



НОВОСИБИРСКАЯ

Врачебная Газета

1 (97) 1 ФЕВРАЛЯ 2011 г. WWW.NOAV.RU ВЫХОДИТ 1 РАЗ В МЕСЯЦ
ДЛЯ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГАЗЕТА БЕСПЛАТНАЯ

В НОМЕРЕ:

**Хотели как лучше,
а получилось
как всегда:
проблемы ДЛО**

стр 2.

**В Правлении
Новосибирской
областной
ассоциации врачей**

стр 3.

**Конспект практического врача:
диагностика и лечение
кашля в практике
врача общей практики**

стр 4-5.

Врачебная тайна

стр 6.

**Медицинские
новости**

стр 8.

СОВЕТ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ГУБЕРНАТОРЕ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

20 января прошло очередное заседание Совета по развитию здравоохранения Новосибирской области. На нем были рассмотрены основные направления программы модернизации здравоохранения Новосибирской области на 2011-2012 гг.

В ближайшее время программа будет представлена на рассмотрение в Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

В рамках программы запланировано укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, внедрение современных информационных систем в здравоохранении и стандартов оказания медицинской помощи.

Приоритетными направлениями программы станут охрана материнства и детства, первичная медико-санитарная помощь, онкология, фтизиатрия, психиатрия и наркология, оказание помощи больным с заболеваниями органов кровообращения, а также оказание медицинской помощи при травмах, отравлениях и других последствий воздействия внешних причин.

Также в центре внимания разработчиков программы мероприятия, направленные на создание конкурентной среды в медицинской сфере, подготовку и переподготовку кадров, особенно для работы в сельских районах области.

Планируется, что участниками программы станут лечебные учреждения города и области, оказывающие первичную, специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь. Мероприятия программы будут реализованы за счет средств областного бюджета, федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориального фонда обязательного медицинского страхования. Ориентировочная стоимость программы – 12 миллиардов рублей.

Говоря о программе, губернатор Новосибирской области Василий Юрченко подчеркнул: «Главными итогами реализации программы в регионе должны стать укрепление материально-технической базы, оснащение медицинских учреждений региона самим современным оборудованием, внедрение современных информационно-программных систем, повышение обеспеченности врачебными кадрами, а главное – существенное улучшение медико-демографических показателей в регионе».

Совет по развитию здравоохранения при губернаторе Новосибирской области создан в конце 2010 года. В его состав вошли представители министерства здравоохранения, мэрии г. Новосибирска, Росздравнадзора, Роспотребнадзора, профсоюза медицинских работников, Сибирского отделения РАМН, руководители федэральных медицинских центров и ведомственных клиник, ведущие специалисты региона. От Новосибирской областной ассоциации в Совет вошли Председатель НОАВ Дорофеев С.Б. и член Правления НОАВ Браве Ю.И.

По словам губернатора Новосибирской области Василия Юрченко, Совет – это экспертное сообщество, мнению которого глава региона доверяет. Задача вновь образованного советского органа – профессиональное обсуждение проблем здравоохранения и выработка наиболее эффективных решений по каждой из них. На первом заседании Совета, которое прошло в конце декабря 2010 года, губернатор обозначил три «больные темы», которые необходимо рассматривать Совету – организация онкологической помощи, лечение сердечно-сосудистой патологии, противотуберкулезная медицинская помощь на территории Новосибирской области. Другие темы для рассмотрения на заседаниях Совета должны представить его члены. Собиратьсяся этот орган будет не реже одного раза в квартал.

Первое заседание Совета по развитию здравоохранения состоялось 28 декабря и было посвящено состоянию и перспективам развития медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями. В течение последних трех лет регион заметно улучшил основные показатели работы онкологической службы: больше больных стали выявлять во время профилактических осмотров, снизилась запущенность онкозаболеваний, доступнее стала высокотехнологичная помощь жителям области, страдающим онкологическими заболеваниями.

В то же время необходимо как можно быстрее принять ряд управленческих решений, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях. Первый – строительство областного онкологического центра на территории нынешнего областного онкодиспансера. В 1 квартале 2011 года Правительство Новосибирской области намерено вновь вернуться к рассмотрению данного вопроса: Василий Юрченко поручил министерству здравоохранения совместно с экспертами подготовить техзадание и проект оснащения будущего онкоцентра медицинским оборудованием.

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ПРИСВОЕНИЕМ ПОЧЕТНОГО ЗВАНИЯ

В начале января Указом Президента РФ за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» **ВОРОБЬЕВУ ИГОРЮ ВИКТОРОВИЧУ** – главному врачу Муниципального учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 20», заместителю Председателя Новосибирской областной ассоциации врачей.

Игорь Викторович в медицине двадцать семь лет: лаборант, а затем аспирант и ассистент кафедры общей хирургии Новосибирского медицинского института, заместитель главного врача по лечебной работе, главный врач крупной поликлиники. Всезде, где бы он не трудился, его отличало желание познавать и внедрять новое, внимательное отношение к коллегам и пациентам.

Игорь Викторович охотно делится с коллегами своими знаниями и опытом, он автор более 40 научных публикаций в центральной и местной печати.

Несмотря на большую загруженность, Игорь Викторович активно занимается общественной работой – на протяжении ряда лет он является заместителем Председателя Правления Новосибирской областной ассоциации врачей.

Правдеси и исполнительная дирекция Новосибирской областной ассоциации врачей поздравляет Игоря Викторовича с присвоением почетного звания «Заслуженный работник здравоохранения РФ», желает здоровья, счастья, успехов в работе и долгих лет активной жизни.

Этим же указом за заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» **КУЛЕШОВУ ВИТАЛИЮ МИХАЙЛОВИЧУ** – профессору государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет».

Напомним, что в 2010 году государственными и ведомственными наградами были награждены многие медицинские работники Новосибирска и Новосибирской области.

Среди них, по одному человеку получили Орден Почета и Орден Дружбы.

Медалями ордена «За заслуги перед Отечеством I степени» были награждены три медицинских работника. Звание Заслуженный врач РФ было присвоено 12 врачам, звания Заслуженный работник здравоохранения удостоены 14 человек, звания Заслуженный деятель науки – два человека.

Отличниками здравоохранения стали 10 медицинских работников, Почетная грамота Министерства здравоохранения и социального развития вручена 92 нашим коллегам. Почетная грамота Губернатора Новосибирской области – 179 медицинским работникам, Благодарность Губернатора получили 28 человек. Девяносто пять медицинским работникам вручена



Премия Губернатора «Лучший медицинский работник».

Правление НОАВ еще раз поздравляет всех коллег с заслуженными наградами и желает дальнейших успехов в нашем нелегком труде!

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

ХОТЕЛИ КАК ЛУЧШЕ, А ПОЛУЧИЛОСЬ КАК ВСЕГДА



В нашем здравоохранении много проблем. Одна из них – работа системы дополнительного лекарственного обеспечения. Пациенты, которые не могут получить лекарства по льготным рецептам, винят врачей. Врачи – систему. Прокуратура требует неукоснительного исполнения закона. Чиновники на совещаниях мечут громы и молнии, а на пресс-конференциях бодро рассказывают журналистам, сколько миллионов истрачено на льготные таблетки.

Редакция Новосибирской врачебной газеты попыталась разобраться, что не так? Почему, когда сталкиваешься с системой ДЛО, на ум приходят слова, вошедшие в российскую историю: «Хотели как лучше, а получилось как всегда»?

Суждены нам благие порывы

Система дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан изначально задумывалась как мера социальной защиты. Действительно, никто не застрахован от болезни. А уж если эта болезнь привела к инвалидности, то лекарства становятся жизненно необходимыми. В прямом смысле этого слова. Приобрести же их самостоятельно подавляющее большинство нуждающихся не может из-за стоимости препаратов. По замыслу авторов идеи, в системе ДЛО должен работать принцип солидарной ответственности: кто-то нуждается в препаратах дорогих, кто-то в дешевых, а кому-то они не нужны вообще. И первый год работы системы ДЛО так и было. И

врачи, которые могли выписывать лекарства, необходимые для качественного лечения, и пациенты, которые возможность этого лечения получили, вздохнули с облегчением. Но не надолго. Потому что очень скоро выяснилось, что отпущенных средств на ДЛО не хватает. В Москве и на местах начали разрабатываться меры по сокращению расходов: пересматривались перечень лекарственных средств, создавались формульярные комиссии, ограничивалось количество выписываемых препаратов и т.д. и т.п. Наконец, появилось понятие «лимит».

Как семью хлебами накормить всех страждущих?

На каждого, кто имеет право на льготное лекарственное обеспечение, государство в прошлом году отпускало 675 рублей. В этом цифра сократилась до 570 рублей. Однако часть льготников предпочла получать вместо лекарств деньги. Год от года таких становится все больше. В Новосибирской области их почти 70%. Не отказываются те, кому лекарства нужны постоянно и, как правило, дорогостоящие.

С помощью нехитрых арифметических действий каждый главный врач может посчитать, на какую сумму он может составить заявку на льготные препараты: количество льготников следует умножить на 570 рублей. При этом, к примеру, инсулина для лечения одного больного сахарным диабетом, требуется не меньше чем на 3 тысячи рублей в месяц. А сколько требуется на лечение онкологического больного, пациента с бронхиальной астмой, хронической почечной недостаточностью? Вот и получается, что потребности превышают лимит в несколько раз. Поэтому вынуждены руководители поликлиник переделывать свои заявки не один раз, стараясь оставить только те препараты, отсутствие которых станет для больного приговором. А с учетом того, что денег в этом году станет еще меньше, процедура «урезания» будет еще драматичнее.

Жизнь вынуждает работать индивидуально по каждому льготнику не только участкового врача, но и руководителя учреждения, считая буквально каждую таблетку. Поэтому трудно верится, что сбои в работе системы ДЛО, которые были в прошлом году и неизбежно возникнут в нынешнем, – это результат недобросовестной работы участковых врачей или руководителей поликлиник. В конце концов, накормить семью хлебами всех страждущих удавалось только Иисусу Христу.

Заявки и разнариадки – две большие разницы

Даже сокращенная, уложенная, как в прокрустово ложе, заявка на льготные лекарственные препараты не гарантирует, что пациент вовремя получит свои жизненно важные таблетки. Потому что в ответ на заявку главный врач получит из органов управления здравоохранения разнариадку, где его известят, что из заявленного может быть поставлено. И очень многие заявленные позиции он там не увидит. На эти препараты нет госконтракта, а значит, отгружены они быть не могут. В одной из поликлиник автору статьи показали не менее восьми листов с перечислением отсутствующих по этой причине лекарств. В этом списке инсулины, препараты для лечения бронхиальной астмы, эпилепсии, гипотензивные препараты и многое другое. Кто же виноват в том, что льготных лекарств нет на аптечных полках? Очевидно, тоже главный врач. Чего бы ему вовремя не провести торги по своей заявке? Или виновата аптека, куда этот препарат не поставлен? Или все же орган, на который федеральным законодательством возложены эти функции?! Хотя, по большому счету, в существующих сегодня лимитах обеспечить всех льготников необходимым количеством (необходимым по медицинским показаниям!) льготных лекарств невозможно. Это понимают все и на всех уровнях, но при этом все равно ищут стрелочника.

В роли стрелочника

Для пациента виноват всегда участковый врач. Пациент не станет разбираться в тонкостях проведения торгов или существующих лимитах. Вот и приходится врачу не только думать о том, как лечить, но и чем лечить. Ориентируясь в основном на то, что есть в наличие в аптеке на данный момент. Попутно при этом выслушивать обвинения в том, что поликлиника вовремя не закупила, а если закупила, то не то. Или что он врач присвоил себе таблетки, положенные по закону пациенту. В общем, роль стрелочника определена давно. Может быть, и поэтому все больше участковых врачей, устав от этой роли, просто уходят с этой работы.

Если бы я был министром...

Конечно, от рядового врача, да и отдельного руководителя, мало что зависит в плане изменения ситуации с ДЛО. И все же, что, на их взгляд, можно изменить? Этот вопрос автор задавала во всех поликлиниках, где побывала, готовя этот материал.

Первое – пересмотреть перечень льготных препаратов. Оставить только то, что, действительно, является жизненно важным. Это наркотические анальгетики для онкологических больных и, вообще, препараты для лечения онкологических заболеваний, это инсулины, препараты для лечения больных бронхиальной астмой, хронической почечной недостаточностью, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Второе – для пациента льготными должны быть препараты по основному заболеванию, по которому получена инвалидность.

И, наконец, голубая мечта: заявка по потребности и стандартлечения. Проверка только медицинской документации (читай, обоснованности назначения). В сухом остатке: врач должен выписать необходимые препараты, а не думать, где и как найти это лекарство для пациента. Но мечта, она и есть мечта.

Марина Есикова

МНЕНИЕ



Мэр Новосибирска Владимир Филиппович Городецкий:

Есть проблема в здравоохранении, которая не решается на протяжении нескольких лет. Меняются министры, меняются директора департаментов, но проблема дополнительного лекарственного обеспечения звучит постоянно. Если у нас вдруг встают, к примеру, дороги, то это воспринимается как ЧП. А то, что тысячи людей не могут вовремя получить жизненно необходимые лекарства, и это тянется на протяжении нескольких лет, воспринимается как штатная ситуация. Так не должно быть. Говорят, что это не от нас, я имею в виду региональный и муниципальный уровень власти, зависит. Значит, надо набраться мужества и заявить свою позицию в федеральном Министерстве здравоохранения. Просто терпеть дальше эту ситуацию нельзя.

(Из выступления на совещании министра здравоохранения с главными врачами ЛПУ г. Новосибирска и Новосибирской области, 11 ноября 2010 г.).



Председатель Правления НОАВ Сергей Борисович Дорофеев:

Врач должен выписывать лекарство, которое необходимо для лечения пациента и входит в список. А аптека, любая, отпускать или искать необходимое лекарство. Аптека, а не врач. При условии законодательного ограничения двадцатипроцентной торговой надбавки на жизненно важные лекарственные препараты в аптеках, зачем нужны торги и централизованный закуп? Аптека отпускает лекарства – государственный орган ей компенсирует расходы. И не будет такой ситуации, когда лекарств нет месяцами, потому что не прошли торги.

В системе, совершенно очевидно, не хватает финансовых средств. Еще один выход – принятие и финансирование из областного бюджета целевых программ (например, по онкологии и сахарному диабету через специализированные диспансеры).

ЕЩЕ РАЗ О ТЕЛЕВИЗИОННОЙ ПЕРЕДАЧЕ

Правление Новосибирской областной ассоциации врачей направило в адрес министерства здравоохранения Новосибирской области повторное письмо с просьбой рассмотреть вопрос о создании телевизионной передачи, освещющей работу системы здравоохранения в области. С таким предложением Правление НОАВ уже обращалось в министерство в сентябре 2010 года.

По мнению Правления НОАВ, в последнее время средства массовой

информации все в большем объеме недостоверно освещают работу врачей и иных медицинских работников, формируя негативный образ человека в белом халате. Данная ситуация не допустима, поскольку влечет за собой недоверие пациентов и отток кадров из медицинских профессий. НОАВ считает, что все основные направления в развитии здравоохранения, достижения в медицине, лучших врача, конфликтные ситуации и другие актуальные вопросы должны обсуждаться на ТВ

профессионалами в этой области. Создание такой телевизионной передачи послужило бы формированию у населения и врачей более точного понимания ситуации в медицине в настоящее время, возможно, привлекло бы новые трудовые ресурсы в отрасль. Кроме того, в настоящее время отрасль здравоохранения развивается в Новосибирской области быстрыми темпами: строятся новые лечебные учреждения, открываются при ЛПУ новые структурные подразделения,

развивается частная медицина, закупается современное оборудование, возрождается профилактическая медицина, активно пропагандируется здоровый образ жизни и т.д. Происходит модернизация системы здравоохранения, планируются изменения в системе финансирования и ОМС. И все это требует систематического объективного освещения в СМИ.

МЕДИЦИНСКИЕ ПСИХОЛОГИ НЕ МОГУТ ПРОЙТИ АТТЕСТАЦИЮ

В Новосибирскую областную ассоциацию врачей поступают обращения от медицинских психологов по поводу не возможности получения ими квалификационной категории и отказов в принятии заявлений на подтверждение категории.

По мнению Правления НОАВ, в соответствии с приказом Минздрава России от 09.08.01 № 314 «О порядке получения квалификационных категорий»

процедура аттестации медицинских психологов, оценка их профессиональной квалификации, способность выполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью может быть осуществлена аттестационной комиссией министерства здравоохранения Новосибирской области. Для этого надо оформить аттестационную подкомиссию по этой специальности. Тем более, что в

положении об областной аттестационной комиссии указано, что она создана «для реализации права специалистов на получение квалификационных категорий работающих в системе здравоохранения Новосибирской области», то есть одними врачами комиссия не ограничена.

Процедура аттестации неразрывно связана с наличием квалифицированного кадрового потенциала, в т.ч. создание

экономических условий для привлечения специалистов. Поэтому Правление НОАВ обратилось в министерство здравоохранения Новосибирской области с письмом, в котором предлагает сформировать подкомиссию по аттестации медицинских психологов. А до ее создания сохранить за работниками имеющуюся квалификационную категорию. Такая же ситуация с логопедами, работающими в ЛПУ.

ПРАВЛЕНИЕ НОАВ ОБРАТИЛОСЬ К ГУБЕРНАТОРУ С ПРОСЬБОЙ О ВСТРЕЧЕ

18 января 2011 года Правление НОАВ обратилось с письмом к губернатору Новосибирской области Василию Алексеевичу Юрченко с просьбой провести в самое ближайшее время рабочую встречу с Правлением НОАВ

по обсуждению острых проблем отрасли. На ней Правление НОАВ предлагает обсудить вопросы формирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицин-

ской помощи на территории Новосибирской области (текст и объем финансирования), ситуацию, складывающуюся в области с дополнительным льготным лекарственным обеспечением граждан на амбулаторном этапе и

кадровые проблемы в отрасли здравоохранения.

О результатах встречи читайте в следующем номере газеты и на сайте НОАВ: www.noav.ru

И СНОВА О ПРОГРАММЕ ГОСГАРАНТИЙ...

Программа государственных гарантий оказания граждан бесплатной медицинской помощи – документ, который определяет работу системы здравоохранения и финансовое наполнение на год.

Каждый год Правление НОАВ говорит о том, что данная программа на территории Новосибирской области дефицитна, а ее текст неконкретен. И так же ежегодно она принимается с одними и теми же недостатками.

Если прочитать Программу, то создастся впечатление, что у нас все виды медицинской помощи и любом объеме оказываются бесплатно. Но ведь это по факту не так. Возьмем, к примеру, медсестры имеют право ношения оружия или ортопедическую стоматологию.

Первоначальный проект областной программы на 2011 разрабатывался министерством здравоохранения Новосибирской области и мало чем отличался от программы на 2010 год. По-прежнему в программе отсутствуют конкретные условия об объеме и видах гарантированной бесплатно медицинской помощи.

Правление НОАВ, как и в прошлые годы, настаивает на том, что программа должна быть доступна для понимания любому человеку. Каждый гражданин, независимо от образования и сферы деятельности, возраста и интеллекта, должен в случае необходимости суметь самостоятельно разобраться в Программе и найти ответ на вопрос: «Что же ему гарантировано государством? Какие виды медицинской помощи, в каком объеме и при каких условиях ему должны быть оказаны бесплатно?». Это минимизирует конфликты между медицинскими работниками и пациентами. Ведь пациенту будет понятно, что он имеет право требовать, а медицинский работник – что он обязан сделать. Считаем, позицию: «всем бесплатно» неприемлемой и вводящей пациентов в заблуждение.

Любая медицинская помощь (услуга) имеет свою стоимость, она бесплатна для пациента, но за счет какого-либо иного источника (ОМС, бюджет и пр.), поэтому необходимо, исходя из экономической составляющей Программы на 2011 год, конкретизировать в ней виды и объем гарантированной бесплатной медицинской помощи.

В этом году наша позиция была поддержана министром здравоохранения

Новосибирской области, и в текст программы внесено, что: «Перечень видов медицинской помощи, не входящих в Программу, утверждается приказом министерства здравоохранения Новосибирской области». Например, эстетическая стоматология, медико-психологическая помощь, нетрадиционные методы диагностики и лечения, включая акупунктуру, мануальную терапию, ароматерапию, КВЧ-терапию, диагностiku по Фолю и пр.

Правлением Новосибирской областной ассоциации врачей также был разработан ряд предложений по изменению текста Программы, часть из которых были приняты и внесены в проект. А именно:

1. Программа дополнена нормой о том, что «медицинская помощь, предусмотренная Программой, оказывается на территории Новосибирской области согласно порядку, установленному министерством здравоохранения Новосибирской области». В ближайшее время будет разработан такой порядок (в части субъектов РФ такие документы уже действуют), в котором четко будут регламентированы правоотношения медицинских работников и пациентов, например, показания к надомному медицинскому обслуживанию, раскрыто понятия «экстренной помощи», «медицинской помощи по неотложным состояниям» и пр., а также прописано оказание первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу, т.е. порядок прикрепления к ЛПУ.

2. Нами предлагалось увеличить, исходя из реальных возможностей ЛПУ, сроки ожидания предоставления плановой медицинской помощи. А именно: «узкие специалисты» с 5-ти до 20-ти дней с момента обращения, диагностические исследования с 10-ти до 30-ти дней, и плановая госпитализация с 30-ти до 90 дней (в большинстве регионов РФ этот показатель составляет 4-6 месяцев).

В проект программы внесены следующие сроки:

- врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) — не более 2 рабочих дней с момента обращения;
- врачи специалисты — не более 7 дней с момента обращения;
- диагностические исследования — не более 14 дней;

- дневные стационары всех типов — не более 20 дней;

- плановая госпитализация до 30-ти дней.

3. Внесены поправки в программу согласно ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» относительно порядка формирования и структуры тарифа.

4. Исполнено из текста программы конкретное количество квадратных метров на одну койку, поскольку вопросы нормативов и требований к помещениям отнесены к ведению государственной санитарно-эпидемиологической службы РРФ и устанавливаются соответствующим СанПином.

Но согласись, сожалению, достигнуто, не по всем вопросам. Не была учтена поправка о том, что «Объем диагностических и лабораторных мероприятий для пациента определяется лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями, в пределах тарифов согласно стандартам оказания медицинской помощи, утвержденным приказами МЗ СР РФ либо иными органами управления здравоохранения».

Лечащий врач вправе отклоняться от рекомендемых стандартов с учетом имеющихся индивидуальных показаний при оформлении письменного обоснования в медицинской документации». Если медицинская помощь (услуга) имеет стоимость, а тариф ей не соответствует, то за счет чего и в каком объеме эту помощь надлежит осуществлять?

Кроме того, НОАВ считает, что заключение Соглашения о мерах по реализации программы, внесенное в программу как обязательное условие участия в ней, противоречит действующему законодательству и подлежит исключению. Более того, один из пунктов этого Соглашения, гласит, что «ЛПУ обязуются не оказывать медицинскую помощь за личный счет гражданина», что существенно нарушает права медицинских организаций на осуществление деятельности в соответствии с законодательством РФ, а также права граждан на получение медицинских услуг за счет иных, кроме ОМС, незапрещенных законодателем источников. Спорна эта норма и с точки зрения антимонопольного законодательства.

Но, несмотря на споры о терминологии, условиях и порядке оказания медицинской помощи, основным и наиболее «острым», как и прежде годы, остается финансовый вопрос, точнее экономическая составляющая программы. Поскольку программа дефицитна. Разные эксперты приводят различные цифры – 20 – 30%, но факт дефицита никто не отрицает.

Положения Территориальной программы не соответствуют положениям Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год и статье 20.1 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, предусматривающей возможность установления территориальными программами дополнительных условий, видов и объемов оказания медицинской помощи, но не уменьшения нормативов объема медицинской помощи.

29 января 2011 года на заседании Правительства Новосибирской области будет рассмотрен проект Новосибирской областной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи жителям Новосибирской области на 2011 год. В случае положительного решения проект программы подлежит подписанию губернатором области, который вносит ее на рассмотрение в Законодательное собрание Новосибирской области.

Уважаемые коллеги! Правление НОАВ приглашает Вас разместить свое мнение о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Новосибирской области на нашем сайте: (www.noav.ru), а также внести свои предложения и замечания к официальному тексту проекта программы на 2011 год, который будет размещен на сайте НОАВ. Мы обобщим все Ваши предложения и передадим их в комитет по социальной политике, здравоохранению, охране труда и занятости населения Законодательного собрания Новосибирской области, который непосредственно и будет давать заключение по проекту программы.

М. Н. Лесникова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КАШЛЯ

Кашель является распространенным симптомом заболеваний дыхательной системы в амбулаторно-поликлинической практике. По данным Европейского респираторного общества, до 30% обращений к врачу общей практики так или иначе связаны с развитием кашля в ночное время. В норме кашель выполняет защитную функцию, способствуя выведению из дыхательных путей секрета, инородных тел и раздражающих веществ. Кашель возникает при механическом раздражении рецепторов носа, ушей, задней стенки глотки, трахеи, бронхов, плевры, диафрагмы, перикарда и пищевода. Воздействие внешних и внутренних факторов, таких как колебания температуры и влажности воздуха,

аэрозоллютанты, табачный дым, назальная слизь, мокрота, воспаление слизистых дыхательных путей и другие, приводят к формированию рефлекторной дуги, заканчивающейся в «кашлевом» центре продолговатого мозга.

Однако кашель может быть и проявлением патологического процесса, что требует уточнения его причины и подбора терапии. Кашель, в особенности хронический, существенно снижает качество жизни пациентов, нарушая сон, физическую и интеллектуальную активность. Кроме того, сильный кашель может привести к развитию ряда осложнений, а именно кровохарканья, рвоты, недержания мочи. Наиболее серьезным осложнением кашля является

спонтанный пневмоторакс. Кроме того, длительное повышение внутрибрюшного давления способствует формированию грыж передней брюшной стенки.

Кашель классифицируется:

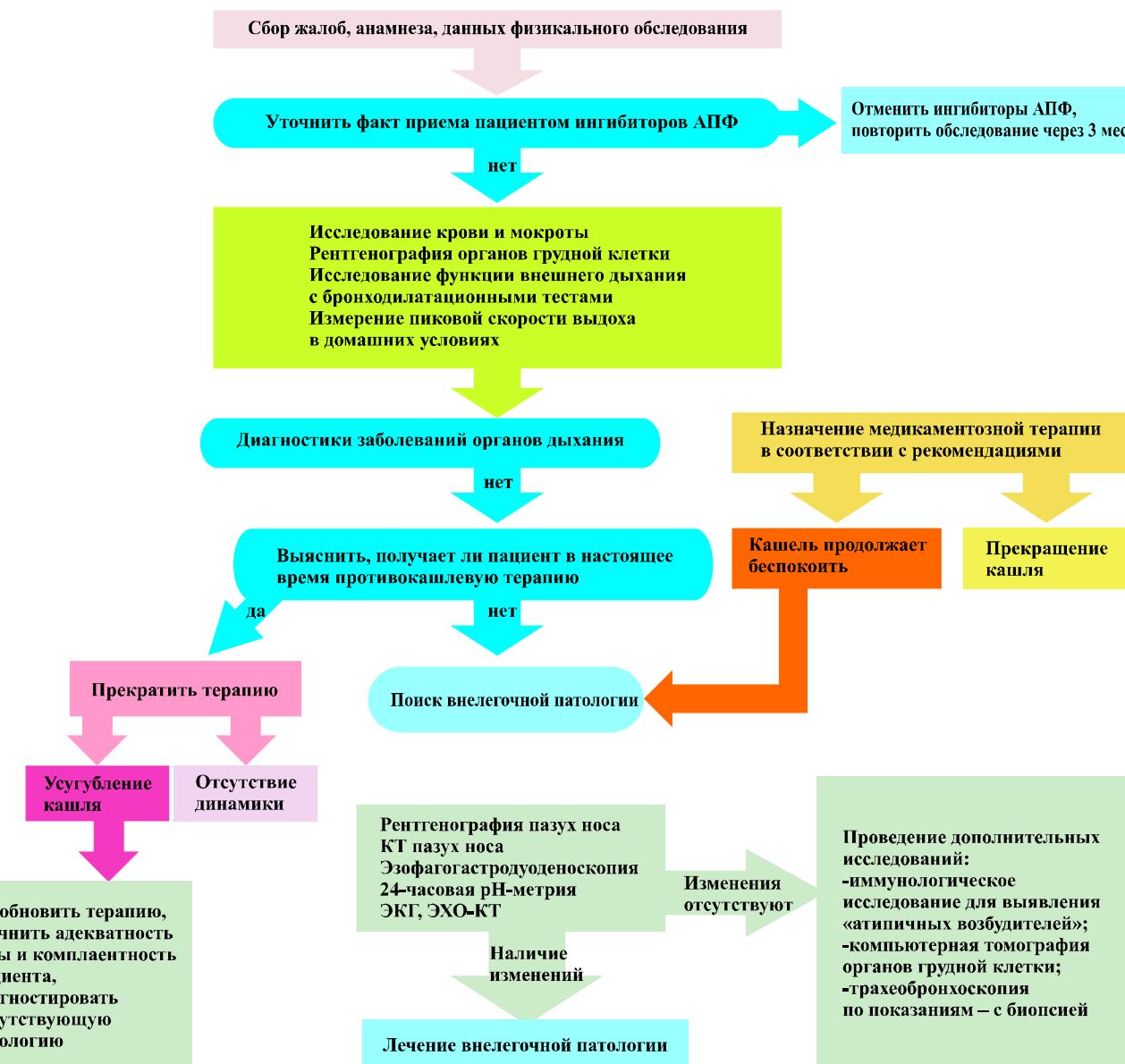
1. по характеру: непродуктивный, или сухой, продуктивный, или влажный;
2. по интенсивности: покашливание, легкий и сильный;
3. по продолжительности: эпизодический кратковременный или приступообразный и постоянный;
4. по длительности: острый – до 3 нед., подострый – от 3 до 8 нед. и хронический – более 8 нед.

Важным критерием, позволяющим очертить круг дифференциально-диагностического поиска этиологии кашля, является его длитель-

ность. Так, острый кашель, как правило, связан с острыми вирусными инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, однако может развиваться при пневмонии, в дебюте и при обострениях бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких. При необходимости диагноз уточняется с помощью рентгенологического исследования и оценки показателей внешнего дыхания.

Распознавание причины подострого и хронического кашля, как правило, представляет большие трудности. Анализ проведенных исследований показал, что наиболее частыми причинами такого кашля являются хронический риносинусит, бронхиальная астма и рефлюкс. Среди

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО КАШЛЯ У ВЗРОСЛЫХ



В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

других часто встречающихся причин указываются перенесенные респираторные инфекции, хронический бронхит (у курящих людей) и хроническая обструктивная болезнь легких. Нередко кашель связан с приемом ингибиторов аngiotenzin-превращающего фермента. Другие причины кашля встречаются реже. К ним относятся заболевания органов дыхания (плевриты, новообразования, интерстициальные заболевания легких). Кашель также может быть следствием патологии ЛОР-органов. Кроме того, хронический кашель часто сопровождается заболеваниями системы кровообращения (сердечную недостаточность, аневризму аорты, тромбэмболию легочной артерии, пороки сердца, перикардит), диффузные болезни соединительной ткани (синдром Шегрена, системную склеродерию). В качестве относительно редких причин рассматриваются узловой зоб, менингит, «высокогорная» болезнь (табл. 1).

При проведении дифференциальной диагностики кашля необходим тщательный анализ особенностей симптома. Следует обратить внимание на характер кашля: «лающий» характерен для отека слизистой горлани, непродуктивный битональный – для экспираторного стеноза трахеи, приступообразный – для бронхиальной астмы, малопродуктивный утренний – для хронического бронхита курильщиков и т.д. Также важны анамнестические указания на длительность кашля, взаимосвязь с перенесенной инфекцией, началом приема лекарственных препаратов, наличие вредных привычек (курения). Лабораторные исследования (общий анализ крови и мокроты) и инструментальные исследования (рентгенография органов грудной клетки, исследование функции внешнего дыхания, при необходимости, компьютерная томография органов грудной клетки, трахеобронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, эхокардиография, рентгенологические исследования пазух носа) позволяют уточнить причину возникновения кашля.

Рабочей группой европейского респираторного общества разработан алгоритм диагностики хронического кашля, представленный на рисунке 1.

Успешное лечение кашля является важной задачей. В помощь практикующему врачу респираторные общества, в частности Американская коллегия врачей – специалистов по заболеваниям грудной клетки (American College of Chest Physicians, ACCP), Европейское респираторное общество (European Respiratory Society, ERS), Британское торакальное общество (British Thoracic Society, BTS) создали специальные рекомендации по ведению пациентов с кашлем.

Наиболее эффективной оказывает-

ся этиотропная терапия кашля, которая предполагает либо устранение причины кашля (отмена препаратов, вызывающих кашель, устранение контакта с аллергеном, отказ от курения), либо ликвидацию патологического процесса, ставшего причиной кашля (антибактериальная терапия пневмонии и других респираторных инфекций, терапия гастроэзофагеального рефлюкса, компенсация хронической сердечной недостаточности).

В качестве патогенетической терапии воспалительных заболеваний респираторной системы, являющихся наиболее распространенной причиной кашля, необходимо включить препараты, способствующие восстановлению реологических свойств мокроты и улучшающие дренажную функцию бронхов.

В настоящее время препараты, применяемые для удаления мокроты, делятся на две основные группы: препараты, стимулирующие отхаркивание (секретомоторные); муколитические (или секретолитические) препараты.

Секретомоторные препараты усиливают физиологическую активность мерцательного эпителия и перистальтические движения бронхиол, способствуя продвижению мокроты из нижних отделов дыхательных путей в верхние и ее выведению.

Этот эффект обычно сочетается с усилением секреции бронхиальных желез и некоторым уменьшением вязкости мокроты. Условно препараты этой группы делят на 2 подгруппы: рефлекторного и резорбтивного действия.

Средства рефлекторного действия (препараты термопсиса, истода, алтея и других лекарственных растений, натрия бензоат, терпигидрат и др.) при приеме внутрь оказывают умеренное раздражающее действие на рецепторы слизистой оболочки желудка, что возбуждает рвотный центр продолговатого мозга, в результате чего усиливается секреция слюнных желез и слизистых желез бронхов. Ряд препаратов рефлекторного действия частично обладает также резорбтивным эффектом: содержащиеся в них эфирные масла и другие вещества выделяются через дыхательные пути и вызывают усиление секреции и разжижение мокроты.

Ко второй подгруппе относятся препараты резорбтивного действия (йодид натрия и калия, аммония хлорид, частично – натрия гидрокарбонат и др.), которые, всасываясь в желудочно-кишечном тракте, выделяются слизистой оболочкой дыхательных путей, стимулируя бронхиальные железы и вызывая непосредственное разжижение (гидратацию) мокроты.

**Бунягин Н.Д., Утешев Д.Б.,
Свириденко А.В.**

ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КАШЛЯ У ВЗРОСЛЫХ

Острый кашель < 3 недель	Инфекции верхних дыхательных путей -вирусные -бактериальные
	Пневмонии
	Аспирация инородного тела в дыхательных путях
	Заболевания ЛОР-органов
	Обострение бронхиальной астмы
Подострый кашель от 3 до 8 недель	Обострение хронической обструктивной болезни легких
	Кашель после перенесенной инфекции
	Заболевания ЛОР-органов
	Дебют хронической болезни легких и внелегочной патологии
Хронический кашель > 8 недель	Бронхиальная астма
	Хронический риносинусит
	Плеврит
	Инстерциальная болезнь легких
	Туберкулез легких
	Новообразования верхних дыхательных путей и легких
	Курение
	Заболевание ЛОР-органов -хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов -новообразования -аномалии строения ЛОР-органов (длинный язычок и др.)
	Заболевания сердечно-сосудистой системы -сердечная недостаточность -пороки сердца -перикардит
	Заболевания желудочно-кишечного тракта -гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь -грыжа пищевого отверстия диафрагмы
	Прием лекарственных препаратов (наиболее часто – ингибиторов АПФ, реже – амиодарона)
	Диффузные заболевания соединительной ткани
	Ятрогенные причины (бронхоскопия, ларингоскопия, постинтубационный синдром)

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

В последнее время только ленивый не направляет запросы в медицинские организации: государственные и муниципальные органы власти, суды, милиция, прокуратура, адвокаты, депутаты, работодатели, страховые компании, родственники пациентов и пр. Всем соответственно, нужно срочно, и непременно оригиналами документов.

А есть ли право у всех этих субъектов запрашивать сведения, содержащие врачебную тайну?

В российском законодательстве одним из основных прав, гарантированных человеку Конституцией РФ, является право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени (ч. 1 ст. 23). Статья 24 Конституции РФ сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются.

Нормативным документом, регламентирующим право на конфиденциальность информации о состоянии здоровья, как одно из основных прав пациента, является ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993 г. с последующими изменениями и дополнениями.

В статье 61 Основ законодательства раскрывает понятие «врачебной тайны» как «информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении». Обращаем ваше внимание, что перечень сведений не является исчерпывающим, следовательно, вывод о том, что любая информация о пациенте, ставшая известной медицинскому работнику в процессе выполнения им профессиональной деятельности врачебной тайной, правомерен.

Лицами, которым врачебная тайна стала известной при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, ее разглашение не допускается, кроме случаев, установленных законом.

Такие случаи могут быть двух видов:

- либо с согласия гражданина или его

законного представителя (тут все понятно, только стоит обращать внимание на оформление и содержание такого согласия, например, пациент дает согласие на разглашение диагноза, но не хочет, чтобы передавались сведения относительно прогноза заболевания и пр.);

- либо, без согласия гражданина или его законного представителя, но в четко определенных законом случаях:

- 1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

- 3) по запросу органов дознания и следствия и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

- 4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему (в возрасте до 15 лет, больному наркоманией в возрасте до 16 лет), для информирования его родителей или законных представителей;

- 5) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

- 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы в порядке, установленном положением о военно-врачебной экспертизе, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Как мы видим, ни страховых компаний, ни адвокатов, ни депутатов, ни работодателей в данном перечне не предусмотрено. В некоторых федеральных законах указывается право этих лиц на сбор информации, но порядок установленным законодательством. Следовательно, по запросу лиц, не указанных в ст. 61 Основ, передача сведений, составляющих врачебную тайну, возможна по общему правилу – только при наличии согласия гражданина (его законного представителя) в отношении которого запрашиваются сведения.

Что касается судов и правоохранительных органов, существенным является условие «в связи с проведением расследования или судебным разбирательством» его

Это означает, что соответствующий запрос

должен содержать информацию о проводимом расследовании или судебном процессе (желательно с указанием реквизитов дел), хотя возможна ссылка в запросе и на то, что есть основания полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Постановлением Пленума Верховного Суда РФ от 05.03.2004 № 1 (ред. от 23.12.2010) «О применении судами норм Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» было отмечено, что «высказывание медицинских документов, содержащих сведения, являющиеся врачебной тайной, производится на основании судебного решения, принимаемого в порядке, установленном статьей 165 УПК РФ».

Вместе с тем, если органам дознания и следствия или суду в связи с проведением предварительного расследования или судебным разбирательством необходимы лишь сведения, составляющие врачебную тайну (факт обращения за медицинской помощью, диагноз заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении гражданина), то в соответствии со статьей 61 Основ они могут быть представлены по запросу органов дознания и следствия или суда без согласия гражданина или его законного представителя. В этом случае получение судебного решения о разрешении указанных сведений не требуется».

Отдельную сложность представляют запросы, относительно умерших граждан. Поскольку законодатель четко регламентирует порядок разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, то в целях соблюдения норм действующего законодательства Российской Федерации, а так же прав и законных интересов пациентов, представляется

невозможным разглашение врачебной тайны после смерти человека, если при жизни не было оформлено соответствующее согласие.

Статьей 150 ГК РФ «...жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность...» отнесены к нематериальным благам человека. Согласно ст. 1112 ГК РФ личные нематериальные права и другие нематериальные блага не входят в

состав наследства. Следовательно, все требования родственников о выдаче им медицинских документов после смерти гражданина незаконны. Эти лица имеют право обратиться в суд или правоохранительные органы и в случае наличия достаточных оснований этими органами в определенном порядке могут быть истребованы медицинские документы.

В заключении хочу отметить, что Указом Президента РФ от 06.03.1997 № 188 (ред. от 23.09.2005) «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера» «врачебная тайна» отнесена к сведениям конфиденциального характера наряду с коммерческой, нотариальной, адвокатской тайной, тайной следствия и судопроизводства и пр. Законом точно так же регулируется и охраняется банковская тайна. Но ведь мало у кого возникнет желание без нотариальной доверенности требовать показать счет супруга в банке или завещание дедушки у нотариуса, прочитать чужое письмо на почте? И уж точно мало кому в голову придет в случае отказа устраивать скандал? Почему? Может потому что есть правила и все их исполняют.

Тогда почему точно такие же правила никто не исполняет в здравоохранении? Может дело в медицинских работниках? Не зная и не исполняя норм права сами, мы никогда не сможем потребовать этого от окружающих. Ведь зачастую правомерный отказ возмущает обратившегося не свой правомерностью (как правило, в итоге он не сомневается), а тем «что везде то все выдают!» А почему Вы нет??»

И не стоит забывать об ответственности. Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение врачебной тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

М.Н. Лесникова

ПРАЗДНИКИ КАК БУДНИ

Время, когда вся страна в течение нескольких дней отмечала Новый год и Рождество, многие наши коллеги провели на рабочем месте.

Так brigades скорой медицинской помощи в праздничные дни высыпали на вызовы в течение суток в среднем 2200 раз, хотя обычно нагрузка на скорую помощь составляет 1700 вызовов в сутки. Всего за первые десять дней нового 2011 года общее количество вызовов на «скорой» осталось 27 тысяч. Особенно выросло число вызовов в связи приступами.

Со значительной перегрузкой работал в новогодние праздники ожоговый центр Новосибирской областной клинической больницы. Как отметил заведующий областным ожоговым центром Андрей Шмырин, парадоксально, но среди тех, кому потребовалась помощь комбустинологов, не было ни одного человека, который пострадал by непосредственно во время празднования, например, от взгорания скли или взрыва пиротехники.

31 декабря в ожоговый травмпункт ГНОКБ обратились сами или были доставлены «скорой» 10 человек, а в период с 1 по 10 января – еще 90 жителей г. Новосибирска и районов области (это в полтора раза больше, чем обычно: в среднем за месяц сюда обращается 200 человек). Двадцать больных были в тяжелом состоянии, они госпитализированы.

Среди обратившихся за помощью – 45 детей дошкольного возраста. Это также больше, чем всегда: как правило, доля детей среди поступивших в ожоговый центр не превышает 25 процентов, а эти праздничные дни каждый второй из пострадавших был ребенок. У всех детей ожоги кипятком (опрокинул на себя чайник, кастрюлю, тарелку с супом), либо контактные (прикоснулся к печке, горячей духовке, раскаленной сковороде, утюгу).

Как считает руководитель ожогового центра, основная причина травм у детей – ослабление внимания со стороны родителей. У взрослых – последствия употребления алкоголя и расслабленность, вызванная длительным отдыхом. В таком

состоянии, говорит Андрей Шмырин, люди теряют привычную настороженность и недооценивают тяжесть последствий. Типичная ситуация – ожоги в бане кипятком: либо пленз на себя кипяток, либо потерял сознание от высокой температуры.

Необычно трудными выдались новогодние «канкины» и для отделения ожоговой реанимации Новосибирской областной больницы. Как признался заведующий отделением Игорь Саматов, всплески тяжелых ожоговых травм всегда волнобраны и потому предсказуемы: весной – когда люди прогревают погреба паяльными лампами и те взрываются; летом, когда горят торфники; и в период зимних экстремально низких температур, когда люди активнее топят печи и ходят греться в баню.

Но картина этих новогодних дней превзошла все ожидания и оказалась максимально напряженной за весь год: в течение праздников в ожоговую реанимацию поступили 17 пациентов. У троих из 17-ти пострадавших были поражения, не совместимые с жизнью, спасти этих пациентов не удалось. Остальные сейчас либо проходят лечение в реанимации, либо лежат активнее топят печи и ходят греться в баню.

Итоги работы отделения плановой и

экстренной консультативной помощи (санитарная авиация) Новосибирской областной больницы в минувшие новогодние праздники в очередной раз подтвердили важность и высокую востребованность этой службы. Служба санитарной авиации трудилась в полном составе все праздничные дни.

По данным заведующего отделением Евгения Васильева, за десять дней врачи провели 384 телефонных консультаций и 28 выездов в районные и городские больницы для оказания помощи пациентам на месте или эвакуации тяжелых пациентов в областную больницу. Чаше всего требовалась помочь взрослым и детским реаниматологам, акушеров-гинекологам, эндоскопистам и детским хирургам, а также специалистов областного ожогового центра.

Накануне Нового года и в праздничные дни самые сложные ситуации выпали на долю акушеров-гинекологов и реаниматологов. Так, 31 декабря врачи санавиации выезжали в г. Бердск, где у женщины в послеродовом периоде возникло опасное для жизни нарушение функции дыхания. Больной была оказана помощь на месте, после чего ее транспортировали в Областную больницу. Также специалистов ОКБ вызывали в Искитим, где после родов у женщины началась массивное кровотечение: суммарно она потеряла около пяти литров крови. Реанимационно-онкологическая бригада отделения санавиации принимала участие в выполнении операции и остановке кровотечения. Как только состояние пациентки стабилизировалось, ее доставили в Областную больницу. Еще одна трагедия едва не произошла в Кочкиево: здесь у женщины случилась внезапная остановка сердца после операции кесарева сечения. Уже через тридцать минут там были специалисты Областной больницы и совместно с коллегами из Кочкиевской ЦРБ оказали всю необходимую реанимационную помощь. Затем пациентку эвакуировали в ГНОКБ. Сейчас все молодые мамы проходят курс лечения в Областной больнице, их жизни ничего не угрожает.

Беременные женщины и новорожденные дети – категория пациентов, которые находятся на особом контроле у наших специалистов, – говорит Евгений Васильев. – На такие вызовы наши врачи выезжают незамедлительно, в любое время суток и в любую погоду. Так, в первые дни января, в самые экстремально морозные дни, детские реаниматологи службы санитарной авиации выезжали в Маслянино, Мошково, Карага, Искитим, Усть-Тарку к тяжелым новорожденным. По мере необходимости эти дети были доставлены в профильные отделения областной больницы.

По словам заведующего отделением плановой и экстренной консультативной помощи, и после праздников востребованность санавиации не уменьшилась.

Согласно санитарной статистике, в 2010 году в Новосибирской области было 11500 родов, из которых 10% – это кесаревы сечения. Всего же родилось 15000 детей. Из них 10% – это новорожденные с осложнениями. Всего же родилось 15000 детей. Из них 10% – это новорожденные с осложнениями.

Всего же родилось 15000 детей. Из них 10% – это новорожденные с осложнениями.

Так, за один сутки 11-12 января было 9

поездок в районы области, в том числе для эвакуации новорожденного ребенка с тяжелой врожденной патологией крови.

Кроме выездов, ежедневная работа сотрудников отделения – мониторинг состояния и коррекция лечения всех тяжелых пациентов, которые находятся в центральных районных больницах Новосибирской области, а также всех беременных женщин с высоким риском осложнений во время родов.

Были объявлены рабочими днями 5 и 6 января и для Новосибирского центра крови.

За два дня с намерением стать донорами сюда обратились 133 человека. В общей сложности было заготовлено 43 литра крови. В целом за десять праздничных дней медицинским учреждениям выдано 82 литра донорской крови и ее компонентов. Больше всего заявок поступало из родильных домов и гематологических центров, пациентам которых часто требуется переливание крови.

В один из выходных дней участвовать в спасении жизни ребенка пришло самим сотрудникам Новосибирского Центра крови. Срочно требовалась кровь для маленькой пациентки НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина, у которой началось угрожающее жизни кровотечение. В таких ситуациях необходим тромбоконцентрат, для приготовления которого можно использовать только тромбоциты «свежей» крови.

Времени, чтобы найти в базе данных НЦК кадровых доноров с нужной группой крови и пригласить их для кроводачи, у медиков не было. Оценяя ситуацию, специалисты Центра сами сдали кровь, и уже через четыре часа, после необходимой процедуры полного тестирования на безопасность, требуемое количество тромбоконцентратов доставили в НИИПК. Кровотечение у ребенка было остановлено.

По материалам пресс-службы НГОКБ, министерства здравоохранения НСО, интернет-сайтов

ЛЮДИ, ХАРАКТЕРЫ, СУДЬБЫ

ВРАЧЕБНАЯ СЕМЬЯ КОЧЕТКОВЫХ



Алексей Вячеславович Кочетков
В семье доцента кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета НГМУ Алексея Вячеславовича Кочеткова два поколения врачей.

Сам Алексей Вячеславович говорит, что выбором профессии в свое время особо не мучился — склонность к естественным наукам привела в медицинский институт. На пятом курсе определилась будущая специальность — акушерство и гинекология. Затем была интернатура и работа в родильном доме городской клинической больницы № 1, где он в течении шести лет заведовал отделением. Отработав девять лет, поступил в

клиническую ординатуру, после ее окончания снова заведовал отделением, потом перешел на кафедру акушерства и гинекологии, расположенную на базе родильного дома № 6. Здесь Алексей Вячеславович работает последние двадцать лет. По мнению доцента Кочеткова, определяющим в профессии врача является честное отношение к делу и интерес к тому, чем занимается. А самым сложным — ответственность за принятые решения: «Сегодня в медицине активно вводятся стандарты лечения. Это объяснимо, поскольку время уникумов в медицине прошло, сейчас — технологии. А технологии должны выполняться на основе стандартов. Но порой решения не укладываются в стандарты. Решение врач всегда принимает один. Если решение не принято, то и результат недостижим. Но ответственность тоже несет один. Это не означает, что врач не имеет право на ошибку. Имеет. Но цена ошибки высока. Как это не печально, но врач учится на своих ошибках. Поэтому важно учиться быстро».

Со своей супругой, Любовь Георгиевной, доктор Кочетков встретился в институте. Они вместе учились. Любовь Георгиевна окончила медицинский институт с красным дипломом.

Своей специальностью выбрала терапию. Любовь Георгиевна работает заведующей терапевтическим отделением в городской поликлинике № 16. Сюда она пришла сразу после окончания интернатуры. Говоря о специальности жены, Алексей Вячеславович не разделяет общепринятого мнения, что терапия — это легко: «Это тяжелая в психологическом плане специальность. Ведь терапевту приходится постоянно держать в голове множество симптомов, диагнозов, препаратов. Надо много знать и постоянно обновлять знания. Кроме того, это специальность, которая предполагает очень большое терпение. Хорошим терапевтом можно стать только при большой любви к этой специальности».

Говорят, что лучшее воспитание — личный пример. Доказательство тому — обе дочери супружников Кочетковых, которые пошли по стопам родителей, тоже стали врачами. «Хотя, — говорит Алексей Вячеславович, — их никто не агитировал. Выбрали профессию они сами». Старшая — Елена Алексеевна — стала анестезиологом-реаниматологом. «Специальность она себе выбирала совсем не женскую», — говорит Алексей Вячеславович. Но выбра-

ла сама. Ей это нравится». Работает Елена Алексеевна в Дорожной клинической больнице. Там же она встретилась со своим мужем — Вячеславом Николаевичем, тоже анестезиологом-реаниматологом. Младшая — Екатерина Алексеевна — стала, как и отец, акушером-гинекологом. И даже поучилась у него в клинической ординатуре. Акушерство, по мнению Алексея Вячеславовича, специальность, хотя и тяжелая в физическом плане, но психологически очень позитивная: «У нас больше положительных эмоций, потому что результат в основном положительный. Хотя и ответственность двойная».

Связь с медициной у Кочетковых не ограничивается узким кругом. Врачом-окулистом работает сестра Любовь Георгиевна — Алла Георгиевна. Племянник Данила Леонидович — фельдшер скорой помощи, племянница Ольга Александровна — медицинская сестра.

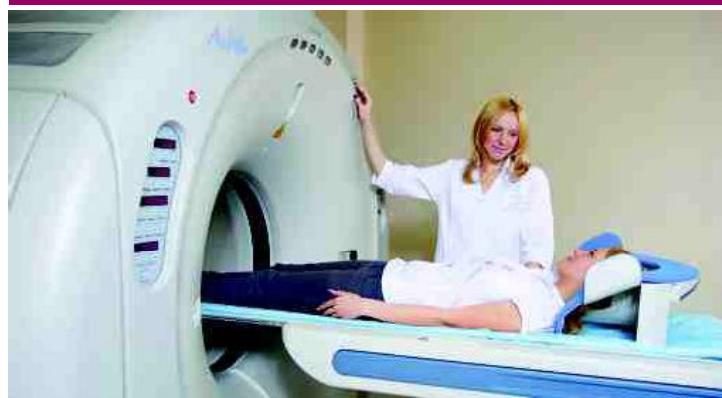
У Алексея Вячеславовича и Любови Георгиевны подрастают внуки. Говорить о том, какую профессию они выберут для себя, еще рано. Но Алексей Вячеславович считает, что в семье, где все врачи, выбор очевиден.

Марина Есикова

АВИЦЕННА

медицинский центр

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР



Высокие технологии должны быть доступны.

Международный сертификат качества ISO 9001-2000

Клиника нашего города

- МРТ (магнитно-резонансная томография)
- МСКТ (мультиспиральная компьютерная томография)
- Рентгенография
- Маммография
- УЗИ
- Эндоскопия
- Функциональная диагностика сердечно-сосудистой патологии

АКЦИЯ!

Жителям районов Новосибирской области скидка:

- МРТ 15%,
- МСКТ 10% (без контрастирования),
- МСКТ с контрастом 5%.

Отделение лучевой диагностики работает КРУГЛОСУТОЧНО.

Новосибирск, проспект Димитрова, 7
Единый справочный телефон: 8 (382) 363-30-03
www.avicenna-nsk.ru

Лицензия №54-01-000653. Федеральная лицензия на высокотехнологичную медицинскую помощь по акушерству и гинекологии №99-01-005981.

Имеются противопоказания. Проконсультируйтесь со специалистом.



ИТОГИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ КРОВИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010 ГОДУ: МНОГО ПОЗИТИВА

Пропедвий год стал годом развития новосибирской службы крови по целому ряду направлений.

Технологии: В 2010 году региональной службой крови переработано и заготовлено 36,8 тонн крови и ее компонентов, что позволило в полной мере удовлетворить потребность лечебных учреждений города и области. При этом с 2010 года уже не 30%, а 80% всей заготовленной крови проходит переработку с применением дорогостоящих высоких лабораторных технологий (автоматический плазмаферез, автоматический тромбоцитотерапия, лейкофильтрация). Их использование

обеспечивает более высокое качество препаратов и позволяет снизить возможные негативные реакции организма реципиента на переливание «чужой» крови. Расходы на применение высоких технологий в службе крови покрывают бюджет Новосибирской области.

Доноры: Главное достижение минувшего года – в 2 раза в сравнении с 2009 годом увеличилось число повторных доноров, то есть людей, которые приходят на пункты заготовки крови не по одному разу, а регулярно. Таких в 2010 году было 30 348 человек из 45,4 тысяч пришедших сдавать кровь.

Служба крови Новосибирской области вышла на среднеевропейский уровень по количеству кроводач в течение года на одного донора – 2,5. Данный показатель говорит о том, что в регионе формируется стабильный резерв кадровых доноров. Это очень высокий результат, достичь которого удалось пока далеко не всем субъектам РФ, – говорит главный трансфузиолог Новосибирской области Константин Хальзов.

Награды: В прошлом году 238 новосибирцев были удостоены звания «Почетный донор России». Таким образом, общее число Почетных доноров в регионе достигло 10 480 человек.

Партнерство: В Новосибирской области очень активно развивается корпоративное донорство. В 2010 году у службы крови появились новые партнеры, это – Новосибирская таможня, ОАО Сбербанк, Новосибирский медицинский колледж, Аэропорт «Толмачево», Служба судебных приставов, МНТК «Микрохирургия глаза», Новосибирский завод химконцентратов, банк УРАЛСИБ, НОМОС-БАНК. На сегодняшний день в общей сложности выездные Дни донора постоянно проводятся в 14-ти учреждениях, предприятиях и организациях региона.

«ЗЕЛЕНАЯ ВОДА» ГРОЗИТ ПОЛНОЙ СЛЕПОТОЙ КАЖДОМУ СЕДЬМОМУ

В Новосибирской областной больнице формируется регистр больных глаукомой. Наш регион один из первых в стране, где приступили к такой работе.

Глаукома или как ее еще называют «зеленая вода» – и заболевание глаз, которое развивается бессимптомно и может привести к полной слепоте. До сих пор поименного списка людей с глаукомой в регионе не было, и врачи не могли отслеживать состояния каждого пациента в динамике, чтобы вовремя корректировать лечение. Теперь такая

возможность есть.

Как пояснила заведующая отделением микрохирургии глаза Областной больницы д.м.н. Анжела Фурсова, создание регистра очень важно именно сегодня, когда заболеваемость глаукомой растет среди людей молодого возраста. Если десять лет назад среди тех, кто ослеп и стал инвалидом, было всего 3% людей трудоспособного возраста, то сейчас – уже 15%.

На данный момент в регистре сведения о 20-ти тысячах пациентов. Однако,

согласно международной системе расчетов, в регионе с такой численностью населения, как в Новосибирской области, глаукомой должны страдать не менее 50 тысяч человек.

– В нашем распоряжении имеются все технологии для оказания эффективной помощи на первой-второй стадиях глаукомы: лекарства, хирургическое оборудование, лазерная установка. Мы можем затормозить процесс утраты зрения. Поэтому сегодня первоочередная задача офтальмологов – выявить

всех жителей региона, у кого есть начальные признаки болезни, – говорит Анжела Фурсова.

В 2010 году в отделении микрохирургии глаза ГНОКБ выполнены более 400 операций при глаукоме, в том числе 80 высокотехнологичных вмешательств с имплантацией дорогостоящих клапанов и дренажей для оттока внутрглазной жидкости (65 – взрослым и 15 – детям). Такие операции – мировой уровень лечения глаукомы. Средства на них выделяются областной бюджет.

КОНКУРС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА «ВРАЧ ГОДА»

Правительством РФ принято новое постановление от 13.01.2011 № 2 «О единовременном денежном поощрении лучших врачей» (вступает в силу 27.01.2011 года).

Этот документ увеличивает число номинаций на врачебном конкурсе по сравнению с прошлыми годами, хотя из конкурса исключена номинация «Лучший врач госпитала ветеранов войн». С 2011 года конкурс пополнился такими врачебными специальностями как кардиология, сердечно-сосудистая хирургия, урология и эндокринология. Кроме того, добавлены номинации «За

верность профессии», «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека», «За создание нового метода лечения», «За создание нового метода диагностики», «За создание нового направления в медицине», «За вклад в развитие медицины, внесенный представителями фундаментальной науки» и «За медицинскую помощь пострадавшим во время войны, террористических актов и стихийных бедствий». По всем этим номинациям, кроме первой, награда может быть присуждена коллективу специалистов.

Практически ежегодно представители

нашей области достойно занимали призовые места на общероссийском конкурсе. Для участия во Всероссийском врачебном конкурсе этого года от Новосибирской области уже представлены кандидатуры девяти победителей областного конкурса «Врач года – 2010».

Учитывая изменения номинаций общероссийского конкурса, а также несоответствие Положения об областном конкурсе, утв. Постановлением губернатора Новосибирской области от 15.06.2009 № 256, сложившимися традициям его проведения, Правление НОАВ обратилось к министру здравоохранения с просьбой в ближайшее время инициировать новое постановление губернатора Новосибирской области о проведении областного конкурса профессионального врача мастерства и оказать содействие в решении вопросов финансирования проведения областного конкурса и выплаты денежного поощрения победителю конкурса.

Полный текст постановления Правительства РФ от 13.01.2011 № 2 «О единовременном денежном поощрении лучших врачей» (с перечнем номинаций) и письмо НОАВ размещены на сайте НОАВ www.noav.ru

ВАКАНСИИ

МБУЗ «Городской поликлинике

№ 22» срочно требуются:

- участковый врач терапевт
- участковый врач педиатр
- врач эндокринолог
- врач хирург
- врач семейной практики
- врач акушер гинеколог
- врач пульмонолог
- фельдшер
- медицинская сестра
- рентгенолог

Требования к кандидатам:

- наличие интернатуры, первичной специализации (профессиональная переподготовка),
- сертификат специалиста

Приглашаются выпускники лечебного факультета НГМУ для прохождения интернатуры с последующим трудоустройством в поликлинику № 22.

Дополнительную информацию можно получить по телефону отдела кадров 342-70-51. Обращаться в отдел кадров (кабинет 322).

МУЗ «Купинская ЦРБ» приглашает на работу:

- врача акушера-гинеколога
- врача отоларинголога

Требования к кандидатам: наличие первичной специализации, сертификат специалиста.

Предоставляется жилье. Вопрос оплаты труда решается индивидуально.

Обращаться: 632735, Новосибирская область, г.Купино, ул.Лесная,1.

Телефоны: 8-383-58-23-813, 8-383-58-20-332.

МБУЗ «Городской поликлинике

№ 13» требуются:

- врач-терапевт
- врач – педиатр
- лор – врач
- врач общей врачебной (семейной) практики (ОВП)
- фельдшер
- медицинская сестра

Требования к кандидатам: наличие действующего сертификата специалиста, первичная специализация.

Для врача ОВП предоставляется служебное благоустроенное жилье (3-х комнатная квартира)

Обращаться к главному врачу по адресу: г. Новосибирск, ул. Герцена,11 Каб. №336
Контактный телефон: 8(383)317-27-40
Электронный адрес: mp-13@ngs.ru

МБУЗ «Городской поликлинике

№ 20» требуются:

- врач-офтальмолог
- врач терапевт участковый
- врач-нефролог
- врач-отоларинголог
- гигиенист стоматологический
- медицинская сестра участковая
- медицинский регистратор

Дополнительная информация по телефону: 220-42-28

Министерство здравоохранения Новосибирской области

объявляет конкурс на замещение 5 вакантных должностей в организационно-методический отдел (без замещения должностей государственной гражданской службы Новосибирской области).
Подробности на сайте НОАВ:
www.noav.ru