерашним студентам рассказывают, какой концентрацией соды полоскать открытый зуб, а прогрессивным учебным центрам дать толчок в виде прироста аудитории, которая теперь учиться вынуждена».

Возможность учиться дистанционно через Интернет – реальная альтернатива оффлайну. Можно долго перечислять преимущества дистанционного обучения – учиться, не покидая своего рабочего места, в комфортное для себя время, при этом время и деньги на дорогу тратить не надо. Доступ в Интернет сейчас есть почти у всех, если не на работе, так дома. Компьютер уже давно не роскошь, а такая же обыденность, как стиральная машинка. Но даже если нет компьютера, есть смартфон и мобильный Интернет.

Есть ли недостатки у дистанционного обучения?

Чаще всего врачи жалуются на следующее:

1. «Мало интересных мероприятий, аккредитованных Советом НМО»

Такая проблема существовала раньше. В прошлые годы на портале Совета НМО действительно было мало аккредитованных программ и мероприятий (что, впрочем, закономерно, ведь система только вставала на рельсы). Но ситуация быстро меняется. Для сравнения: в 2014 году было аккредитовано 229 мероприятий, в 2015 году – 451, а в 2016-м, согласно подсчету аналитического центра Vademecum, состоялось более 3000 мероприятий. Появились программы не только по таким массовым специализациям, как педиатрия или кардиология, но и по более узким специализациям, например, косметология.

2. «Не умею пользоваться компьютером», «нет Интернета»

Проблема компьютерной грамотности в нашей стране действительно актуальна, особенно для специалистов 45+. Но реалии таковы, что для участия в системе НМО овладеть компьютером придется хотя бы на базовом уровне.

В системе НМО на долю дистанционного обучения отводится не менее 30 % учебного времени, и это неспроста. Дистанционные учебные материалы легко контролировать по качеству содержания,



• ВОПРОСЫ ОБРАЗОВАНИЯ •

по посещаемости, по эффективности усвоения знаний. Например, электронные модули, аккредитованные НМО, обязательно должны содержать механизмы контроля присутствия слушателей на образовательном мероприятии, а после прохождения модуля обучающийся должен ответить на вопросы теста. Баллы начисляются в том случае, если дано не менее 70 % правильных ответов.

Дистанционные образовательные мероприятия способны обеспечить быстрый доступ к наиболее актуальной информации от лучших специалистов страны. Их можно транслировать для самой широкой аудитории, уравнивая шансы столичного врача и врача из глубинки на получение качественной информации.

АНО ДПО «Академия инновационного образования» – участник системы непрерывного медицинского образования, осуществляющий

очно-заочную и заочную формы обучения с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий на базе портала-агрегатора gumedeo.ru. На данный момент проект объединяет пять школ по основным направлениям медицины: антимикробная терапия, интенсивная терапия, гастроэнтерология, неврологические заболевания, провизоры и фармацевты. На главной странице портала работает медицинское телевидение – бесплатная трансляция записей вебинаров и видеолекций. В подготовке образовательных мероприятий принимают участие профессора и доценты ведущих университетов и научно-исследовательских центров России, признанные эксперты в сфере медицины.

www.remedium.ru

• ВОПРОСЫ ПРАВА •

Расходы на повышение квалификации для получения сертификата не могут быть взысканы с медработника или фармацевта

В подготовленный Калининградским областным судом обзор практики попало дело, в рамках которого работодатель просил взыскать с уволившегося медицинского работника сумму понесенных на повышение его квалификации расходов. По прошествии 5 лет работы в организации работодатель направил врача ультразвуковой диагностики на повышение квалификации. При этом между сторонами было заключено дополнительное соглашение к трудовому договору, согласно которому работодатель обязался оплатить стоимость обучения, работник обязался отработать в больнице не менее 3 лет, а в случае увольнения по собственному желанию до истечения указанного срока вернуть работодателю израсходованные на обучение средства.

Работник уволился, не отработав и года, а работодатель решил взыскать расходы на обучение через суд. Напомним, что согласно статье 249 Трудового кодекса в случае увольнения без уважительных причин до истечения срока, обусловленного трудовым договором или соглашением об обучении за счет средств работодателя, работник обязан возместить затраты, понесенные работодателем на его обучение, исчисленные пропорционально фактически не отработанному после окончания обучения времени, если иное не предусмотрено трудовым договором или соглашением об обучении (обзор судебной практики по рассмотрению районными (городскими) судами Калининградской области гражданских дел в первом полугодии 2018 года).

Вместе с тем в силу статьи 196 ТК РФ в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами РФ, работодатель обязан проводить дополнительное профессиональное

образование работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности. Право на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя закреплено за медицинскими

работниками статьей 72 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон № 323-ФЗ).

Одновременно с этим на медицинских работников возлагается обязанность совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (ст. 73 Закона № 323-ФЗ). Пунктом 4 Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях (далее – Порядок) предусмотрено, что повышение квалификации медицинских работников проводится не реже одного раза в 5 лет в течение всей их трудовой деятельности. Совершенствование работниками профессиональных знаний и навыков осуществляется путем их обучения в образовательных и научных организациях по дополнительным профессиональным образовательным программам, реализуемым в виде повышения квалификации (п. 3 Порядка).

Кроме того, в силу статьи 100 Закона № 323-ФЗ для приобретения права на осуществление медицинской деятельности в РФ требуется в том числе наличие сертификата специалиста. Согласно Условиям и порядку выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам такой сертификат действует пять лет, а для его получения необходимо в том числе прохождение повышения квалификации.



• ВОПРОСЫ ПРАВА •

Учитывая сказанное, можно заключить, что повышение квалификации медицинских работников один раз в пять лет в силу закона является обязательным условием осуществления ими медицинской деятельности и проводится за счет средств работодателя. Именно к такому выводу и пришел Калининградский областной суд. Судьи отметили, что в силу статьи 9 ТК РФ договорная ответственность работника перед работодателем не может быть выше, чем это предусмотрено действующим законодательством. Поэтому условия дополнительного соглашения к трудовому договору о возмещении работником затрат, понесенных работодателем на обучение работника в случае прекращения трудового договора до истечения срока, установленного соглашением, не подлежат применению в силу закона.

Точку зрения о невозможности взыскания с медицинского работника расходов на обязательное повышение его квалификации разделяют и многие другие суды (определение суда Ханты-Мансийского автономного округа от 16 февраля 2017 г. № 33-1321/2017, определение Верховного суда Республики Коми от 23 января 2017 г. № 33-377/2017, определение Верховного суда Республики Карелия от 27 сентября 2016 г. № 33-3813/2016, определение Волгоградского областного суда от 24 июня 2016 г. № 33-8772/2016, определение Приморского краевого суда от 9 февраля 2015 г. № 33-1005/2015).

www.pharmarf.ru

Законодательство дискриминационно в отношении медработников

Ввести в медицинских вузах преподавание медицинского права предложила член Комитета Госдумы по охране здоровья Татьяна Цыбизова на заседании круглого стола «Медицина и право. Врач и пациент», состоявшемся 18 февраля.



По словам депутата, современное законодательство закрепило приоритет во взаимоотношениях врача и пациента за последним – он имеет 11 прав и 3 обязанности, причем за их неисполнение ему ничего не грозит. «Мы с вами ни разу в судебном порядке не наказали пациента за то, что он не соблюдал режим, не уделял внимания сохранению своего здоровья», – сказала депутат.

У медработника при этом 7 прав (они не специфичны, не отличаются от прав граждан других специальностей), 5 обязанностей и 6 ограничений. «Это беспрецедентное количество обязанностей и ограничений даже по сравнению с представителями некоторых силовых структур. Малейшее их нарушение является для пациента основанием обращаться в суд. Мы сегодня имеем законодательство, которое в отношении медицинских работников оценивается как дискриминационное», – считает Татьяна Цыбизова.

Профессиональное сообщество со своими правами знакомится с большим опозданием, и это давно принимается как должное, утверждает она. Предмет «Медицинское право» в медвузах отсутствует, а правовое образование, которое преподается на первом курсе в отрыве от клиники,

от профессиональных знаний, отнюдь не дисциплинирует и не мотивирует будущего врача. Есть предмет биомедицинская этика, который изучается на втором курсе, но и его сейчас в некоторых вузах предлагают присоединить к философии, обрисовала картину парламентарий.

«На выходе мы имеем выпускника, который порой проявляет беспомощность в отстаивании своих собственных прав как медработника, – констатирует Татьяна Цыбизова. – Раньше навыки бесконфликтного общения прививали в интернатуре, но сейчас нет интернатуры. И иногда только первая жалоба или судебный иск заставляют молодого доктора уточнить свои права и обязанности пациента, чтобы не быть без вины виноватым. На мой взгляд, медицинское право, которое должно изучаться в преломлении к той специальности, которую получает врач, – это необходимость сегодняшнего времени. Только защищенный в правовом плане врач способен принимать грамотные решения».

www.medvestnik.ru

Автор Румма Шевченко

• НОВОСТИ. СОБЫТИЯ. ФАКТЫ •

В России начнут вручать новую медицинскую премию «Здравомыслие»

В России с 1 марта 2019 года стартовал приём заявок на соискание медицинской книжной премии «Здравомыслие». Эта премия будет вручаться впервые, сообщается на сайте Минздрава РФ. На получение премии будут претендовать лучшие книги, посвященные медицине, врачебной деятельности, здравоохранению и пропаганде здорового образа жизни.

Первая книжная премия «Здравомыслие» присуждается в трех номи-

нациях: «Рецепт здоровья» — книги о здоровье и о здоровом образе жизни, «Шаг вперед» — об истории и открытиях в медицине, «Эскулап» — мемуары и биографии врачей.

Завершится приём заявок 1 мая 2019 года. Затем состоится общественное голосование. Награждение победителей первой медицинской книжной премии пройдет 16 октября.

www.vrachirf.ru

В России разработан искусственный интеллект для поиска метастазов рака

На федеральном портале проектов нормативных правовых актов завершилось общественное обсуждение проекта приказа Минздрава России «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Российская фирма Unim, портфельное предприятие Фонда развития интернет-инициатив и резидент фонда «Сколково», разработала и обучила нейросеть, которая помогает выявлять метастазы рака.

Нейросеть в сотни раз сокращает время врача, которое он тратит на определение метастазов. Она создана на базе анализа более 60 терабайт диагностических данных, в ее обучении участвовали десятки врачей-патоморфологов. Нейросеть уже используется в тестовом режиме в собственной лаборатории компании. С ее помощью были оценены данные 600 пациентов, имеющих онкозаболевание.

По словам генерального директора Unim Алексея Ремеза, нейросети выводят гистологию на совершенно новую ступень, повышая уровень доказательности и точности онкологической диагностики. «У врача появится надежный помощник, который значительно снизит его трудозатраты и значительно повысит эффективность работы», — рассказал он.

Россия занимает пятое место в мире по количеству смертей от онкозаболеваний. Онкологический диагноз впервые получают около 600 тысяч

человек в год. По данным за 2017 год, в стране проживало 3,5 миллиона человек с онкологическими заболеваниями.

В январе исследователи из Германии, Израиля и США разработали алгоритм глубокого обучения нейросети для определения генетического заболевания по фотографиям человека. Сначала они научили нейросеть выявлять синдром Корнелии де Ланге, синдром Ангельмана, синдром Нунан — у людей с такими заболеваниями врачи находят специфические особенности в чертах лица.

После этого искусственный интеллект проанализировал около 17 тысяч изображений людей с уже установленными диагнозами (более 200 различных наследственных заболеваний). В 91 % случаев верный синдром оказался среди десяти наиболее вероятных, названных программой.

www.takiedela.ru

С 2018 года в Хабаровском крае приступили к реализации проекта «Бережливая поликлиника»

Как уточнили ИА «Хабаровский край сегодня» в краевом минздраве, сейчас новые принципы обслуживания больных внедряются в 1-й, 3-й, 7-й, 9-й детских поликлиниках Хабаровска, в клинично-диагностическом центре.

Они предполагают переоборудование внутреннего пространства — установку автоматических дверей, информационных табло, электронной очереди, инфоматов, создание крытых колясочных, открытых регистратур, колл-центра. Модернизация позволяет максимально избавиться от «живых очередей». При правильно выстроенной маршрутизации пациентов до 90 % больных могут записаться на прием удаленно. Это экономит силы персонала, а значит, можно будет больше времени затратить на осмотры и лечение.

«До 2021 года нам предстоит внедрить принципы бережливости в 36 поликлиниках, что составит не менее 95 % от их общего количества. В первую очередь будем модернизировать детские медучреждения. В некоторых зданиях есть проблемы с перепланировкой, так как они располагаются в приспособленных помещениях. Но будем выходить из положения, решать вопросы, насколько это возможно», — отметил министр здравоохранения края Александр Витько.



В этом году из краевого бюджета на внедрение проекта «Бережливая поликлиника» выделят еще 35 млн рублей.

В рамках нацпроекта «Здравоохранение» в ближайшие годы планируется перевести на бережливые технологии все детские поликлиники и не менее половины взрослых в стране. Такую задачу в послании Федеральному собранию поставил президент страны Владимир Путин. Благодаря современным стандартам время ожидания приема врача в среднем может быть сокращено в 3–4 раза. Также это позволит создать комфортные условия для людей с ограниченными возможностями и посетителей с детьми.

www.todaykhv.ru

Фото www.bravica.su

Выделены средства на строительство детских медицинских учреждений в Хабаровском крае

Правительство РФ выделило из федерального бюджета 2 млрд 101 млн рублей на строительство двух объектов здравоохранения в Хабаровском крае, сообщает ИА «Хабаровский край сегодня». Соответствующее распоряжение подписал премьер-министр Дмитрий Медведев.

Из них без малого миллиард (914 млн рублей) пойдет на строительство нового инфекционного корпуса детской краевой клинической больницы имени А.К. Пиотровича в Хабаровске. Средства будут выделяться поэтапно – 73 млн в этом году и по 420 млн в последующие два года.

«Пока объект, рассчитанный на 130 коек, находится в стадии проектирования, – рассказал главный врач больницы Иван Гончаров. – Его планируется ввести в строй в 2021 году. Сейчас инфекционный корпус находится в помещении, которое не отвечает современным требованиям».

По его словам, после проведения всех процедур по выбору проекта уже в конце 2019 года должны начаться строительные работы.

Планируется и установка нового оборудования, на закупку которого предусмотрено порядка 130 млн рублей.

Второй объект, на который выделено 1,187 млрд рублей, – строящийся в рамках комплексного плана развития города детский больничный комплекс в Комсомольске-на-Амуре.

«Новый комплекс позволит объединить профильные педиатрические отделения, находящиеся в составе различных больниц, рационально перепрофилировать коечный фонд, повысить эффективность эксплуатации оборудования, рационально использовать кадровые ресурсы», – говорит главный врач детской городской больницы Комсомольска Ольга Горлач.

Здесь также будет установлено новое оборудование. Прежде всего речь идет о двух томографах: компьютерном и магнитно-ядерном.

Ввод больничного комплекса в эксплуатацию намечен на осень 2020 года. Сейчас краевое правительство готовит соглашение с федеральным правительством, в рамках которого средства будут переведены в региональный бюджет.

www.todaykhv.ru

Новинки в мартовский номер

Научная библиотека ИПКСЗ продолжает знакомить своих потенциальных читателей с наиболее интересными книжными новинками, приобретенными в последнее время.

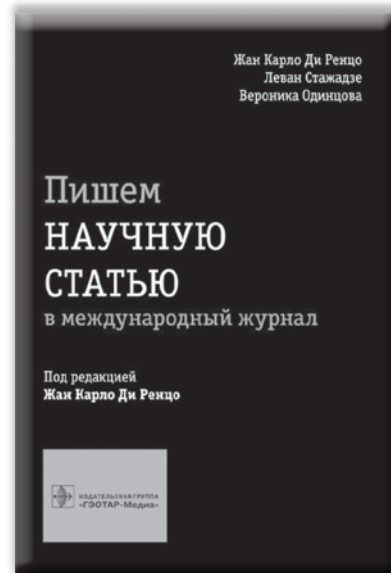
Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Т.В. Семеновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.

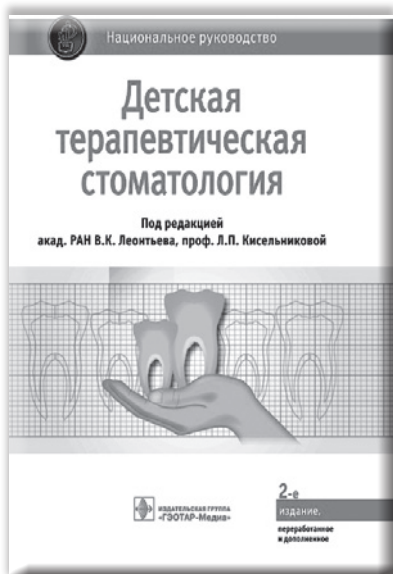
Эта книга содержит необходимую информацию о научно обоснованных подходах к оценке профессиональной готовности специалистов здравоохранения, качестве инструментария, используемого при аттестации выпускников вузов и аккредитации специалистов в системе здравоохранения. Приводятся критерии, обеспечивающие справедливость и высокую обоснованность аккредитационных решений. Обсуждаются стандарты качества измерительных материалов и результаты применения методик для повышения надежности и пригодности многостадийных измерений. Отдельного внимания заслуживает последняя глава монографии, которая ориентирована на перспективные направления развития аккредитации в свете актуальных задач создания системы непрерывного медицинского образования (НМО) и внедрения цифрового здравоохранения в России. Представленный материал можно рассматривать как информирование

широких кругов медицинской общественности и профессионалов в системе здравоохранения о той работе, которая ведется в России по созданию научно обоснованной системы аккредитации специалистов здравоохранения. Издание представляет интерес для широкой аудитории: ординаторов, преподавателей, организаторов

здравоохранения и других специалистов в области здравоохранения.

Ди Ренцо, Ж.К. Пишем научную статью в международный журнал / Жан Карло Ди Ренцо, Леван Стажадзе, Вероника Одинцова ; под ред. Ж.К. Ди Ренцо. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 112 с.



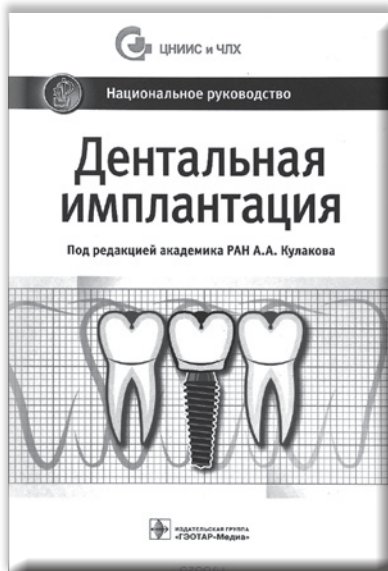


и приведены конкретные рекомендации. Книга является введением в тему публикационной активности и наукометрии. Содержит систематизированные рекомендации по подготовке и оформлению научных статей в журналах, индексируемых в международных медицинских базах, например таких как Web of Science и Scopus. Книга написана простым языком и служит своего рода введением в методологию науки. Она предназначена для ведущих исследователей, врачей, занимающихся научной работой, научных сотрудников, аспирантов и докторантов.

Внимания заслуживают и обновления национальных руководств, курируемых Ассоциацией медицинских обществ по качеству:

Интенсивная терапия : нац. рук. / Федерация анестезиологов и реаниматологов, Рос. ассоц. специалистов по хирург. инфекциям ; под ред. Б.Р. Гельфанда, И.Б. Заболотских. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 928 с. : ил.

Национальное руководство по интенсивной терапии вышло впервые в виде двухтомника в 2009 году, а в 2013-м и 2019 годах переиздавалась краткая версия книги. В 2019 году оно вновь обновлено, и это в значительной мере новая книга. При сохранении структуры глав авторы постарались более четко и строго изложить многие общие и частные положения современных взглядов, а в отдельных местах – и представить более свежие подходы. Состав авторов национального руководства в значительной мере совпадает с авторским коллективом фонда Клинических рекомендаций Федерации анестезиологов и реаниматологов России. Поэтому достигнуто единство принципиальных позиций. Все предложенные рекомендации прошли этап независимого рецензирования. По сравнению с предыдущими изданиями полностью пересмотрены содержание и состав разделов книги, обновлены и переработаны все рекомендации по диагностике и лечению. В руководстве изложены основные принципы организации неотложной медицинской помощи в многопрофильных лечебных учреждениях с позиции современной мировой практики, представлены рекомендации по общим и частным



вопросам интенсивной терапии, дана оценка эффективности различных мероприятий с точки зрения доказательной медицины.

Обновился и выпуск национального руководства по детской стоматологии, который имеется в фонде библиотеки в издании 2010 года.

Детская терапевтическая стоматология : нац. рук. / под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 952 с. – (Национальные руководства). Теперь это дополненное и усовершенствованное его авторами издание в соответствии с развитием специальности и новыми предложениями врачей-стоматологов. Книга содержит большое количество иллюстраций, описание технологий, фармакологический справочник и приложения. Предназначено врачам-стоматологам и клиническим ординаторам.

Фонды библиотеки пополнились и двумя впервые вышедшими выпусками национальных руководств:

Реабилитация инвалидов : нац. рук. / под ред. Г.Н. Пономаренко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 736 с. : ил. – (Национальные руководства). Руководство разработано на основе анализа отечественного и международного опыта по различным направлениям реабилитации инвалидов. Оно содержит информацию о теоретических, методологических, методических, организационных и правовых основах системы комплексной реабилитации. Особое внимание уделено технологиям и техническим средствам реабилитации и абилитации в рамках реализации государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы. Книга будет интересна врачам по медико-социальной экспертизе, врачам-реабилитологам, а также ординаторам и аспирантам.

Дентальная имплантация : нац. рук. / ЦНИИС и ЧЛХ ; под ред. А.А. Кулакова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с. – (Национальные руководства). Первое издание по дентальной имплантации содержит современную и актуальную информацию об организации стоматологической хирургической помощи, методах диагностики, планирования и лечения пациентов с отсутствием зубов. В руководстве подробно описаны все этапы подготовки пациентов к имплантации, проведения хирургического и ортопедического лечения, рассмотрены вопросы анестезиологического обеспечения, организации, диспансеризации и коррекции осложнений. Представлена вся основная информация, необходимая врачу для непрерывного последипломного образования. В книге в равной степени уделено внимание профилактике, диагностике, фармакотерапии и немедикаментозным методам лечения. Издание будет полезно стоматологам-ортопедам.

Предлагаем всем заинтересованным лицам посетить научную библиотеку и ознакомиться с новыми изданиями.

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

Авторы книги – итальянские и российские ученые, предлагающие свою «дорожную карту» по написанию и оформлению научной статьи. В ней представлены международные стандарты

Советы эксперта

Шикарные волосы – это прекрасно, но только в том случае, если речь идёт о голове. Бритва давно не в почёте. Что же выбрать?

О плюсах и минусах разных методов эпиляции и о том, как выбрать лучший способ удаления волос.

Механическое удаление волос воском или сахарной пастой

Воск или шугаринг – это виды механической эпиляции, которая подразумевает выдёргивание волоса с корнем. После его удаления фолликул остаётся невредимым, поэтому через несколько недель после процедуры рост волос возобновляется.

Механическая эпиляция доступна по цене. Но главное её преимущество – достаточно длительное отсутствие роста волос (2–3 недели по сравнению с 1–2 днями при бритье).

Но у механического удаления волос есть три важных недостатка: приходится ждать, пока волосы достигнут определённой длины; повышается вероятность появления вросших волос, что может привести к воспалению; процедура выдёргивания волос достаточно болезненна.

Крем, замедляющий рост волос

Косметические средства, способные замедлить рост волос, содержат эфлорнитин. Он препятствует образованию вещества, которое стимулирует рост волоса фолликула. Примерно через 6–8 недель регулярного использования крема с эфлорнитинем количество волос и их толщина могут значительно уменьшиться. Конечный эффект зависит от типа волос на участках, где использовался крем. Если волоски относительно тонкие или светлые, крем может создать визуальный эффект полного удаления волос. Если же волоски тёмные и толстые, крем может быть хорошим дополнением к другому методу эпиляции. Волосы становятся более тонкими и редкими, поэтому риск раздражения и появления вросших волос после механической эпиляции значительно снижается. Основным недостатком кремов для замедления роста волос – необходимость частого и регулярного применения. Примерно через 8 недель после прекращения использования средства с эфлорнитинем волосы начинают расти как прежде.

Электроэпиляция

Один из методов, позволяющий удалить волосы навсегда. Суть данного способа состоит в разрушении волоса фолликулов либо при помощи электрического тока (электролиз), либо при помощи нагревания (термолиз). По сравнению с другими способами, электроэпиляция – очень медленная и трудоёмкая процедура. Для удаления волос на больших участках кожи может потребоваться много времени и весьма дорогие сеансы.

Для того чтобы электроэпиляция была эффективной, обрабатываемый волос должен находиться в фазе активного роста. Поэтому за

1–5 дней перед каждым сеансом рекомендуется сбривать волосы на обрабатываемом участке. В фазе активного роста постоянно находится только часть волос. Поэтому для окончательного удаления всех волос на одном участке кожи необходимо несколько сеансов электроэпиляции с интервалом в 1 месяц. У этого метода есть свои недостатки. В течение 1–2 недель после электроэпиляции обработанный участок кожи выглядит покрасневшим. Возможно также небольшое воспаление и формирование корок. Кроме того, некоторые люди предрасположены к появлению гиперпигментаций на коже даже после незначительного травмирования, и это может сохраняться несколько месяцев.

Фотозэпиляция

Принцип работы также заключается в разрушении волоса фолликула путём его нагревания. Это происходит за счёт поглощения света с определённой длиной волны. Свет поглощается особым пигментом волос – меланином. Поэтому чем темнее волосы (чем больше в них пигмента), тем эффективнее фотозэпиляция. Хуже всего поддаются процедуре светлые волосы, особенно если кожа темнее волос. Людям с загоревшей или с тёмной кожей делать фотозэпиляцию противопоказано. В их коже содержится большое количество меланина, из-за чего могут появиться ожоги и рубцы. Да и процедура для таких людей, как правило, малоэффективна.

Сразу после фотозэпиляции все волосы в обработанной области выпадают, рост прекращается на несколько месяцев. Потом волосы отрастают снова, но становятся более редкими и тонкими. Как минимум за 6 недель до фотозэпиляции не рекомендуется выдёргивать волосы. Фотозэпиляция менее болезненна и длится намного меньше, чем электроэпиляция, но стоит дороже. При правильном выполнении процедуры побочные эффекты возникают относительно редко. Возможные проблемы могут включать ожоги, сыпь, появление светлых или тёмных пятен, вросших волос, рост седых волос на обработанном участке, усиление роста пушковых волос. После фотозэпиляции в области подмышек может появиться повышенная потливость. У этого метода есть важное преимущество – омоложение кожи. Оно достигается за счёт стимуляции интенсивной выработки коллагена во время процедуры.

Лазерная эпиляция

Принцип воздействия на волосы тот же, но с помощью лазера. Чем отличается? Большим сроком результата: растительность можно убирать навсегда. Это произойдёт в случае полного намороза цвета кожи и цвета волос (например,



светлые волосы на тёмной коже). Лазер убивает те волоски, которые находятся в фазе роста. Поэтому кабинет специалиста придётся посетить несколько раз – должны проснуться все спящие волосные луковицы. Одним из распространённых видов лазерной эпиляции является диодная – наиболее долгосрочная и эффективная. Процедура проводится не чаще 1 раза в месяц, количество процедур от 4 до 12.

Помните о том, что у различных методов существуют противопоказания:

- Сахарный диабет
- Чрезмерное расширение сосудов в месте проведения процедуры (варикоз)
- Гипертония и другие заболевания сердечно-сосудистой системы
- Острые формы заболеваний герпесом
- Наличие инфекционных заболеваний
- Воспалительные процессы на коже
- Все стадии беременности

Что нужно делать перед процедурой и после

До процедуры

За 4 недели. Не отбеливайте и не удаляйте волосы любыми способами, кроме бритья.

За 2 недели. Не загорайте и используйте солнцезащитный крем с SPF 30+.

В день эпиляции. Приходите с чистой кожей, без кремов и дезодорантов.

После процедуры

В течение 12 часов исключите использование дезодоранта.

В течение 24 часов не занимайтесь физическими нагрузками и воздержитесь от горячего душа.

В течение 3 дней. Нежелательно ходить в баню, сауну и спа.

В течение 2 недель не загорайте и используйте кремы и косметические средства с уровнем SPF 30+.

Нет, я не утверждаю, что ваши ноги должны быть всегда гладкими, как в рекламе. Вроде уже все определились с тем, оставлять волосы на теле или нет. Это сознательный выбор взрослого человека. Но если вас всё же беспокоят волосы, заставляют чувствовать себя неуверенно в обществе, мешают думать о более важных вещах, чем бритвы, шугаринг, депиляция и воск, – есть способ избавиться от них навсегда с помощью лазерной эпиляции.

М.В. Щёткина,
заведующая кафедрой дерматовенерологии
и косметологии, к.м.н.

Мечты сбываются

Елена Вадимовна Хандобина с детства знала, что будет работать в больнице, лечить людей и способствовать их скорейшему выздоровлению. Еще школьницей охотно помогала бабушке, работавшей медицинской сестрой, а с 12 лет даже делала под ее наблюдением уколы. Правда, после окончания школы поступить в институт не удалось, поэтому пошла в Хабаровское медицинское училище, которое благополучно окончила в 1982 году.

После окончания училища по распределению Елена Вадимовна была направлена в реанимационное отделение больницы скорой медицинской помощи. Работа в реанимации много дала ей как в духовном, так и в профессиональном отношении.

«Это стало настоящей профессиональной школой, — вспоминает Елена Вадимовна. — Я работала операционной сестрой. Тяжелые травмы, пограничные состояния (между жизнью и смертью), слезы больных и их близких — всё самое страшное, что может случиться с человеком, происходит в реанимационном отделении. Я приобрела там такой огромный опыт, который выручает по сей день».

В работе ей нравилось всё, а самое главное — ощущение своей причастности к выздоровлению тяжелых пациентов. Были близки и понятны их чувства — страх, одиночество, боль, неизвестность, и это придавало ей уверенности в общении с больными.

Елена Вадимовна вышла замуж, родила прекрасного малыша, но семейная жизнь не сложилась, и она осталась одна с маленьким сынишкой на руках.

Мечта о получении высшего медицинского образования не покидала ее никогда. В 2000 году Елена поступила на вечернее отделение факультета высшего сестринского образования ДВГМУ. Днем работа, вечером учеба, малень-

кий ребенок, дела по дому. При этом умудрялась работать на двух работах (по выходным дежурила в доме-интернате). Но несмотря на все трудности, давнюю мечту осуществила, и в 2005 году получила диплом о высшем сестринском образовании. В 2006 году Елена Вадимовна перешла в детскую поликлинику № 17, где работает по настоящее время. Начала медицинской сестрой участковой, затем стала старшей медицинской сестрой педиатрического отделения, а с 2010 года — главной медицинской сестрой поликлиники № 17.

Елена Вадимовна — прекрасный работник, с хорошими организаторскими способностями. Добрый и отзывчивый человек, сильная женщина, много сил и энергии отдает любимому делу, сыну и своим родным. Ее отличительными чертами являются работоспособность, душевная чуткость, сострадание и сопереживание.

Несмотря на большой объем работы, после прохождения первичной специализации по функциональной диагностике успешно совмещает работу в качестве медицинской сестры ЭКГ. Сегодня она имеет первую квалификационную категорию по специальности «Организация сестринского дела» и высшую категорию по специальности «Сестринское дело». Всегда образцово выполняющая свои профессиональные обязанности, она не только словом, но и делом помогает становлению молодого поколения

медицинских сестер. В течение шести лет Елена Вадимовна является основным руководителем практики студентов медицинского колледжа, членом комиссии по приему государственных экзаменов у студентов КГБПОУ «Хабаровский государственный медицинский колледж». В 2017 году была председателем экзаменационной комиссии по приему квалификационных экзаменов у студентов по специальности «Сестринское дело».

За добросовестный труд неоднократно награждалась почетными грамотами, награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отмечена званием «Ветеран труда».

2018 год для Елены Вадимовны был знаменательным. Во-первых, она стала лауреатом краевого конкурса «Признание» в номинации «Лучший средний медицинский работник Хабаровского края» в разделе «Лучшая главная (старшая) медицинская сестра», во-вторых, отметила свой юбилей.

Медицинская сестра — это больше, чем профессия, это образ жизни.

И.К. Наприенко,
старшая медицинская сестра ПНДО № 2,
КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница»

• ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛАРОВ МАРТА •

АСТАФЬЕВА
Владимира Александровича
ДОБРОВОЛЬСКУЮ
Галину Владимировну
СОКОЛОВУ
Людмилу Михайловну
СТЕКОВУ
Елену Борисовну
РЫБАК
Аллу Яковлевну

• ВЫРАЖАЕМ БЛАГОДАРНОСТЬ •



25–26 февраля 2019 года в лекционном зале ИПКСЗ прошла научно-практическая конференция «Клинико-образовательный комплекс Stroke».

Эта образовательная программа предназначена для специалистов мультидисциплинарных бригад региональных сосудистых центров, первичных сосудистых отделений и направлена на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями. В конференции приняли участие более 200 специалистов региональных сосудистых центров, первичных сосудистых отделений и врачей амбулаторно-поликлинического звена. Учитывая высокий уровень проведения мероприятия, его организаторы д.м.н., профессор, главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, профессор РНИМУ им. Н.И. Пирогова, председатель президиума Союза реабилитологов России Г.И. Иванова и директор НИИ ЦВПИИ РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н., профессор Л.В. Стаховская направили благодарность ректору ИПКСЗ Г.В. Чижовой и сотрудникам института, принимавшим непосредственное участие в обеспечении работы конференции.

Ежемесячное информ. издание «Alma Mater»
Учредитель: ученый совет ИПКСЗ
Гл. редактор: д.м.н., профессор В.Е. Воловик
Ответственный секретарь: В.Н. Лебедев

Дизайн, верстка: О.Ф. Вальченко
Фото: Н.З. Шелепенко
Тираж 56 экз.
Отпечатано: редакционно-изд. центр ИПКСЗ

Адрес редакции:
680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9
Тел. / факс: 72-87-15, 27-25-10
• E-mail: rec@ipkskz.khv.ru