



Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 5 (173)
6 мая 2019 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.

*Нет величия там,
где нет простоты,
добра и правды.*

Л.Н. Толстой

Спасибо за мирное небо

9 Мая

**С Днем Великой
Победы!**



Коллаж по фото с сайтов:
www.kaluga24tv.ru, www.moscowexp.ru

Подвиг медиков в годы Великой Отечественной войны

Великая Отечественная война, которая была основным фронтом Второй мировой войны, унесшей десятки миллионов жизней, отразилась на истории всего мира и стала самым крупным вооруженным столкновением всех времен и народов. В ней принимали участие практически все жители нашей страны, кто-то воевал и участвовал в жестоких и кровопролитных сражениях с беспощадным и многочисленным врагом. А кто-то не покладая рук работал в тылу, создавая новую боевую технику, боеприпасы и оружие, производя продовольствие и отправляя всё необходимое на передовую, не оставляя себе практически ничего.

Но, пожалуй, никто не сможет поспорить с тем, что военные медики были в особом положении, ведь им приходилось постоянно находиться в самой гуще сражений для того, чтобы выносить на себе тяжелораненых бойцов, не способных самостоятельно передвигаться. И после всего этого они, зачастую под шквальным огнем и не имея достаточного количества медикаментов, проводили сложнейшие операции по спасению жизни солдат и офицеров. Более того, количество пострадавших и нуждающихся в неотложной помощи было так велико, что врачам и медсестрам приходилось работать без передышки по несколько суток подряд.

Очень распространенным явлением среди медицинского персонала были голодные обмороки, и случались они не потому, что есть было нечего, а из-за того, что врач или медсестра не могла отвлечься ни на секунду.

Хрупкие молодые девушки в одиночку вытаскивали на себе с поля боя взрослых и крупных солдат в полном обмундировании. За час одна медсестра эвакуировала таким образом 5–6 бойцов, а затем, не отдыхая, приступала к перевязкам и оказанию помощи тем, кто смог сам добраться до медицинского пункта подразделения.

Особенно тяжело приходилось медицинскому персоналу в 1941 году, когда Советская армия несла самые большие потери. В то время огромное количество врачей и младшего медицинского персонала имели очень небольшое представление о том, как быстро и эффективно действовать в условиях войны. Отдельно стоит отметить низкую обеспеченность медиков необходимыми инструментами, медикаментами, оборудованием и даже формой, которая мгновенно пропитывалась кровью раненых. Многие медицинские сестры добровольно отдавали собственную кровь, спасая тем самым сотни жизней. Например, Лидия Савченко была награждена медалью им. Флоренс Нитингейл за то, что более 30 раз становилась донором крови за промежутки всего в несколько месяцев.



Стоит также отметить, что медицинская военная служба как таковая была сформирована не сразу, однако самоотверженные медицинские специалисты из городов и деревень самостоятельно брали инициативу в свои руки и оказывали помощь самым первым многочисленным жертвам вторжения войск фашистской Германии.

В годы войны на фронте трудилось более 700 тысяч медицинских работников. Около 100 тысяч погибли. Но несмотря на опасность, они никогда не сдавались, не отступали перед трудностями, а в экстремальных ситуациях только железная воля и чувство долга помогали им вытаскивать сотни людей буквально с того света и вновь возвращать на поле сражения.

Интересным моментом является и то, что непосредственно в полевых госпиталях врачи разрабатывали и применяли на практике совершенно новые, более прогрессивные технологии лечения, которые приносили ощутимые плоды и помогали многим тяжело раненым воинам гораздо раньше вернуться в строй и практически полностью избавиться от последствий полученных ранений.

Конечно же, в ходе войны, особенно после начала контрнаступления советских войск, качество и возможности военно-медицинского персонала серьезно улучшились. Очень важной задачей было максимально быстро возвращать раненых солдат и офицеров в войска, и медикам было предоставлено для этого всё необходимое. Следует отметить, что война воспитала огромное количество настоящих профессионалов своего дела, обладающих стальными нервами и способными мгновенно справиться с самыми сложными проблемами. Они добились поразительных результатов, и за весь период войны благодаря медицинским работникам в строй вернулось около 72 % раненых военнослужащих и 90 % больных.

Эти показатели ярко демонстрируют профессионализм и невероятную самоотдачу советских медиков, умевших выполнять свой долг даже в самых сложных и смертельно опасных обстоятельствах.

Особую дань уважения стоит отдать выдающимся специалистам, занимавшимся организацией медицинского обеспечения всей армии и постоянно работавшим на благо страны. Это главный хирург Советской армии Н.Н. Бурденко, который был крупнейшим организатором хирургической помощи раненым. Также широко известен отечественный полевой хирург, ученый, профессор Н.Н. Еланский, который внес неоценимый вклад в развитие как военно-полевой хирургии, так и хирургической науки в целом. Его имя стоит в ряду наиболее выдающихся деятелей отечественной медицины страны. Неоспоримым вкладом Еланского в организацию хирургической помощи стала разработка хирургической сортировки и эвакуации. В.Н. Шамов был одним из создателей системы службы крови в действующей армии. В годы войны впервые были организованы передвижные станции переливания крови на всех фронтах. Георгий Андреевич Митерев возглавлял наркомат здравоохранения СССР. Являясь уполномоченным Государственного Комитета Обороны, он выполнил колоссальный объем работы по координации медицинского обеспечения фронта и тыла. Основная заслуга создания действующей системы оказания медицинской помощи в годы войны принадлежит начальнику Главного военно-санитарного управления Красной армии Я.И. Смирнову – блестящему теоретику и практику отечественной медицины, выпускнику Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

• СЛАГАЕМЫЕ ПОБЕДЫ •

Также нужно вспомнить главного терапевта ВМФ Александра Леонидовича Мясникова, главного хирурга ВМФ Юстина Юлиановича Дженделадзе и многих других руководителей. Именно благодаря их самоотверженной работе и вниманию к мельчайшим деталям тысячи врачей на фронте получали необходимые медикаменты и имели возможность справляться с огромным объемом работы.

Отдельно стоит отметить огромный вклад женщин-медиков, которые несмотря на все ужасы войны не опускали руки и спасали жизни. Героини Советского Союза стали Гнорская Валерия Осиповна, Кашеева Вера Сергеевна, Константинова Ксения Семеновна, Кравец Людмила Степановна, Самсонова Зинаида Александровна, Троян Надежда Викторовна, Шкареветова Мария Савельевна, Пушина Фаина Андреевна, Цуканова Мария Никитична, Щербаченко Мария Захаровна и многие другие.

Конечно же, каждый медицинский работник, отважно сражавшийся за жизнь солдат во времена Великой Отечественной войны, заслуживает глубокого уважения и почтения, ведь, выполняя свой долг, они внесли огромный вклад в общую победу Советской армии и всего народа в целом. Многие из них отдали собственную жизнь ради будущей жизни своей страны. Ангелы-хранители простых солдат и офицеров, невидимые герои войны, они выполняли свою работу от начала и до конца, даже если им угрожала опасность.

Великая Отечественная война стала большим испытанием для народов всех стран, но самый тяжёлый удар пришёлся на нашу Родину. Эта война мобилизовала все силы – физические и духовные.

Многие медицинские технологии были разработаны и внедрены в этот период. Множество новых лекарственных средств и сильных препаратов помогали людям выздороветь и продолжать борьбу за свободу, независимость, да и саму жизнь своих родных и близких. Закалились в боях войны. Рядом с ними всегда были люди в белых халатах, готовые прийти на помощь. Тысячи медсанбатов находились практически на передовой, для оказания экстренной медицинской помощи, когда жизнь человека зависела от быстроты оказания этой помощи и речь шла о минутах и даже секундах. Миллионы солдат и офицеров обязаны врачам и медсестрам своей жизнью. Это была их работа. И она была подвигом, который вечно останется в памяти не только тех, кто воевал, но и тех, ради кого он вершился.

www.applied-research.ru

(Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований)
Автор С.С. Тараненко

• НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ». ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ •

Россия на 95-м месте в рейтинге здоровья стран мира: кто виноват и что делать?

Уровень здоровья населения России оценивается как очень низкий. Об этом свидетельствуют данные ежегодного рейтинга здоровья стран мира (Healthiest Country Index), составленного агентством Bloomberg. Наша страна оказалась всего лишь на 95-м месте, между Кабо-Верде и Вануату. В чём основная причина нездоровья россиян, сможем ли мы улучшить свои позиции, делая упор на профилактику неинфекционных заболеваний и увеличение доступности медпомощи?

Критерии рейтинга

В рейтинг здоровья Bloomberg вошли 169 стран мира с населением не менее 300 тысяч человек. Самыми здоровыми странами оказались Испания (1-е место), Италия, Исландия, Япония, Швейцария, Швеция, Австралия, Сингапур, Норвегия и Израиль. Россия же заняла только 95-ю строчку. Аналитики учитывали показатели рождаемости, ожидаемой продолжительности жизни, распространённости факторов риска смерти: курения, ожирения, вероятности передозировки наркотиков, наряду с доступом к чистой воде и наличием санитарных условий.

И если с чистой водой и санитарией у России всё в порядке, то распространённость, к примеру, неинфекционных заболеваний настораживает российских экспертов в области здравоохранения, как и проблема неравномерной доступности медицинской помощи.

Лидируют неинфекционные заболевания

Текущая динамика распространения НИЗ характерна для эпохи эпидемиологического перехода. По словам руководителя отдела

эпидемиологии неинфекционных заболеваний ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России Светланы Шальной, «в 20-м веке неинфекционные заболевания (НИЗ) вышли на первое место по структуре смертности, вместо инфекционных заболеваний. В 21-м веке эпидемия НИЗ продолжается. Это основная причина смерти сегодня, завтра и послезавтра».

Каждый год от НИЗ умирает 41 млн человек (71 % всех случаев смерти в мире), по данным ВОЗ. Из них более 16 млн – в возрасте 30–69 лет, и свыше 85 % этих преждевременных случаев смерти – в странах с низким и средним уровнем доходов.

В структуре смертности от НИЗ наибольшая доля приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – 17,9 млн человек ежегодно. За ними следуют онкологические заболевания (9 млн случаев), респираторные заболевания (3,9 млн случаев) и диабет (1,6 млн случаев).

Факторы риска развития этих заболеваний носят поведенческий характер: низкий уровень физической активности, курение, нездоровая диета и чрезмерное употребление алкоголя. Они же отвечают за развитие



артериальной гипертонии, ожирение, повышенное содержание в крови глюкозы и липидов.

ВОЗ разработала глобальный план по профилактике и контролю НИЗ. Его задачи – повысить приоритетность профилактики, снизить влияние модифицированных факторов риска, укрепить и переориентировать систему здравоохранения для профилактики НИЗ, а также поддерживать национальный потенциал проведения высококачественной научно-исследовательской деятельности.

Российская статистика

Структура смертности от всех заболеваний меняется и в России. На XIII Национальном конгрессе терапевтов, проходившем в ноябре 2018 года в Москве, Светлана Шальнова привела следующие данные: уровень ССЗ в 2017 году насчитывал 47 %. Смертность от ССЗ в 2017 году составила 587 человек на 100 тысяч населения. И хотя этот показатель снижается, заболеваемость, наоборот, растёт. Также есть тенденция к снижению смертности от злокачественных новообразований (ЗНО), при том, что заболеваемость ЗНО за последнее десятилетие увеличилась на 4,6 %. Динамика смертности от ССЗ и ЗНО стремится к соединению, в последнее время есть тенденция выхода на первое место онкологических заболеваний. В некоторых странах Европы этот перекрёст уже произошёл.

И хотя по некоторым нозологиям, например рак лёгких у мужчин, смертность снижается, в возрастных группах 35–64 года рак выходит на первое место по смертности и у мужчин, и у женщин. Возросла заболеваемость раком предстательной и молочной желез. Но факторы риска, вызвавшие этот рост, относятся к предотвратимым.

Динамика факторов риска

За последние 20 лет выросло число случаев артериальной гипертонии. При этом уровень контролируемости заболевания остаётся недостаточным, к примеру, у мужчин при приёме препаратов его достигают только 14 %.

Мужчины также попали в группу риска в связи с ростом ожирения. Регионами, где оно наиболее распространено, стали Воронеж, Тюмень, Кемерово – там же обнаружена и тенденция к высокой гипертонии. Что касается современных молодых женщин, то они, наоборот, имеют массу тела меньше, чем 30 лет назад, указала Светлана Шальнова. Тенденция к набору веса появляется у них только после 45 лет, но так было и раньше.

Гиперхолестеринемия в старшем возрасте отмечается у представителей обоих полов. По курению мужчины показали лучшие результаты: среди них распространённость этой вредной привычки уменьшается. Но среди женщин о пристрастии к табаку заявляют уже более 20 %. Самыми «курящими» регионами являются: Кемеровская, Амурская область, Приморский край и Томская область.

Пагубное пристрастие к алкоголю среди мужчин не изменилось (5,9 %), а среди молодых женщин выросло по сравнению с 2011 годом (2,1 %).

Увеличение никотиновой и алкогольной зависимости среди женщин – очень опасный дуэт, подчёркивает Светлана Шальнова, риск смерти при наличии этих факторов увеличивается в 4 раза.

Также эксперты отметили связь курения с нарушением питания. Те, кто не курит, употребляет больше творога, меньше колбас, красного мяса и соли.

В целом людей с невысоким риском наступления смерти, придерживающихся ЗОЖ, то есть не употребляющих алкоголь, некурящих, физически активных, достаточно правильно и здорово питающихся, оказалось всего 17 %, из них женщин вдвое больше, чем мужчин.

Работа над доступностью медпомощи

Профилактика НИЗ сегодня стала одной из важнейших стратегических задач здравоохранения. Об этом говорится в национальном проекте «Здравоохранение», призванном увеличить продолжительность жизни россиян (до 80 лет к 2030 году) и побудить население более ответственно относиться к своему здоровью. Но для успешной профилактики заболеваний необходимо повысить доступность медпомощи, особенно первичной. Об этом объявила на XIII Национальном конгрессе терапевтов главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, директор ГНИЦ профилактической медицины Оксана Драпкина.

Она рассказала о двухлетней работе терапевтической службы Минздрава России. Ежеквартально окружные внештатные терапевты анализируют данные о динамике смертности и актуальных проблемах, работу амбулаторно-поликлинической службы, сигнальные показатели, ежемесячно – данные по 10 историям болезни (обезличенно). Чаще всего обнаруживается отсутствие диспансерного наблюдения, сообщила Оксана Драпкина. Но одной аналитики недостаточно, поэтому проводятся рабочие визиты и выезды мультидисциплинарных бригад в проблемный регион. Статистические подтверждено, что смертность в регионах, где бывают такие бригады, снижается.

Над чем следует работать

Оксана Драпкина подчеркнула, что для эффективной работы врачей требуется разработать и внедрить клинические рекомендации, а также создать короткие алгоритмы обследования и терапии, позволяющие сохранить время врача и быстро определить план действий, в зависимости от риска, противопоказаний, с учётом контроля переносимости и эффективности. Также участковым врачам необходимо чёткое понимание, когда они могут вести пациента, а когда необходимо направить его к специалисту или на экстренную госпитализацию.

Увеличит возможности врачей развитие телемедицинских технологий, в том числе электронных карт. В большинстве регионов их пока нет, и участковые терапевты тратят много времени на оформление документов, отметила Оксана Драпкина. Кроме этого, она предложила переложить многие функции, касающиеся диспансерного наблюдения, на медсестёр.

Острой проблемой, не имеющей быстрого решения, является нехватка кадров. «Анализ ситуации в субъектах с минимальной и максимальной обеспеченностью врачами в 2017 году показал, что чем хуже кадровый состав, чем больше дефицит, тем выше смертность. Без врачей некому выполнять диспансерные и другие функции. В этой связи огромный потенциал есть у методов дистанционного мониторинга», – прокомментировала эту ситуацию Оксана Драпкина.

Профилактика НИЗ, безусловно, должна привести к увеличению продолжительности жизни, но уровень здоровья населения определяется в немалой степени ответственностью самих граждан за свое здоровье. Эти принципы заложены в национальной программе «Здравоохранение», и от ее успешной реализации, думается, зависит очень многое.

Перечень целей госпрограммы «Развитие здравоохранения» обновлен

Председатель правительства РФ Дмитрий Медведев утвердил изменения в государственной программе «Развитие здравоохранения». Скорректированы цели и ключевые показатели документа.

Утвержденные показатели существенно отличаются от индикаторов, установленных ранее. В прежнем варианте программы было запланировано снизить смертность населения в трудоспособном возрасте к 2024 году до 396 случаев на 100 тысяч населения, смертность от болезней системы кровообращения – до 510 случаев, от новообразований – до 186,2 случая на 100 тысяч населения. Показатель младенческой смертности должен был составить 5,8 случая на 1 тысячу родившихся живыми в 2018 году.

Основными целями обновленной программы названы: снижение к 2024 году смертности трудоспособного населения до 350 случаев на

100 тысяч населения; смертности от болезней системы кровообращения – до 450 случаев на 100 тысяч; смертности от новообразований, в том числе злокачественных, – до 185 случаев на 100 тысяч; младенческой смертности – до 4,5 случая на 1 тысячу родившихся живыми.

В прежней редакции программы целью № 1 было увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении (показатель должен был составить в 2024 году 75,8 года и 76 лет – в 2025 году). В новом документе эта задача уже не ставится. Неактуальным признан также показатель повышения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. В предыдущем варианте программы предусматривалось, что оказанной помощью будут довольны в 2024 году 51,9 %, а в 2025-м – 54 %.

В последний раз поправки в госпрограмму «Развитие здравоохранения» вносились в январе 2019 года. Она была дополнена рядом правил, касающихся предоставления субсидий на реализацию федеральных проектов в рамках нацпроекта «Здравоохранение».

www.medvestnik.ru

Автор Татьяна Бескаравайная

У регионов имеется ресурс для снижения смертности

Смертность выросла в 2018 году в 32 регионах России, численность населения уменьшилась на 99,7 тысячи человек. Об этом сообщила вице-премьер Татьяна Голикова на правительственном часе в Госдуме 3 апреля текущего года.

«Чтобы обеспечить с 2019 года быстрый рост продолжительности жизни, нам необходимо опережающими темпами добиться снижения смертности», – указала она и отметила, что возможности обеспечить естественный рост населения за счет стимулирования рождаемости ограничены, поскольку число женщин репродуктивного возраста снижается и в настоящее время не превышает 35 млн человек.

В связи с этим вице-премьер обратилась к депутатам с просьбой отслеживать работу регионов в вопросе показателей смертности. По ее словам, субъекты РФ крайне неохотно устанавливают плановые значения или планируют снижение смертности в минимальных пределах – на пару десятых пункта за 6 лет, несмотря на то что необходимые ресурсы в регионах имеются.

«Поэтому по итогам форума в Сочи председателем правительства даны рекомендации субъектам до 1 мая 2019 года установить плановые показатели общей смертности населения в своих региональных проектах и согласовать их значения с Министерством здравоохранения», – подчеркнула Татьяна Голикова.

Она добавила, что смертность сельских жителей в России на 14 % выше, чем городских, они живут почти на два года меньше. Для повышения уровня получения медицинской помощи на селе и обеспечения медпомощью всех населенных пунктов в 2019 году будут введены в эксплуатацию

дополнительно 350 фельдшерско-акушерских пунктов в 60 субъектах РФ, а в 2020 году будут заменены еще 1200 пунктов с высокой степенью износа, напомнила вице-премьер.

Выступавший вслед за вице-премьером аудитор Счетной палаты Михаил Мень обратил внимание депутатов, что все расходы на национальные проекты планируются в номинальном выражении. А с учетом инфляции получается, что за предыдущие 6 лет на здравоохранение, например, по всем источникам бюджета было истрачено 17,3 трлн рублей. И в номинальном выражении это был рост, но в реальном исчислении произошло сокращение на 2,5 %. Похожая картина в образовании, отметил выступавший, и «при таком объеме финансирования достичь прорыва в этих сферах будет трудно».

При обсуждении проблемы бедности, которую за шесть лет предполагается снизить в два раза, отмечено, что из 19,3 млн бедных за социальной поддержкой в 2018 году обратились лишь 4,2 млн человек. В этой связи насущной необходимостью является оперативное изучение проблемы для понимания «истинных причин» бедности и категорий граждан, получивших право на социальную поддержку.



До Европы далеко: что мешает обеспечивать Россию передовыми лекарствами

В 2018 году в России зафиксировано сокращение числа разрешений на проведение клинических исследований (КИ) лекарственных препаратов, следует из данных официальной статистики. Причем сокращение коснулось как иностранных производителей, которые хотят вывести свою продукцию на российский рынок, так и отечественных игроков.

Говорить о том, что России угрожает серьезный дефицит современных лекарственных препаратов, пока рано, успокаивают эксперты. Временный спад, по их словам, во многом связан с тем, что фармацевтические компании получили достаточно много разрешений в предыдущие годы, а сами исследования – длительный процесс. Однако, как считают игроки отрасли, до европейского уровня обеспеченности лекарствами нам пока далеко, поскольку для регистрации в России новых препаратов фармкомпании вынуждены преодолевать целый ряд сложностей.

Голые цифры

По данным Реестра выданных разрешений на проведение клинических исследований лекарственных препаратов (РКИ), общее число таких разрешений в 2018 году сократилось на 7 % по сравнению с 2017 годом – с 704 до 655. Негативная тенденция коснулась как исследований, проводимых российскими компаниями (в 2017 году было 303, в 2018 – 270), так и исследований, инициированных международными компаниями (401 в 2017 году, 385 в 2018 году), сообщили РБК Петербург в ГК ОСТ.

Еще сильнее сократился объем импорта лекарственных препаратов для проведения клинических исследований, сообщает RNC Pharma. По ее данным, в 2018 году в Россию было ввезено 565 наименований таких препаратов, на 18 %, или 124 позиции, меньше, чем в 2017 году. В натуральном объеме импорт препаратов для клинических исследований за этот же срок уменьшился более чем вдвое, до 714 тысяч упаковок. В то же время в денежном выражении объем увеличился на 6,7 %, до 18,6 млрд рублей (в ценах выпуска в свободное обращение).

Естественные всплески

Пока говорить о том, что негативный тренд имеет устойчивый характер, не приходится, полагает Николай Беспалов, директор по развитию аналитической компании RNC Pharma. «О тренде говорить рано, не думаю, что мы реально стоим на пороге какой-то критической ситуации. Можно говорить о некоторой корректировке вниз в рамках нормального цикла», – говорит эксперт.

По его словам, оригинальных препаратов каждый год появляется относительно немного, а периодичность появления дженериков связана со сроками патентной защиты. К тому же в России несколько лет назад

наблюдался рост числа регистраций препаратов-дженериков, что было вызвано временным упрощением порядка регистрации, поясняет Беспалов.

О том, что для сферы клинических исследований характерна цикличность, говорит и директор научно-исследовательского центра «Герофарм» Роман Драй. По его словам, пики исследований, инициированных российскими компаниями, наблюдались в 2012-м и 2016 годах. «В первом случае это можно связать с принятием новых регуляторных требований в 2010 году, которые появились благодаря государственной программе «Фарма 2020». Второй пик обусловлен тем, что те препараты, которые начали разрабатываться российскими компаниями после принятия программы, пройдя этапы фармацевтической разработки и доклинических исследований, как раз тогда достигли этапа клинических исследований», – говорит Роман Драй. «Герофарм» в 2017 году получил два разрешения на проведение КИ, в 2018 году – три. Всего в 2018 году производитель провел семь исследований, поскольку разрешения на них были получены ранее.

Еще одна «естественная» причина сокращения числа разрешений на КИ в 2018 году – длительность таких исследований, поясняет Николай Беспалов. Есть препараты, для которых этот процесс занимает несколько лет, и выдача разрешения – стартовая точка этого процесса. «Значительное число исследований, которые стартовали несколько лет назад, сейчас ведутся параллельно со стартом новых», – рассказывает Беспалов.

Об этом же говорят в компании BIOCAD, которая за 2018 год получила 13 разрешений на проведение КИ, а годом ранее – 18. «Разницу в числе исследований нельзя назвать сокращением. Их число обусловлено планами компании по созданию новых препаратов и стадиями их разработки», – говорит Екатерина Докукина, директор департамента клинических исследований BIOCAD.

Хорошие пациенты

Главные преимущества России как площадки для КИ – выгодный курс доллара и готовность пациентов участвовать в исследованиях, считает Дмитрий Шаров, президент группы компаний ОСТ (в 2018 году провела 40 исследований).

«Российские врачи и пациенты мотивированы на участие в клинических исследованиях, поскольку для них это возможность получения доступа к инновационной терапии и диагностике заболевания. Это отличает нас от других стран, где система страхового лекарственного обеспечения во многом покрывает расходы на инновационную терапию», – говорит Ольга Ларионова, руководитель департамента клинических исследований «Санофи» российско-евразийского кластера. Таким образом, гражданам развитых стран, в отличие от россиян, нет смысла испытывать на себе новые лекарства.

Еще одной отличительной особенностью России Ольга Ларионова называет то, что пациенты здесь строго соблюдают все процедуры и требования исследования от начала и до самого его окончания, что характерно далеко не для всех стран.

Проволочки и стереотипы

Однако эксперты и представители фармкомпаний указывают на ряд обстоятельств, которые замедляют выход на российский рынок продукции иностранных фармакологических компаний. Как считает Роман Драй,



• НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ». ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ •

сокращение числа выданных разрешений на проведение КИ во многом связано с тем, что в последние годы уменьшается число международных многоцентровых клинических исследований и исследований биоэквивалентности (один из двух типов исследований дженериков), спонсорами которых в основном являются иностранные фармкомпании. «Причин тому несколько: во-первых, западные компании в меньшей степени стремятся выходить с продажами на российский рынок из-за регуляторных барьеров. Во-вторых, существует стереотипное мнение, что клинические исследования в России не могут быть проведены на должном уровне, что не соответствует действительности», — объясняет он.

В компании Bayer (в рецептурном сегменте ведет деятельность по 20 протоколам КИ) основной сложностью российского рынка называют длительные сроки утверждения клинических исследований. «Сегодня объем исследований в России сопоставим с показателями компании Bayer в Китае. Мы также видим потенциал проведения исследований на

более ранних этапах — 1 и 2 фазы. Однако в России период утверждения клинических исследований значительно дольше, чем, например, в европейских странах», — говорит Ксения Теплова-Барейша, руководитель направления клинических исследований дивизиона Pharmaceuticals компании Bayer.

Так как на ранних фазах исследований скорость имеет существенное значение, это служит барьером для включения России в список стран для проведения исследований по тому или иному препарату, добавляет эксперт. «Чтобы российские пациенты имели такой же уровень доступа к самым современным препаратам, как и пациенты в других странах, необходимо обеспечить стабильную среду для развития инновационного потенциала российского фармацевтического рынка», — подчеркивает Ксения Теплова-Барейша.

www.rbc.ru

Автор Елена Домброва

Минпромторг предлагает установить в нацпроекте требование к доле отечественного медоборудования

Минпромторг РФ представил доклад о своей работе в 2018 году и планах на 2019 год, в частности, в сфере импортозамещения на рынке медицинских изделий и оборудования. В 2018 году доля отечественных производителей на рынке выросла на 8,3 % — до 62,3 млрд рублей, однако по-прежнему лидирует импортная продукция. Изменить ситуацию, считают в ведомстве, может реализация нацпроекта «Здравоохранение», благодаря которому доля российских медизделий может увеличиться с 23 до 39 % к 2024 году.

Как указывают авторы доклада, для этого необходимо установить требование к закупкам субъектов по нацпроекту: не менее 50 % затрат должно приходиться на отечественное оборудование. «Предварительный расчет показал, что при условии надлежащего исполнения государственными заказчиками требований постановления Правительства РФ от 5 февраля 2015 года № 102 (правило «Третий лишний». — Vademecum), нацпроект позволит поддержать рост доли отечественных медицинских изделий в условиях растущего рынка», — говорится в отчете Минпромторга.

По данным ведомства, нацпроект «Здравоохранение» предполагает выделение с 2018-го по 2024 год более 290 млрд рублей на дооснащение и переоснащение медорганизаций, что «повлечет существенный рост российского рынка медицинских изделий». В общей сложности на реализацию нацпроекта, включающую также и капитальное строительство, планируется направить 1,7 трлн рублей.

Минздрав РФ уже рекомендовал закупать медицинские изделия и оборудование отечественных производителей при «эквивалентных технологических характеристиках» по двум программам нацпроекта — борьба с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова не исключала возможности предоставления преференций российским предприятиям.

В 2018 году объем российского производства составил 62,3 млрд рублей, что на 8,3 % больше, чем в 2017 году. При этом объем рынка Минпромторгом оценивается в 265,6 млрд рублей, соответственно, основную — 77 % — долю занимают иностранные производители.

Среди важных для импортозамещения проектов 2018 года Минпромторг выделил заключение специального инвестиционного контракта с компанией «Снабполимер Медицина» о строительстве завода по производству саморазрушающихся шприцев третьего поколения в городе Бор Нижегородской области. Проект предполагает инвестиции в размере 3 млрд рублей в течение 10 лет — с 2019-го по 2027 год. Еще один значимый проект — запуск компанией «Медтехсервис» в Иркутской области завода по производству глюкометров и тест-полосок. Объем инвестиций составил 470 млн рублей.

В августе 2019 года ведомство ожидает старт отечественного производства трех новых видов медицинских изделий для лечения сердечно-сосудистых заболеваний — аортального клапана, стент-ретривера для извлечения тромбов и аортального стент-графта. Инвестором проекта выступает новосибирская компания «Ангиолайн».

Также Минпромторг обещает в 2019 году утвердить стратегию развития медпрома до 2030 года. Проект стратегии появился еще в августе

2018 года. В документе обозначены отраслевые цели — обеспечить в России производство «критически важных видов медицинских изделий»; нарастить выпуск продукции в 3,5 раза; увеличить экспорт медизделий в десять раз к 2030 году по сравнению с 2017 годом; регистрировать новые медицинские изделия в количестве 100 единиц в год и так далее.

www.vademec.ru

Автор Дарья Шубина

Фото: retail-life.ru



Около трети медицинского оборудования в регионах простаивает

По данным региональных координаторов, в результате проблем с торгами простаивает около трети медицинского оборудования и транспорта. Об этом сообщил член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Николай Федорович Герасименко на заседании Общественного совета федерального проекта «Здоровое будущее» 25 февраля со ссылкой на итоги мониторинга реализации положений законодательства о закупках товаров, работ, услуг организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.



Участники заседания отметили простой медицинского оборудования и транспортных средств в связи с невозможностью оперативно провести расходы на закупку, ремонт и подключение оборудования из-за действующего лимита закупок у единственного поставщика в 100 тысяч рублей. О том, что в медучреждениях было невозможно оказание медицинской помощи, в результате чего пациенты пере-

направлялись в другие ЛПУ, сообщили 50 % участников опроса.

Среди проблем торгов отмечены также нередкие ситуации, когда в силу обстоятельств и прямого картельного сговора процедура закупки растягивается на месяцы.

Эксперты уточняют, что лимит в 100 тысяч рублей был установлен почти восемь лет назад, когда шла оптимизация здравоохранения. В результате оптимизации многие учреждения с самостоятельными площадями сейчас объединены в крупные больницы с огромными оборотами в сотни миллионов рублей, а лимит остался прежним. За это время указанная сумма обесценилась также за счет инфляции.

«Проблемы в оказании медицинской помощи, связанные с невозможностью оперативно провести закупки, отмечают более 70 % опрошенных руководителей медучреждений. От этого страдают пациенты, которые не могут получить своевременное лечение именно в данной конкретной больнице. Только четыре региона посчитали действующий лимит достаточным. Более половины координаторов высказались за увеличение лимита закупки до 400 тысяч рублей. Около 40 % предложили поднять этот порог до 1 млн рублей», – уточнил Николай Герасименко. По его словам, в ближайшее время Госдума рассмотрит законопроект об увеличении лимита закупок для ЛПУ.

www.medvestnik.ru

• ОБРАЗОВАНИЕ •

Обучение по программам ординатуры станет дискретным

Об изменении траектории образования медицинских специалистов заявил заместитель руководителя департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Артем Тарасенко на состоявшейся в Москве Международной научной конференции «Современные тенденции исследований в области пластической хирургии и эстетической медицины».

Обучение по программам ординатуры станет дискретным, то есть прерывистым, поэтапным, пояснил он. Соответствующие изменения в Федеральный закон «Об образовании в РФ» готовит Минздрав совместно с Министерством науки и высшего образования.

«Сегодня в России 94 медицинских специальности. Обучение по ним с 2017 года ведется только в ординатуре, так как интернатура с 2016 года отменена, – это два года в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС). Мы встречаемся с профессиональным сообществом, люди высказываются, что действительно по ряду специальностей нет необходимости готовить на протяжении двух лет, а по ряду других есть потребность подготовки в три года, четыре и более лет», – сказал Артем Тарасенко.

Минздрав воспользуется правом вносить изменения в федеральный

закон об образовании и внедрит этапную подготовку по программам ординатуры – от одного года до пяти лет для некоторых специальностей. Это позволит более качественно готовить специалистов по конкретной специальности до требуемого в отрасли уровня квалификации.

Представитель Минздрава призвал профессиональное сообщество активнее включаться в подготовку ФГОС – определить этапность, а также срок обучения и необходимость получения квалификации после определенного этапа. Он напомнил, что методическое сопровождение этой работы обеспечивает Координационный совет в области образования по направлению «Здравоохранение и медицинские науки» под председательством ректора Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Петра Глыбочко.

www.medvestnik.ru
Автор Римма Шевченко

Минздрав изменит порядок аккредитации специалистов

Министерство здравоохранения РФ намерено изменить порядок третьего этапа аттестации специалистов. Нововведения коснутся квалификации членов аттестационных подкомиссий, самой процедуры экзамена и формата выдачи свидетельства о прохождении аттестации – теперь документ будет оформляться в бумажном виде только «при наличии технической возможности».



В частности, экзаменаторы, включаемые в аттестационные подкомиссии, за исключением ответственного секретаря, должны будут иметь действующий сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации по специальности, по которой планируется проведение указанной процедуры. Кроме этого, Минздрав закрепляет за собой право на утверждение председателей аккредитационных подкомиссий по специальностям ординатуры.

На экзамене соискателям будут предложены две ситуационные задачи, в каждой из которых необходимо ответить на двенадцать вопросов вместо предлагавшихся до сих пор трех задач с пятью вопросами. При этом время, отведенное на подготовку, останется прежним – 60 минут. Комплектование ситуационных задач для каждого аккредитуемого будет проходить с помощью случайной выборки из единой базы оценочных средств. Для успешного прохождения испытания аккредитуемому необходимо будет правильно ответить на 2/3 вопросов, то есть не менее чем на 16.

Информация об успешно прошедших аккредитацию специалистах будет вноситься Минздравом РФ в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ).

Изменения касаются и порядка выдачи свидетельств об аккредитации. Эти документы будут оформляться в электронном виде, а выдача бумажной

версии свидетельства будет происходить только при «технической возможности его оформления», под которой Минздрав подразумевает наличие бланков и корректную работу программного обеспечения.

Соответствующие поправки Минздрав предлагает внести в ведомственные приказы от 2 июня 2016 года № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» и от 6 июня 2016 года № 352н «Об утверждении порядка выдачи свидетельства об аккредитации специалиста, формы свидетельства об аккредитации специалиста и технических требований к нему».

Позтапная реформа системы образования в медицинских вузах началась в 2015 году. Тогда департаментом кадровой политики и медицинского образования Минздрава был разработан и утвержден новый трехступенчатый экзамен для выпускников-медиков – аккредитация, успешное прохождение которой должно, по замыслу, подтвердить способность студента работать в медицинском учреждении.

www.vademec.ru

Автор Михаил Мильников

Фото Оксаны Добровольской

Сокращение бюджетных мест в медвузах ставит под угрозу реализацию нацпроекта

Контрольные цифры приема (КЦП) в учреждения высшего образования, подведомственные Минздраву, имеют тревожную тенденцию к снижению. В области «Здравоохранение и медицинские науки» в 2017/18 учебном году за счет бюджета обучалось 27,1 тысячи человек против 33,6 тысячи годом ранее. Снижение составило почти 20 %.

Это может создать риски в выполнении задачи национального проекта «Здравоохранение» по увеличению к 2024 году численности врачей, работающих в государственных медицинских организациях, на 43 тысячи человек. Об этом говорится в отчете Счетной палаты РФ «Анализ полноты, обоснованности, результативности и эффективности расходования в 2016–2017 годах и истекшем периоде 2018 года бюджетных ассигнований федерального бюджета, направленных на финансовое обеспечение государственных услуг по реализации образовательными организациями высшего образования образовательных программ».

Аудиторы также обратили внимание на то, что сокращение контрольных цифр приема плохо коррелирует с показателем трудоустройства

по специальности выпускников медицинских вузов. Согласно статистике, отрасль здравоохранения одна из наиболее благополучных: 96,3 % выпускников находят работу по профилю.

«При этом КЦП по данной специальности ежегодно уменьшаются, – сказано в отчете. – Указанное подтверждает, что КЦП формируются либо без учета положений методики расчета на среднесрочную и долгосрочную перспективу потребности субъектов Российской Федерации, отрасли и крупнейших работодателей в профессиональных кадрах, либо сама методика требует пересмотра».

www.medvestnik.ru

Автор Екатерина Погонцева

Три подведомственных Минздраву России вуза – в числе лучших в мире!



В топы 100 и 200 авторитетного международного рейтинга THE (Times Higher Education University Impact Rankings 2019) включены три подведомственных Минздраву России медицинских вуза (категория «Здоровье и благополучие»). Наиболее высокую позицию – 43-ю строчку рейтинга – занял Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова. На 84-м месте стоит Сеченовский университет. Рязанский государственный медицинский университет вошел в группу 101–200. В глобальном исследовании участвовал 421 вуз из 74 стран мира, в их числе 29 российских учебных заведений.

Использовались тщательно откалиброванные данные для обеспечения всеобъемлющих и сбалансированных показателей по трем областям: исследованиям (публикационная активность) в области здравоохранения / здоровья и благополучия; доля выпускников в профессиональной среде;

вовлеченность университета в работу по продвижению здорового образа жизни.

Также при включении в рейтинг учитывалась такая деятельность вузов, как донорское движение, волонтерство, социальная ответственность вуза, акции помощи и различные мероприятия по профилактике охраны здоровья.

Рейтинги THE (Times Higher Education) – одни из наиболее авторитетных и влиятельных в мире в области оценки качества деятельности университетов. Это – единственные глобальные таблицы результативности, посвященные оценке вовлеченности университетов в процесс реализации целей устойчивого развития, сформулированных Организацией Объединенных Наций.

www.rosminzdrav.ru
по материалам www.timeshighereducation.com

• УЧЕНЫЙ СОВЕТ •

На ученом совете

24 апреля 2019 года состоялось заседание ученого совета Института повышения квалификации специалистов здравоохранения. Ученым советом были рассмотрены следующие вопросы:

1. Научные направления деятельности кафедр, реализующих программы ординатуры.

2. Отчет о финансово-хозяйственной деятельности института в 2018 г. Планирование расходов по обеспечению основной деятельности, финансовой стабильности, содержанию и развитию основных фондов на 2019 г. с перспективой до 2020 г.

3. Результаты конкурсного отбора на вакантные должности преподавательского состава института.

В ходе обсуждения первого вопроса были заслушаны сообщения кафедр, обучающихся ординаторов. В своих выступлениях доцент кафедры офтальмологии к.м.н. О.В. Коленко, заведующая кафедрой терапии и профилактической медицины д.м.н. Т.А. Петричко, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии д.м.н., заслуженный врач РФ Г.В. Чижова сделали анализ основных научных направлений деятельности кафедр и результатов работы ординаторов над темами, имеющими научно-практическое значение.

В обучении ординаторов активно используются возможности медицинских учреждений, являющихся клиническими базами института: краевой клинической больницы № 1, краевого Перинатального центра, городской клинической поликлиники № 3, а также Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза». В свою очередь деятельное участие в становлении молодых специалистов опытных преподавателей института дает возможность применять наиболее прогрессивные формы и методы обучения и получать значительный положительный эффект. Об этом говорят достижения ординаторов института при участии в конкурсах молодых ученых в масштабах страны и края.

Вместе с этим руководители кафедр и выступившие в прениях проректор управления по учебной работе к.м.н. Н.В. Кирпичникова и заведующая кафедрой лучевой и функциональной диагностики д.м.н. Л.О. Глазун отметили, что работы, выполняемые на кафедрах в рамках подготовки

ординаторов, имеют элементы научных исследований, но не являются ими в полной мере. По мнению выступавших, полноценные научные направления могут развиваться только при определенных объективных условиях, одним из которых может быть наличие аспирантуры с соответствующим финансированием. Были внесены предложения по формированию плана научной деятельности института, изучению вопроса о целесообразности создания аспирантуры и по активному использованию возможностей научно-образовательного медицинского кластера ДФО «Восточный».

Главный бухгалтер ИПКСЗ И.В. Гнатюк в отчете о финансово-хозяйственной деятельности института в 2018 г. отметила, что государственное задание по профессиональной подготовке и переподготовке специалистов выполнено в полном объеме. Экономия при закупке институтом товаров, работ и услуг для выполнения основной деятельности составила 9,7 млн рублей. В 2018 г. в институте были реализованы мероприятия, способствовавшие сокращению расходов.

Основными источниками доходов продолжают оставаться деятельность стоматологической клиники «Стоматодент-ДВ», образовательные услуги и услуги общезиятия.

Для увеличения доходов необходимо изыскивать дополнительные возможности, прежде всего, увеличивать число обучающихся в ИПКСЗ, повышая качество учебных программ, продолжая внедрять современные технологии обучения, тем самым увеличивая конкурентные преимущества института.

По итогам обсуждения третьего вопроса были единогласно избраны:

– на должность заведующего кафедрой сестринского дела в педиатрии к.м.н. А.В. Козлов;

– на должность заведующего кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии к.м.н., доцент Т.А. Щербоносова;

– на должность старшего преподавателя кафедры фармации И.В. Крюкова;

– на должность ассистента кафедры сестринского дела в педиатрии Л.В. Щерба.

Как цель страны стать мировым лидером в здравоохранении привела к качественной трансформации корейской медицины

Сегодня южнокорейская медицина признана одной из лучших в мире, однако активно развивается она последние 15 лет. Пациенты из многих стран едут за уникальными технологичными методами лечения и высоким качеством сервиса. Флагманом корейской медицины считается госпиталь Сеульского национального университета Bundang («Бундан»). Можно сказать, с этой больницы началась высокотехнологичная медицина в Южной Корее, построенная по западным стандартам. А может быть, даже более высокотехнологичная. В этом госпитале врачи забыли о бумажных историях болезни, а все медицинские технологии ориентированы на комфорт пациентов. Создатели клиники активно помогают внедрить свой лучший опыт не только отечественным коллегам, но и многим другим странам. В Южной Корее на федеральном уровне обозначена важность такого направления, как «Медицина на экспорт».

Окно в западную медицину

Больница Сеульского национального университета (SNUH) была основана в 1885 году и начала свою деятельность как первая современная государственная клиника по западному образцу. Именно в ней началась практика западной медицины в Южной Корее. В 1946 году она стала частью больницы Медицинского института государственного университета. А в 1978 году была создана специальная корпорация «Госпиталь Сеульского национального университета». В 2003 году впервые в Корее был открыт НИИ биомедицины – первый многофункциональный корпус современного госпиталя, по сути своей, настоящий биомедицинский кластер. В 2013 году произошло расширение госпиталя за счет открытия нового здания, в котором расположился Центр онкологии и нейрохирургии. Затем через 3 года был создан Медицинский инновационный парк, который стал первым в Корее централизованным медицинским кластером.

0 % бумаг

Каждый день госпиталь «Бундан» осуществляет около 6 тысяч амбулаторных приёмов и 169 операций. В нем проходят лечение не только пациенты из Кореи, но и пациенты из 191 страны.

В госпитале работают более 110 тысяч практикующих врачей и более 270 тысяч практикующих медсестер. При этом «Бундан» является первым в Южной Корее 100 % цифровым госпиталем без бумажных историй болезни. Госпиталь работает на базе собственной цифровой медицинской информационной системы «BESTCare» (Bundang Hospital Electronic System for Total care), имеет собственный электронный архив клинических данных, систему мобильной передачи биометрических данных (анализы и диагностика), систему поддержки принятия клинических решений, онлайн-систему управления ресурсами в режиме реального времени и систему управления взаимоотношений с пациентами.

За свою цифровую медицинскую информационную систему «BESTCare» госпиталь «Бундан» получил наивысшую, 7-ю, степень электронизации от авторитетной американской ассоциации HIMSS дважды – в 2010-м и в 2016 годах. «Бундан» – единственная в мире медицинская организация за пределами США, которая прошла повторную аттестацию. Кроме того, госпиталь экспортирует систему «BESTCare» в другие страны (например, в США, Саудовскую Аравию).

Это, несомненно, помогает достижению амбициозной цели, поставленной Министерством здравоохранения Республики Корея, – стать мировым лидером здравоохранения, выйти на мировой рынок, а также развивать медицинский туризм. И сейчас год от года растёт количество пациентов, которые приезжают лечиться в Корею из других стран. В основном это

пациенты из России, стран СНГ, Катар и Арабских Эмиратов, Китая, Японии, США.

Междисциплинарный подход с фокусом на пациента

Процессы госпиталя «Бундан» выстроены вокруг пациента таким образом, что все специализированные отделения (онкологический центр, центр нейрохирургии, центр профилактики заболеваний, центр лечения сердечно-сосудистых заболеваний, центр пульмонологии, центр лечения суставов, центр лечения заболеваний позвоночника, центр гастроэнтерологии), а также приёмный и госпитальный блоки тесно сотрудничают друг с другом. Таким образом, госпиталь обеспечивает всесторонний анализ состояния пациента, взаимодополняющее лечение и максимальное персонализированное медицинское обслуживание.

Медицинские специалисты делают всё возможное, чтобы пациент находился минимальное количество времени в клинике. Например, после мини-инвазивной операции он выписывается уже через 4–5 дней, а после открытых операций – через 7 дней.

В госпитале «Бундан» впервые в мире была доказана безопасность лапароскопических операций через единый доступ у беременных женщин. Впервые были проведены такие операции, как лапароскопическая резекция правой доли печени, печени у ребенка, лапароскопический забор печени у живого донора при трансплантации печени.

Большие данные в основе лечения

Каждый врач госпиталя имеет собственную электронную карточку. Прикладывая ее к считывающему устройству на этаже, он видит на интерактивном мониторе всю информацию по каждому из своих пациентов: результаты анализов, снимки и исследования, местонахождение пациента и даже стадию операции в режиме реального времени. С помощью информационной системы врачи госпиталя в своей работе используют принцип доказательной медицины – оказание медицинской помощи на основе фактических данных и четкое понимание результатов лечения на их основе. Также в информационной системе врачи могут сравнивать результаты лечения своих пациентов с результатами ведущих клиник мира.

Технологии для пациента

Каждый пациент имеет персональный идентификационный номер, с помощью которого он может записываться на прием и отслеживать свои посещения клиники через специальные терминалы на входе в госпиталь, посмотреть навигацию по отделениям, оплачивать медицинские услуги онлайн. Для пациентов стационара госпиталь разработал смарт-кровать, на экране которой пациенту доступна вся информация о ходе его лечения,

а также панель управления кроватью, освещением и температурой в помещении. Она может как реагировать на команды пациента, так и выполнять назначения врача, например, по температурному режиму в комнате.

Перед тем как ехать в клинику на лечение, пациенты могут получить предварительную консультацию, отправив свои медицинские записи, снимки КТ и МРТ. Это особенно актуально для пациентов из других стран. После выписки пациента из госпиталя диагноз и информация о лечении могут быть направлены лечащему врачу в родной стране для того, чтобы получать последующее медицинское лечение.

Исследовать и учиться

Развитие современного госпиталя невозможно представить без активного развития образования и науки, которым в госпитале уделяется особое внимание. Ежегодно здесь проходят обучение свыше 1300 студентов медицинского факультета Сеульского национального университета. Также на стажировку регулярно приезжают врачи из зарубежных стран,

включая Россию. В образовании используются различные формы обучения и новейшие симуляторы для практического обучения.

Профессора, которые работают в университетской клинике, ежегодно публикуют более 2000 работ в зарегистрированных мировых научных журналах. В 2011 году расходы на научно-исследовательскую работу и выполнение заказов достигли почти \$70 млн.

Больница находится на 8-м месте по количеству клинических испытаний, зарегистрированных в базе данных в 2009 году Национальным институтом здравоохранения (NIH) США, наряду с мировыми медицинскими учреждениями, такими как MD Anderson, Клиника Майо и т.д. Республика Корея по количеству регистрации клинических испытаний на сайте NIH зарегистрирована как самая передовая среди азиатских стран. И во многом это заслуга госпиталя «Бундан».

www.medach.pro

Главврачей, заинтересованных в информатизации, – мало

До 50 % врачебных ошибок можно предотвратить за счет использования систем поддержки принятия врачебных решений, протоколов прогнозирования рисков при оперативных вмешательствах и назначении лекарственной терапии. Современное здравоохранение невозможно без тотальной информатизации медицинских учреждений. С таким заявлением выступил д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии и семейной медицины РНИМУ им. Н.И. Пирогова, президент АО «Медицина», академик РАН Григорий Ройтберг на мастер-классе по информационным технологиям для современного ЛПУ.



Мероприятие прошло в рамках XV Международного форума «Medsoft-2019», организованного Ассоциацией развития медицинских информационных технологий (АРМИТ), 10 апреля и было посвящено оснащенности современного ЛПУ информационными системами на уровне международных стандартов. Главная тема лекции касалась

возможностей, которые дают здравоохранению в целом и пациентам в частности системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР). По словам ученого, главный результат – сокращение медицинских ошибок и повышение точности назначений.

«Пятнадцать лет назад в США регистрировалось 98 тысяч ятрогенных смертей. Из них до половины было связано с лекарственными назначениями... Благодаря внедрению СППВР им удалось сократить ошибки, особенно фатальные, которые приводят к смерти или к тяжелым осложнениям, приблизительно в три раза», – сообщил Григорий Ройтберг.

В настоящее время в США только за счет применения информационных технологий удается сохранить 25–30 тысяч жизней в год. В России, по мнению эксперта, это особенно актуально с учетом внимания, которое стали проявлять к деятельности учреждений здравоохранения правоохранительные органы. «Чего я как руководитель медицинского учреждения жду от уважаемых IT-специалистов? Улучшения качества медицинской помощи. Искусственный интеллект даст сокращение количества ошибок.

Сейчас Следственный комитет приравнял врачебные ошибки к уголовным преступлениям. Это такое современное использование мощи правоохранительных органов, – чтобы еще одна отрасль дрожала, когда они появляются. Но врачи – люди. И как все люди, они тоже ошибаются», – уточнил он.

Григорий Ройтберг отметил также, что применение информационных технологий помогает клинике зарабатывать доверие пациентов. Это задача непростая, особенно когда идет, по его словам, информационная война, где каждый второй врач – «убийца в белом халате». Он заявил, что появление интернет-сервиса «Доктор Google» спутало все карты: «Каждый начинает думать, что знает, как лечить, только потому, что он прочитал статьи в Интернете, а доктор учился 10 лет зря... Доверие к врачу должно быть. Поэтому мы первыми открыли пациентам доступ к историям болезни. Каждый больной может проверить правильность лечения: меня лечат по стандартам, мне сделали рентген, который должен быть».

Во время дискуссии Григория Ройтберга попросили дать оценку темпам и скорости внедрения в российских медучреждениях информационных технологий, включая СППВР. Он заявил, что этот процесс сегодня в значительной степени завязан на личности руководителя. «Это возможно, если главный врач что-то хочет. Таких мало, но они есть. Сегодня никакой заинтересованности экономической, моральной у главного врача нет. Есть люди, которые просто любят свою работу. И на них надо рассчитывать. Если говорить о государстве, то оно должно воссоздать условия, при которых тот, кто не любит, постепенно должен был бы вытесняться. Но пока такой системы нет», – резюмировал эксперт.

www.medvestnik.ru

Автор Татьяна Бескаравайная

Фото Олега Кириوشкина

Минздрав намерен изменить правила предоставления платных медуслуг к 2020 году

Минздрав объявил о начале разработки изменений в Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006. Такое поручение ведомству совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в конце прошлого года дала вице-премьер Татьяна Голикова.

Основная претензия к организации платной помощи в госучреждениях состоит в том, что коммерческие услуги и лечение по ОМС по факту «не разграничены». «В конкретных лечебных учреждениях четкого разграничения не происходит», — сказала она.

«Имеются факты, когда государственные и муниципальные медицинские организации, стремясь увеличить объем своего финансового обеспечения за счет внебюджетных источников, навязывают гражданам оказание платных медицинских услуг. Существующая нормативная правовая база не позволяет четко разграничить, какие услуги должны оказываться гражданам

бесплатно, а какие могут быть оказаны дополнительно за отдельную плату. Кроме того, не урегулирован вопрос о размере стоимости медицинских услуг, оказываемых на платной основе», — говорится в уведомлении о начале разработки нормативного акта.

Разрабатываемый Минздравом документ призван установить эти границы. Изменения в Правилах позволят более четко разграничить условия оказания медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и платных медицинских услуг, предотвратить замещение бесплатных медицинских услуг платными, а также ограничить необоснованный рост расходов граждан на платные медицинские услуги.

Планируемый срок вступления документа в силу — январь 2020 года.

www.medvestnik.ru

В России появится новая медицинская специальность

С 2020 года перечень медицинских профессий пополнится специалистами физической и реабилитационной медицины.

По информации Минздрава, в России в реабилитации нуждаются около 20–25 миллионов человек. Это не только инвалиды, но и пациенты, получившие серьезные травмы.

«Это все пациенты с диагнозами неврологическими, ортопедическими, онкологическими, кардиохирургия, общая и детская хирургия», — приводит телеканал РЕН ТВ слова внештатного специалиста ведомства по медицинской реабилитации Галины Ивановой.

Она отметила, что реабилитолог будет работать как лечащий врач, а не как консультант. Медики новой специальности также будут координировать взаимодействие узкопрофильных специалистов с органами соцзащиты.

Как уточнили в ведомстве, врач физической и реабилитационной медицины должен отучиться три года в ординатуре мединститута.

www.ria.ru

Всероссийский день стоматологического здоровья



20 марта 2019 года прошло всероссийское мероприятие под девизом «Здоровые улыбки России. Улыбнись своему здоровью!». В рамках Всероссийского дня стоматологического здоровья состоялись просветительские акции с привлечением населения не менее чем в 50 субъектах Российской Федерации.

В рамках данного мероприятия кафедрой стоматологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ МЗ ХК были проведены многочисленные информационно-просвети-

тельные мероприятия, образовательные акции по пропаганде здоровья полости рта, которые не ограничивались одним днем.

Так, 18 апреля 2019 года в холле КГБУЗ ДСП № 22 МЗ ХК и МАДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 106» доцентом С.В. Тармаевой и слушателями цикла «Стоматология детская» и «Стоматология профилактическая» проведены уроки здоровья, посвященные Всероссийскому дню стоматологического здоровья, для детей дошкольного и школьного возраста. Были розданы иллюстрированные памятки по уходу за полостью рта, загадки. Состоялась демонстрация мультфильмов, посвященных данной теме, которые затем были подарены МАДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 106». Все дети принимали активное участие в мероприятии и остались очень довольными. Получен положительный отзыв об уроках здоровья от администрации МАДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 106».

С.В. Тармаева,
доцент кафедры стоматологии

В Хабаровском крае началась модернизация медицинских объектов, расположенных в сельской местности

Сегодня в регионе действуют 177 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и 57 врачебных амбулаторий.

Значительная часть ФАПов и амбулаторий на территории края находится в приспособленных помещениях, не отвечающих современным требованиям. Поэтому правительство края приняло решение о модернизации.

Финансирование в пределах краевой адресной инвестиционной программы позволило на период с 2019-го по 2021 год определить первоочередными проектами строительства 48 ФАПов и 10 амбулаторий. Уже начато строительство 5 ФАПов в селах Средний Ургал Верхнебуреинского района, Джун Амурского района, Обор района им. Ладо, Верхний Нерген Нанайского района и Казакевичево Хабаровского района. Закончено проектирование ФАПа в посёлке Тумнин Ванинского района, в течение года будет завершён проект амбулатории в селе Виноградовка Хабаровского района.

Всего на эти цели в текущем году направлено 133 млн рублей. При этом

программа модернизации рассчитана до 2025 года, и те объекты, которые не попали в список первоочередных, должны быть закончены к этому сроку.

Строительство ФАПов и амбулаторий ведётся с расчётом на привлечение в сельскую местность медицинских специалистов. Поэтому в каждом возводимом объекте предусмотрены жилые помещения площадью 60 кв. м. Типовой ФАП имеет общую площадь 236 кв. м, а врачебная амбулатория 510 кв. м. Объекты обеспечиваются водоснабжением, отоплением и канализацией.

Помимо уже строящихся объектов, положительное заключение госэкспертизы получили проекты амбулаторий в селах Лидога Нанайского района и Нелькан Аяно-Майского района, а также ФАПы в селе Марусино района им. Ладо, в сёлах Федоровка и Константиновка Хабаровского района, в селе Аван Вяземского района, а также в селе Пушкино Бикинского района.

www.todaykhv.ru

• ПОРА ГОТОВИТЬСЯ •

Канзас – не Сингапур

Всемирная организация здравоохранения объявила состав гриппозной вакцины на 2019 год. В этой статье известный журналист, блогер Алла Астахова рассказывает о подготовке к предстоящему эпидемическому сезону и немного об истории и процессе создания антигриппозных вакцин.



Мы ждали окончательного решения ВОЗ по составу гриппозной вакцины лишней месяц, до 21 марта. Соответственно, на месяц позже производителям вакцин разошлют стандартные образцы, которые они будут использовать при создании вакцин эпидемического сезона 2019/20. Такое бывает нечасто. В последний раз эксперты ВОЗ брали незапланированную паузу на размышление при отборе штаммов для гриппозной вакцины в феврале 2003 года, когда неожиданно стала распространяться новая группа штаммов вируса А(Н3N2) и понадобилось время, чтобы оценить скорость распространения и масштаб.

В чём причина нынешней отсрочки? В этом году, как и в 2003-м, экспертов заставил поломать голову вирус А(Н3N2). «В текущем сезоне активно циркулировали сразу две его генетические подгруппы – А/Сингапур (3с.2а1) и А/Канзас/14/2017 (3С.3а). Активность их была различной, но с начала сезона специалисты отметили тенденцию к росту активности группы 3С.3а. Нужно было время, чтобы убедиться в этом, отсрочив рекомендации на один месяц. Так и вышло – разгулялся А/Канзас/14/2017. Его выбрали в состав вакцины следующего года», – рассказывает Елена Бурцева, заведующая лабораторией этиологии и эпидемиологии гриппа Института вирусологии имени Д.И. Ивановского, ФГБУ «НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, руководитель Национального центра по гриппу, сотрудничающего с ВОЗ.

Всемирная организация здравоохранения регулярно отслеживает

актуальные штаммы вирусов гриппа для вакцин с 1973 года. Существует глобальная система надзора за гриппом **Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)**, включающая 152 партнёрских центра по всему миру в 113 странах, в том числе в России. В рамках этой сети лаборатории во всем мире осуществляют плановый сбор образцов циркулирующих вирусов гриппа и направляют их в сотрудничающие центры ВОЗ. С 1999 года отдельные рекомендации по вакцинным штаммам выпускают для северного (в феврале) и южного (в сентябре) полушария.

Для того чтобы создать такую сеть надзора, были веские причины. Бивалентная гриппозная вакцина, которую американцы впервые применили в 1944 году, чтобы защитить своих военнослужащих в Европе, состояла из двух вирусов – А(Н1N1) и В. Уже в 1947 году она оказалась неэффективной. Выяснилось, что вирус А изменился: были обнаружены новые штаммы. Похожая проблема возникла в 1958 году – тогда вакцинация потерпела неудачу из-за появившейся разновидности вируса А с двумя новыми поверхностными антигенами, которую назвали А(Н2N2). Этот вирус заменил собой прежний А(Н1N1). Именно тогда стало очевидно, что состав гриппозной вакцины надо менять в зависимости от того, какие штаммы вирусов актуальны. Вирус А(Н2N2) циркулировал 10 лет, пока в 1968 году не разразился гонконгский грипп – на смену А(Н2N2) пришел А(Н3N2). Гриппозная вакцина, которая продолжала быть бивалентной, состояла теперь из вирусов А(Н3N2) и В.

В 1978 году произошло новое событие. Вирус, аналогичный A(H1N1), вернулся в популяцию. Однако он не заменил старый A(H3N2), а стал циркулировать одновременно с ним – соотношение лишь менялось от сезона к сезону. Чтобы создать защиту от обоих вирусов А, вакцину от гриппа сделали трехвалентной. В нее вошли штаммы вирусов A(H1N1), A(H3N2) и В. С 1987-го по 1997 год 23 из 30 рекомендуемых штаммов вируса оказались очень близки к тем, что в реальности циркулировали. Система ежегодных рекомендаций по составу вакцины показала свою эффективность. Все ждали пандемии птичьего гриппа A(H5N1). Однако в 2009 году неожиданно пришел свиной грипп A(H1N1)pdm09. Постепенно он ослабил натиск, но заменил собой старый A(H1N1). Так в составе современных трехвалентных вакцин появились разновидности вирусов гриппа – A(H1N1)pdm09, A(H3N2) и В.

В 2012 году была впервые произведена квадριвалентная гриппозная вакцина, в состав которой входят два вируса А и два вируса В. Сегодня квадριвалентную вакцину от гриппа используют многие страны. Поэтапный переход на нее запланировал и Минздрав РФ. Почему решили включить в состав вакцины два вируса В? Раньше считалось, что вирус гриппа В изменяется медленно и не вызывает эпидемических вспышек. Однако зимой 2005/06 года, по данным **Европейской системы мониторинга за гриппом**, в Европе 59 % всех циркулировавших штаммов вирусов гриппа составляли вирусы В, которые особенно тяжело переносят беременные женщины, дети и пожилые. Произошло это в связи с тем, что в 1988–1989 годах вирус гриппа В разделился на две эволюционные линии – **В/Ямагата** и **В/Виктория**. С 2001 года обе разновидности – Ямагата и Виктория – стали циркулировать одновременно. Было всё труднее рекомендовать в состав трехвалентной вакцины одну из них. В прошлом году, когда вирус В в составе трехвалентной вакцины не совпал с вакцинным, по рекомендации ВОЗ в нее вошел В/Виктория-подобный штамм, а циркулировал повсеместно В/Ямагата-подобный – доля вируса В среди циркулирующих штаммов составила в Европе 56 %.

Другое дело квадριвалентная вакцина. Здесь с выбором вирусов В для эпидемического сезона 2019/20 сложностей не возникло. Оба вируса гриппа В в вакцине предстоящего сезона такие же, как в эпидемическом сезоне 2018/19. Для квадριвалентной вакцины ВОЗ рекомендует, как в прошлом году, В/Ямагата-подобный (**Пхукет3073/213**) и В/Виктория-подобный (**Колорадо/06/2017**). Над тем, какой штамм вируса A(H1N1)pdm09 выбрать для вакцины предстоящего сезона, экспертам тоже особо раздумывать не пришлось. В 2018 году произошла мутация вируса А/Мичиган/45/2015. Новый штамм под названием **А/Брисбен/02/2018** вошел в гриппозную вакцину.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения предполагают, что из-за отсрочки с объявлением рекомендаций по составу вакцины сроки

вакцинации могут отодвинуться на две-четыре недели и советуют странам проработать сценарии действий на этот случай. Процесс производства гриппозной вакцины занимает около четырех-шести месяцев и включает несколько последовательных этапов. «Обычно в феврале Всемирная организация здравоохранения дает рекомендации по составу для вакцин на предстоящий эпидемиологический сезон и начинает подготовку вакцинных штаммов, – рассказывает **Ольга Орехова, вице-президент НПО Петровакс Фарм по исследованиям и регистрации лекарственных препаратов в Российской Федерации и за рубежом**. – В марте каждая страна издает постановление о включенных в состав вакцин штаммах, и ВОЗ передает производителям штаммы, выращенные в лабораториях. Из этих штаммов производители готовят мастер-партии каждого вируса, из которого потом делают антигены».

В этом году производители, видимо, получают стандартные штаммы только в апреле. После производства антигенов, их тестирования и проверки на стерильность можно будет приступить к процессу производства вакцин. Производство трех- и четырехвалентной вакцины не отличается по срокам и занимает одинаковое время. «В российской четырехвалентной вакцине применяется адъювантная технология. Кроме антигенов четырех штаммов вирусов, в нее добавляют адъювант полиоксидоний, – говорит Орехова. – Это позволяет при меньшем количестве антигенов повысить эффективность вакцины и ее безопасность». Включение адъювантов – одно из основных направлений совершенствования вакцин, рекомендованных ВОЗ. Адъювантная технология позволяет в три раза увеличить объем производства и в короткий эпидемиологический сезон поставить на рынок необходимое количество вакцин для программ вакцинопрофилактики.

Прежде чем вакцина поступит в обращение и будет вводиться людям, она должна получить соответствующее разрешение регулирующих ведомств, по результатам которого компания-производитель получает сертификат соответствия. Затем готовые партии вакцины отгружаются дистрибьюторам. Обычно первые дозы вакцины могут быть доступны для использования уже с начала августа, перед сезоном вакцинации против гриппа. Но в текущем сезоне эти сроки, вероятно, могут сдвинуться.

Повлияет ли отсрочка на результаты вакцинации? Кампании по вакцинации населения против гриппа обычно проходят с сентября по ноябрь, до начала сезонной циркуляции вируса. Иммуитет к вакцинам формируется в среднем в течение 21 дня. Значит, прививаться можно и в октябре – при условии, что эпидемический подъем придется на обычные зимние месяцы.

www.alla-astakhova.ru

Анатор Алла Астахова

Минздрав обвинил СМИ и религиозные секты в подрыве доверия к прививкам

Первый замглавы ведомства Татьяна Яковлева заявила, что в Интернете и через религиозные секты распространяется информация, подрывающая доверие россиян к прививкам. Минздрав с ноября готовит законопроект о запрете призывов против вакцинации.

Через СМИ, Интернет и религиозные секты распространяется необъективная информация, которая подрывает доверие населения к прививкам. Об этом ТАСС сообщила первый зам. министра здравоохранения России Татьяна Яковлева. Масштабы проблемы ставят под вопрос эффективность кампаний по вакцинации, указывает она.

В связи с этим Минздрав разрабатывает законопроект, запрещающий публичные призывы к отказу от прививок. Проектом закона «установлена ответственность за распространение в СМИ информации, содержащей призывы к отказу от вакцинации».

О разработке Минздравом законопроекта, запрещающего публичные призывы против вакцинации, стало известно в ноябре прошлого года. По словам главного инфекциониста Минздрава Елены Малинниковой, ответственность за отказ от прививок должны нести и врачи, которые не рекомендуют родителям прививать своих детей. В 2019 году власти направят из бюджета на вакцинацию населения более 18 млрд рублей, сообщал в январе ТАСС со ссылкой на замглавы Минздрава России Сергей Краевой.

В начале марта на фоне роста заболеваемости корью в целом ряде стран в Минздраве предложили обязать глав регионов прививать от этой болезни россиян и иностранцев, работающих в стране.

www.rbc.ru

О добрых традициях книгодарения

Мало кто знает, но 14 февраля, наряду с известным всем праздником Днем святого Валентина, отмечается и молодой праздник – Международный день книгодарения. Он возник в 2012 году по инициативе американки Эми Бродмур. Она воплощала в жизнь идею – дарить своим детям хорошие книги, справедливо утверждая, что книга в бумажном виде – это самый полезный и актуальный подарок, не теряющий ценности и в век современных технологий.

Сегодня этот праздник отмечается в более чем тридцати странах мира, в том числе в России. Ассоциация деятелей культуры ежегодно проводит общероссийскую акцию «Дарите книги с любовью», в рамках которой проходят различные мероприятия и праздники. Конечно, всё это активно поддерживается библиотеками. В этих благородных акциях принимают участие все желающие. Не стоит, наверное, напоминать, что дарение – это не только акт благотворительности, но и возможность продлить жизнь книги, передав ее другому владельцу, дать ей своеобразную вторую жизнь.

Наши читатели всегда понимали, что книга – источник знаний и мудрости, универсальный способ общения и сохранения важной для человечества информации. На протяжении почти двадцати лет своего существования в библиотеку института приходят думающие люди, признающие ценность книги и относящиеся к ней с почтением и благодарностью. Библиотека постоянно получает безвозмездно книги от читателей и дарит книги сама. Естественно, что при этом библиотекари придерживаются политики формирования книжной коллекции и принимают книги в соответствии с профилем комплектования и задачами, стоящими перед библиотекой. Поэтому приходится руководствоваться критериями отбора, используемыми и при покупке документов. Но к подаркам наших читателей мы относимся бережно. Для дублетных и непрофильных книг, которые не можем принять в свои фонды, мы находим другие места: обмениваемся изданиями с



ДВГНБ, пополняем полку буккроссинга в вестибюле ККБ № 1, находим для книг новых владельцев, заведя уголок «Книга в подарок» на абонементе библиотеки (аудитория № 132).

За годы своего существования научная библиотека института не раз обращалась со словами благодарности к дарителям. В этот раз мы выражаем признательность тем читателям, которые в течение истекшего 2018 года приносили книги в библиотеку: Ларисе Файзылхановне Лучшевой, Светлане Владимировне Тармаевой, Павлу Павловичу Кузьмичеву, Климентину Петровичу Топалову, Ирине Давидовне Филимончиковой, Виталию Владимировичу Унжакову, Евгению Сергеевичу Киму и многим другим нашим читателям. И напоследок хочется сказать, что данная акция продолжается и является бессрочной.

Информация предоставлена
библиотекарем научной библиотеки
И.Г. Якимовой

Фото: www.biblio.ru

• МЫ СРЕДИ ЛУЧШИХ •



25 апреля в Хабаровске состоялось награждение победителей конкурса «Лучший поставщик года» по итогам 2018 г. среди поставщиков товаров, работ и услуг для муниципальных нужд. Конкурс проводился в шестой раз.

КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» стал лауреатом и награжден дипломом III степени в номинации «Лучший поставщик услуг».

www.Khab-open.ru
Автор С.А. Фото автора

• ВЫРАЖАЕМ БЛАГОДАРНОСТЬ •

Слушатели цикла «Первичная переподготовка по функциональной диагностике» от души благодарят заведующую кафедрой лучевой и функциональной диагностики Л.О. Глазун и преподавателей кафедры за прекрасно организованное обучение, проведенное на высоком современном уровне, с использованием актуальной информации, а также за отзывчивость и доброжелательное отношение.

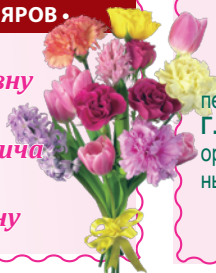
Слушатели Е.Э. Шапошник, М.В. Чистякова,
М.В. Иванова и другие (всего 8 подписей)

Слушатели цикла «Педиатрия» (27.02 – 10.04) горячо благодарят заведующую кафедрой педиатрии и неонатологии С.М. Колесникову, преподавателей кафедры В.В. Филиппову, Г.А. Лузянину, Д.А. Яхиву-Онихимовскую, В.Ю. Тарасевич, З.В. Сиротину за прекрасно организованные занятия, актуальные новые знания, внимательное отношение и индивидуальный подход к слушателям.

Слушатели Ю.Д. Якуба, Н.В. Русинова,
Т.В. Тейге и другие (всего 20 подписей)

• ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛАРОВ •

ТАРМАЕВУ
Светлану Владимировну
МИРОШНИЧЕНКО
Александра Викторовича
ВОРОБЬЕВУ
Евгению Анатольевну



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 55 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@ipkszh.khv.ru