



В НОМЕРЕ

В Москве обсудили проблемы введения саморегулирования в здравоохранении

Стр. 2

Страхование профессиональной ответственности медицинских работников: рекомендации при заключении договора

Стр. 4

Конспект практического врача: подходы к диагностике и терапии гастрита, ассоциированного с рефлюксом желчи

Стр. 5

Медицинские новости

Стр. 8

ДВА НОВЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ЗАЛА ОТКРЫТО В ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ



Новые операционные залы, открытые 3 апреля в Государственной Новосибирской областной клинической больнице, будут использоваться для проведения экстренных хирургических вмешательств. Всего на строительство и оборудование новых залов направлено более 40 млн рублей из средств областного бюджета, сообщил на открытии министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванинский.

Новый операционный блок размещен не на

пятом этаже, где находятся залы для плановых операций, а внизу, на первом этаже, в максимальной близости от экстренного приемного покоя. «Я тридцать лет работаю в больнице и всегда мечтал о том, чтобы экстренная операционная была на первом этаже, – сказал на открытии главный врач ГНОКБ Анатолий Юданов. – Хирурги хорошо знают, что бывают случаи, когда счет идет на секунды и любая задержка в транспортировке может стоить пациенту жизни».

Два операционных зала, в каждом – по два хирургических стола. Современные материалы, качественные светильники, система кондиционирования и вентиляции, обеспечивающая очистку воздуха над операционным полем. Универсальное оборудование, позволяющее выполнять любые экстренные хирургические вмешательства, в том числе и малоинвазивные, без больших разрезов. Таким образом, в операционных залах созданы все условия для того, чтобы быстро и профессионально помочь



попавшему в беду человеку.

Примечательно, что ленточку на торжественном открытии перерезали хирургическими ножницами. А в понедельник, 6 апреля, инструмент использовался уже по своему основному назначению: в течение первого дня работы экстренного операционного блока хирурги прооперировали трех пациентов.

*Фотографии предоставлены
пресс-службой ГНОКБ*

19 марта 2015 года Председатель Правительства России Дмитрий Медведев подписал Распоряжение № 454-р о заключении концессионного соглашения в отношении объекта здравоохранения ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна». Этот инвестиционный проект Минздрава РФ стал первым федеральным проектом в социальной сфере с использованием концессионного механизма, для реализации которого запланировано привлечение средств частных инвесторов.

На прошедшей 8 апреля пресс-конференции «Опыт ГЧП в России. Федеральная концессия в социальной сфере в г.Новосибирске» заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой заявил: «Впервые в России на федеральном уровне достигнуто соглашение о старте концессии с использованием федерального имущества».

Все мероприятия проходят в рамках ФЗ-115. С 2005 года, как действует этот закон, было принято 8 актов концессионных соглашений, но все они реализованы в сфере дорожного строительства, а в социальной сфере и в здравоохранении ничего не было. Данный проект уникален тем, что не предполагает бюджетного финансирования, полностью будет реализован на деньги инвесторов».

Цель реализации проекта – создать на базе имущества Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна конкурентоспособные производства в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии. Объектом концессионного соглашения будет выступать нежилое здание федеральной собственности в Новосибирске (строительство было начато более 20 лет назад) площадью 7 685,6 кв. м на земельном участке площадью более 17 тыс. кв.м. Промышленный медицинский парк будет создан в три очереди строительства в период 2015-2018 годов.

Общий объем инвестиций на первых двух этапах составляет 685 млн. рублей. Из них около 330 млн. рублей – на создание инженерных коммуникаций, 355 млн. рублей – на ремонт здания и размещение следующих производств:

- производство эндопротезов (полный цикл);
- производство металлоконструкций для травматологии и ортопедии (полный цикл);
- производство экзопротезов (полный цикл);
- производство аппаратно-программных комплексов для реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательной и нервной систем.

Объем инвестиций на реализацию третьей очереди (расширение производственных площа-

ВЫГОДНО ВСЕМ

дей в области регенеративной медицины, производство медицинских изделий на основе 3D-технологий, формирование центров прототипирования металлообработки, создание сервисных площадей) будет уточнен после завершения первых двух этапов. Минздрав России планирует заключить концессионное соглашение до конца текущего года.

Сергей Краевой добавил, что данный проект выгоден абсолютно всем сторонам концессии. «Проект предполагает создание 143 рабочих места, в бюджет ожидается 2,6 млрд рублей налоговых поступлений за 15 лет, государство получит 26 миллионов в рамках соглашения, с НИИ снимается необходимость содержать здание, находящееся у них на балансе и не приносящее прибыли, а пациенты получают высокотехнологичную медицинскую помощь. Плюс реализуется политика импортозамещения – изделия института составят конкуренцию импортным аналогам», – отметил Сергей Краевой.

(по материалам АМИ-ТАСС)

В МОСКВЕ ОБСУДИЛИ ПРОБЛЕМЫ ВВЕДЕНИЯ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Коренное отличие здравоохранения России от здравоохранения других стран мира состоит в том, что в российской системе главным субъектом лечебной деятельности является медицинское учреждение, а не врач. Возникает проблема ответственности медицинских работников, которые, не обладая соответствующими правами, не включены в механизм ответственности за профессиональную деятельность. Решить проблему можно только через создание саморегулируемых медицинских организаций, которые получат ряд государственных управленческих функций. Такое мнение высказал председатель комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Калашников на круглом столе «Особенности саморегулирования профессиональной деятельности в здравоохранении», который прошел в Москве в рамках V Всероссийского форума саморегулируемых организаций 20 марта.

Три проблемы, которые решит саморегулирование

Во многих случаях, как отметил Калашников, государство не обладает достаточной компетенцией для принятия соответствующих решений, однако для саморегулируемых организаций такие задачи не являются проблемой. В качестве примера спикер привел наличие института главных специалистов Минздрава. «Институт главных специалистов есть в любой стране, — сказал Сергей Вячеславович. — Им доверено определять политику в той или иной нозологии. Но на сегодняшний день главные специалисты Минздрава, которые должны выполнять экспертную функцию, искусственно сужают свои возможности и функции, передавая их экспертному совету. Однако никакие эффективные советы невозможно дать без широкого обсуждения в профессиональном сообществе методов лечения, лекарственных форм, организации соответствующего направления». В частности, по словам Калашникова, минимум 30% лекарств из тех, что входят в ЖНВЛС, по оценке лечащих врачей, либо устарели, либо значительно менее эффективны, чем аналоги, либо вообще запрещены в Евросоюзе. Однако, будучи рекомендованы главными специалистами, они попали в список. При существовании соответствующих профессиональных сообществ этого не было бы допущено.

Еще одной проблемой является профессиональная незащищенность врачей, сказал Калашников. «Речь идет не о профсоюзе, — отметил он, — речь идет о профессиональной защите специалистов, принимаемых во врачебный союз. Причем необходимо не только защитить членов такого союза, но и сделать так, чтобы исключение из профессиональной ассоциации лишало врача возможности найти работу».

Третья проблема заключается в том, что профессиональные организации очень трудно объединяются и без соответствующей вертикальной структуры не могут быть институтом гражданского общества и фактором управления.

Тернии на пути саморегулирования

Заместитель председателя комитета по здравоохранению Государственной Думы Сергей Дорофеев отметил, что концепция развития саморегуляции была разработана по заданию президента РФ Владимира Путина. Разработчиками явились РСПП вместе с Минэкономразвития. До недавнего времени имелся лишь базовый закон о саморегулируемых организациях № 315 и несколько частных законов, однако общей концепции развития саморегулируемых организаций до сих пор нет. Поскольку стали появляться законы, которые противоречат друг другу и самой идеологии развития саморегулирования, президент дал задание разработать общие правила саморегулирования в любой области. Причем в этой концепции утверждается необходимость национального объединения даже при добровольных формах саморегулирования. Именно национальное объединение, отметил Дорофеев, может получить часть государственных функций, так как добровольные объединения саморегулируемых организаций такие полномочия не подразумевают. По сути, в этой концепции можно выделить несколько квалифицирующих признаков, которые относятся как непосредственно к самой организации, так и к системе саморегулирования, регламентируя национальные объединения и установленные процедуры допуска к профессии. Базовый закон №315, сказал Дорофеев, нацелен на саморегулирование организаций, основанных на добровольном членстве субъектов, прежде всего предпринимательской деятельности, либо субъектов профессиональной деятельности. В этом же законе имеются определенные квалифицирующие признаки, которые предъявляются к саморегулируемой организации: наличие субъектов, стандартов, обеспечение имущественной ответственности. За последним определением стоит страхование профессиональной ответственности, то есть ответственности за вред, который саморегулирующая организация может принести в результате деятельности ее членов. В основном это касается добровольных СРО, однако в этом же законе отмечена возможность наличия СРО с обязательным членством. Сложность состоит еще и в том, отметил Сергей Дорофеев, что основная цель закона № 315 — повышение конкурентоспособности при помощи саморегулирования, однако задача медицины — не конкуренция, а повышение качества лечения.

На сегодняшний день деятельность профессиональных медицинских организаций с особой правосубъектностью регламентируется статьей № 76 Федерального закона № 323 «Основы охраны здоровья граждан в РФ», что отличает их в правовом поле от остальных общественных организаций. Для определения рамок соответствия профессиональных медицинских объединений законодательству Правительство РФ выпустило Постановление № 907, в котором обозначило критерии, которым должно соответствовать общероссийское профессиональное

медицинское объединение, чтобы оно могло получить дополнительные полномочия в сфере охраны здоровья. Такое объединение должно состоять из профильных (по специальностям) медицинских ассоциаций, не менее 25% которых входят в Национальное медицинское объединение. Кроме того, в Национальное медицинское объединение должно войти не менее 50% территориальных организаций (субъектов РФ), то есть как минимум 43 организации. И только в этом случае Правительство может передать дополнительные полномочия такой организации.

Таким образом, в настоящее время необходимо реализовать два этапа.

1. Самоорганизация — то, что пройдено на большинстве территорий РФ. Это создание медицинских Палат (Ассоциаций), которые будут объединять не менее 25 % врачей, работающих на территории субъекта РФ.

2. Самоуправление — переходный этап к саморегулированию, который, по сути, можно назвать обучением профессионального сообщества навыкам самоуправления и саморегулирования, реализуя полномочия статьи 76 Федерального закона № 323 и, возможно, новые полномочия по Постановлению № 907 Правительства РФ.

Кроме этого, в задачи, которые должна решать саморегулируемая организация, входят задачи по участию в системе получения непрерывного профессионального образования, страхования рисков профессиональной деятельности. Что уже сейчас реализуется с помощью пилотных проектов в некоторых субъектах РФ. Среди 96 медицинских специальностей, заметил Дорофеев, существуют специальности, которые исчисляются всего десятками специалистов в стране. В этом случае трудно предполагать, что страхование может проводиться по профильному признаку, оно должно проводиться, скорее всего, среди всех врачей, работающих на территории субъекта РФ. При этом коэффициенты рисков у врачей разных специальностей могут быть разными.

Надо двигаться вперед

Говоря о страховании профессиональной ответственности, председатель Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль отметил, что в настоящее время пилотный проект страхования отрабатывается в Тюмени, и в скором времени будут получены все необходимые лицензионные документы. «Мы стоим на позиции допущения к практической работе только членов единого медицинского объединения страны с возможностью исключения за нарушение этических норм и профессиональной непригодности, — сказал Леонид Михайлович. — Можно принять множество этических кодексов, но они не будут работать, если врач не является членом работающей в едином ключе ассоциации. Мы стали на правильный путь. Он трудный, так как на сегодняшний момент профессиональное сообщество еще не готово полностью взять на себя ответственность за свою деятельность. Однако надо двигаться вперед, потому что времени решать подобные правовые вопросы у нас уже попросту нет».

P.S. 17 апреля в Государственной Думе РФ состоится Парламентские чтения: «Саморегулирование деятельности медицинских профессиональных некоммерческих организаций».

*по материалам АМИ-ТАСС
и собственным материалам*

Завершается первый этап областного конкурса профессионального мастерства «Врач года – 2015». В адрес оргкомитета поступило 75 заявок из 28 лечебных учреждений, в том числе из 9 центральных районных больниц.

Напомним, номинаты и лауреаты областного конкурса участвуют во всероссийском конкурсе «Лучший врач года». Поэтому в 2015 году областной конкурс пройдет по номинациям, определенным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 19 марта 2013 г. N 151н г. Москва «О проведении Всероссийского конкурса врачей», а именно:

- номинация «Лучший педиатр» (врач-педиатр);
- номинация «Лучший неонатолог (врач-неонатолог);
- номинация «Лучший терапевт» (врач-терапевт, врач здравпункта, врач по водолазной медицине, врач по авиационной и космической медицине, судовой врач, врач-аллерголог-иммунолог, врач-гастроэнтеролог, врач-нефролог, врач-гериатр, врач-диетолог, врач-профпатолог, врач-ревматолог, врач-клинический фармаколог);
- номинация «Лучший хирург» (врач-хирург, врач-колопроктолог, врач-пластический хирург, врач-челюстно-лицевой хирург, врач-торакальный хирург, врач-детский хирург, врач-сердечно-сосудистый хирург, врач-нейрохирург);
- номинация «Лучший акушер-гинеколог» (врач-акушер-гинеколог, врач-акушер-гинеколог цехового врачебного участка);
- номинация «Лучший руководитель медицинской организации» (главный врач, президент, директор, заведующий, начальник, управляющий);
- номинация «Лучший кардиолог» (врач-кардиолог, врач-детский кардиолог);
- номинация «Лучший стоматолог» (врач-стоматолог, врач-ортодонт, врач-стоматолог детский, врач-стоматолог-ортопед, врач-стоматолог-терапевт, врач-стоматолог-хирург);
- номинация «Лучший санитарный врач» (врач по санитарно-гигиеническим лабораторным исследованиям, врач по общей гигиене, врач по гигиене детей и подростков, врач по гигиене питания, врач по гигиене труда, врач по гигиеническому воспитанию, врач по коммунальной гигиене, врач по радиационной гигиене, врач-эпидемиолог, врач-бактериолог, врач-вирусолог, врач-дезинфектолог, врач-паразитолог);
- номинация «Лучший военный врач» (военный хирург, военный терапевт, военный анестезиолог-реаниматолог, офицер врач-эксперт, начальник медицинской службы авиационного соединения, начальник медицинской службы корабля, начальник медицинской службы полка, бригады, дивизии);
- номинация «Лучший врач службы крови» (врач-трансфузиолог; врач-гематолог);
- номинация «Лучший врач лабораторной диагностики» (врач-лаборант, врач-лабораторный генетик, врач-генетик, врач клинической лабораторной диагностики, врач-лабораторный миколог, врач-вирусолог, врач-бактериолог);
- номинация «Лучший врач-эксперт» (врач по медико-социальной экспертизе, врач-судебно-медицинский эксперт, врач-патологоанатом, врач-методист, врач-статистик);
- номинация «Лучший инфекционист» (врач-инфекционист, врач-клинический миколог, врач-дерматовенеролог, врач-косметолог);
- номинация «Лучший онколог» (врач-онколог, врач-детский онколог, врач-радиотерапевт);
- номинация «Лучший невролог» (врач-невролог);
- номинация «Лучший психиатр» (врач-психиатр, врач-психотерапевт, врач-психиатр-нарколог, врач-сексолог, врач-судебно-психиатрический эксперт);

ОБЛАСТНОЙ КОНКУРС ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА «ВРАЧ ГОДА – 2015»

номинация «Лучший врач скорой медицинской помощи» (врач скорой медицинской помощи, старший врач станции (отделения) скорой медицинской помощи);

- номинация «Лучший анестезиолог-реаниматолог» (врач-анестезиолог-реаниматолог; врач-токсиколог);
- номинация «Лучший врач медицинской реабилитации» (врач мануальной терапии, врач-рефлексотерапевт, врач-физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, врач по спортивной медицине);
- номинация «Лучший врач инструментальной диагностики» (врач функциональной диагностики, врач-эндоскопист);
- номинация «Лучший врач общей практики (семейный врач)» (врач общей практики, семейный врач);
- номинация «Лучший оториноларинголог» (врач-оториноларинголог, врач-сурдолог-оториноларинголог, врач-сурдолог-протезист);
- номинация «Лучший травматолог-ортопед» (врач-травматолог-ортопед);
- номинация «Лучший участковый терапевт» (врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового врачебного участка);
- номинация «Лучший офтальмолог» (врач-офтальмолог, врач-офтальмолог-протезист);
- номинация «Лучший фтизиатр» (врач-пульмонолог, врач-фтизиатр);
- номинация «Лучший сельский врач» (врачи, работающие в медицинских организациях, расположенных в сельских поселениях);
- номинация «Лучший эндокринолог» (врач-эндокринолог, врач-детский эндокринолог, врач-диабетолог);
- номинация «Лучший участковый педиатр» (врач-педиатр участковый);
- номинация «Лучший уролог» (врач детский уролог-андролог, врач-уролог);
- номинация «Лучший врач лучевой диагностики» (врач-рентгенолог, врач ультразвуковой диагностики, врач-радиолог, врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению);

Так же будут вручены ставшие традиционными специальные призы Правления НОАВ (победитель определяется решением Правления):

Приз «Признание» вручается в трех номинациях:

- «Нашему учителю» (Лауреатом может стать врач, посвятивший себя воспитанию медицинских кадров. В оргкомитет сдается представление коллектива медицинской организации).
- «За преданность врачебной профессии» (Лауреатом может стать врач, отдавший медицине свыше 40 лет. В оргкомитет сдается представление коллектива медицинской организации и конкурсная работа на номинанта).
- «За действие врача в экстремальных ситуациях по спасению жизни человека» (В оргкомитет сдается представление коллектива медицинской организации).

Приз «Молодость.Новаторство.Талант»» (Лауреатом может стать врач-специалист любой специальности, имеющий стаж работы в здравоохранении до 10 лет, проявивший себя как талантливый, подающий надежды врач, который, не смотря на небольшой стаж работы, пользуется уважением коллег и доверием пациентов (В оргкомитет сдается конкурсная работа).

Приз «Зрительских симпатий», который, по сути, приравнивается к Гран-при, поскольку это выбор и признание коллег в зале во время финала.

Приз «Самой активной команде болельщиков», вручается команде болельщиков за активное участие в финале конкурса.

Полная версия номинаций в Положении о конкурсе 2015 на сайте НОАВ(www.noav.ru) в разделе «Документы».

Врачи, представленные коллективами МО на конкурс, в срок до 20.04.2015 года оформляют и передают в оргкомитет работу, которая состоит из следующих документов:

1. Выписка из протокола собрания коллектива. Представление секретаря первичной организации НОАВ.
 2. Анкета конкурсанта.
 3. Копия личного листка по учету кадров (форма Т-2), заверенная руководителем МО, печать МО.
 4. Копия диплома о высшем образовании, заверенная руководителем МО печать МО.
 5. Характеристика о трудовой деятельности, заверенная руководителем МО печать МО.
 6. Сведения об основных итогах профессиональной деятельности с отражением динамики статистических показателей за последние 3 года, заверенная руководителем МО печать МО.
 7. Сведения о внедрении конкурсантом или при его непосредственном участии новых, особо уникальных технологий профилактики, диагностики и лечения (указать какими).
 8. Перспективы профессиональной деятельности.
 9. Рекомендации врачебных ассоциаций, научных обществ, руководителей органов и учреждений здравоохранения, ведущих ученых и специалистов, главных специалистов территорий (любые – одно, два и более), мнение о враче больных.
 10. Владение смежными специальностями.
 11. Патенты, рационализаторские предложения, научные и практические публикации в медицинских изданиях (копии, заверенные руководителем МО).
 12. Дипломы, свидетельства, сертификаты и др. о повышении квалификации, специализации и пр. (копии, заверенные руководителем МО).
 13. Мнение руководства МО о нравственных качествах врача – сердечность, душевность, приносит ли встреча с врачом облегчение больному, умеет ли врач разъяснить смысл своих рекомендаций, умеет ли слушать рассказ пациента о жалобах, за внешним поведением видеть страдание больного, как вел себя в экстремальных ситуациях, при необходимости сверхурочной работы (отражается в характеристике).
 14. Фотографии конкурсанта (от трех штук, одна портретная).
 15. На эл. носителях фотографии конкурсанта (5-8 шт., из которых 1 обязательно портретное фото).
- Работы сдают в оргкомитет до 29.04.2015 года по адресу: г. Новосибирск, ул. Серебренниковская, 42, (каб. 105 или 212).
- Получить консультации по подготовке работ на конкурс можно у Аксеновой Елены Анатольевны (2663822, noav54@ngs.ru), Тулуповой Елены Геннадьевны (89039975133, noavsib@ngs.ru).



СТРАХОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА

Руководители многих медицинских организаций в Новосибирской области, обеспокоенные высоким риском привлечения к гражданско-правовой ответственности по искам пациентов, рассматривают вопрос о заключении договора страхования профессиональной ответственности, тем более, что такие предложения регулярно поступают от страховых компаний.

Оставляя в стороне проблемы правового регулирования данного вопроса в нашей стране, хотелось бы непосредственно обратиться к основным факторам, которые, на мой взгляд, следует учитывать при принятии решения о заключении такого договора или отказе от него.

Прежде всего, необходимо оценить реальную степень риска, которую несет в себе медицинская деятельность конкретной организации с точки зрения возможного материального ущерба от удовлетворения законных требований пациентов. Судебная практика по «медицинским» делам свидетельствует, что отдельные отрасли медицинской деятельности являются лидерами по частоте привлечения медицинских организаций к гражданско-правовой ответственности, а также по размерам возмещений материального и морального вреда в пользу пациентов. Таким лидерами стабильно являются хирургия, в том числе, пластическая хирургия, акушерство и гинекология, стоматология, травматология и психиатрическая медицина. Таким образом, у медицинских организаций, работающих в перечисленных областях, имеются явные «показания» к заключению договора страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Все остальные могут подходить к этому вопросу более свободно и более придирчиво анализировать предлагаемый им договор страхования, чтобы убедиться в наличии своей выгоды от его заключения.

Следующий момент, от которого зависит целесообразность заключения договора страхования для медицинской организации – это степень покрытия страховым возмещением возможных финансовых рисков. В отношении привлечения к гражданско-правовой ответственности перечень этих финансовых рисков определяется теми мерами ответственности (санкциями), которые могут быть применены к медицинской организации за ненадлежащее осуществление медицинской деятельности. Меры гражданско-правовой ответственности в данном случае довольно разнообразны и включают в себя, в частности:

- 1) возмещение материального вреда, причиненного жизни и здоровью гражданина (утраченный заработок (доход), расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, и т.д.);
- 2) возмещение морального вреда при причинении вреда жизни и здоровью пациента и в иных случаях, установленных законодательством;
- 3) штрафы, пени, неустойки, предусмотренные Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «О защите прав потребителей».

В случае неблагоприятного результата судебного спора к этим суммам придется добавить возмещение расходов противоположной стороны на участие в деле представителей (юридические услуги) и на иные судебные расходы. При этом следует отметить, что средняя сумма расходов на услуги юристов по медицинскому делу или на проведение судебно-

медицинской экспертизы уже приближается к трехзначной цифре.

Очевидно, что чем больше видов (мер) гражданско-правовой ответственности медицинской организации и на большую сумму покроем страховое возмещение, тем выгоднее для организации заключение договора страхования.

До недавнего времени страховые компании предлагали медицинским организациям правила страхования, предусматривающие возмещение только материального (имущественного) вреда, причиненного жизни и здоровью пациента, и только в соответствии с судебным решением. В соответствии с договором страхования не возмещались суммы компенсации морального вреда, в том числе, присужденные судом, а также часто и суммы материального вреда, о которых стороны спора договорились в досудебном порядке. Кроме того, правила страхования, как правило, имели оговорки в отношении возмещения расходов на особо дорогостоящее и длительное лечение (например, не оплачивались расходы на лечение онкологических больных и ВИЧ-инфицированных). Также в страховое возмещение не входили суммы, связанные с уплатой медицинской организацией штрафов, пени и неустоек, предусмотренных гражданским законодательством и законом РФ «О защите прав потребителей».

Указанные страховые программы не слишком выгодны большинству медицинских организаций, поскольку присуждение в пользу пациента значительных сумм возмещения материального ущерба являлось редкостью, а более мелкие и частые риски страховкой не покрывались. Кроме того, в целях поддержания своей положительной репутации многие медицинские организации, особенно частной формы собственности, предпочитали улаживать споры с пациентами путем переговоров на досудебном этапе, что, как указывалось, часто исключало возможность страхового возмещения.

В настоящее время ситуация немного изменилась. Так, например, стало обычным страховое возмещение сумм материального вреда, причиненного пациенту и возмещенного медицинской организацией в претензионном порядке вне какого-либо судебного дела. Страховые компании готовы включить в страховое возмещение компенсацию морального вреда, присужденную судебным решением или предусмотренную мировым соглашением, утвержденным судом, а также пойти на некоторые другие индивидуальные отклонения от стандартного договора страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

При заключении договора страхования следует убедиться, что этим договором охватывается вся медицинская деятельность организации, т.е. деятельность каждого ее медицинского работника при осуществлении любого вида медицинской помощи. В этих целях соответствующие формулировки договора страхования лучше изложить в соответствии с терминологией законодательства об охране здоровья граждан. Так, в проектах договора страхования, которые предлагают страховые компании, медицинская деятельность, в связи с которой наступает страховой случай, может не включать в себя медицинскую профилактику или медицинскую реабилитацию, при осуществлении которых также может быть причинен вред пациенту. Это упущение можно исправить по инициативе медицинской организации. Таким образом, медицинской организации, приняв-

шей решение о необходимости заключения договора страхования, необходимо принимать активное участие в разработке договорной документации в целях максимального учета своей специфики и потребностей.

Хотелось бы обратить также внимание на то, что во всех случаях по договору страхования профессиональной ответственности медицинских работников страховое возмещение лимитируется пределом, выше которого ущерб медицинской организации от удовлетворения требований пациента не возмещается. Величина этого предела находится в прямой связи с величиной страховой премии, которую выплачивает медицинская организация, как правило, одновременно после заключения договора страхования. На размер того и другого может повлиять предыдущий опыт медицинской организации по жалобам и искам пациентов – чем больше и негативнее этот опыт, тем больше страховая премия и (или) меньше страховое возмещение. Историю прошлых споров с пациентами медицинская организация обязана правдиво отразить в заявлении (анкете) при заключении договора. Если такая информация была скрыта или искажена, это может повлиять на решение страховой компании о выплате/невыплате страхового возмещения или привести к уменьшению его размера, что специально оговаривается в договоре.

Договор страхования, как правило, содержит иные существенные оговорки по отдельным условиям, исключающим выплату страхового возмещения даже в том случае, если для этого есть основания. Так, например, страховая компания может отказать в страховом возмещении, если медицинский работник, допустивший ненадлежащее оказание медицинской помощи, находился в алкогольном или наркотическом опьянении, если им не были соблюдены правила обращения с одноразовыми медицинскими инструментами или с донорской кровью, что привело к заражению пациента, и т.п. Распространенной является оговорка, что страховое возмещение не выплачивается, если ненадлежащее оказание медицинской помощи было связано с неисполнением медицинской организацией ранее полученного письменного предписания контролирующего органа.

Кроме того, медицинской организации, заключившей договор страхования, следует иметь в виду, что страховая компания не только рассчитывает на незамедлительное сообщение ей о наступлении страхового случая, но и оставляет за собой право участвовать в разрешении спора по удовлетворению заявленных требований. С этой целью в договоре страхования предусматриваются, например, обязанность медицинской организации выдать представителю страховой организации доверенность на представление интересов медицинской организации в суде, а также обязательное согласование со страховой компанией любых соглашений о возмещении материального и морального ущерба, включая мировое соглашение сторон в суде.

Подводя итог вышесказанному, следует отметить, что заключение договора страхования профессиональной ответственности медицинских работников не является панацеей от финансовых рисков медицинской организации, связанных с ненадлежащим осуществлением медицинской деятельности ее работниками. Однако, если заключение такого договора состоялось при обдуманном и взвешенном подходе, с активным участием медицинской организации в разработке его содержания, можно говорить о существенном вкладе в предотвращение ущерба от ситуации, когда гипотетические финансовые потери медицинской организации от удовлетворения требований пациентов становятся неприятной реальностью.

ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ ГАСТРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С РЕФЛЮКСОМ ЖЕЛЧИ

В клинической практике нередко встречается рефлюкс-гастрит (синонимы: гастрит типа С, щелочной гастрит, реактивная гастропатия, гастрит, ассоциированный с билиарным рефлюксом).

Гастрит, ассоциированный с билиарным рефлюксом (лат. refluxo – течь назад) редко носит первичный характер, преимущественно развиваясь вторично вследствие оперативных вмешательств: резекции желудка, гастроэнтеростомии, энтеростомии, ваготомии, холецистэктомии. Несостоятельность сфинктерного аппарата, антродуоденальная дискоординация (нарушение координации между антральным, пилорическим отделами желудка и двенадцатиперстной кишкой), а также резекция части желудка, приводящая к ликвидации естественного антирефлюксного барьера, приводят к формированию рецидивирующего заброса содержимого двенадцатиперстной кишки, содержащего желчь, в желудок с повреждением его слизистой оболочки. Любой диагностический процесс начинается с опроса и сбора анамнеза.

При наличии симптомов диспепсии (боль или дискомфорт в эпигастрии, чувство раннего насыщения, ощущения переполнения в эпигастрии), горечи во рту, которые не носят специфического характера, а также при заболеваниях и состояниях, имеющих высокую степень риска билиарного рефлюкса (желчно-каменная болезнь, состояния после резекции желудка, ваготомии и др.) необходимо проведение эндоскопического исследования с биопсией слизистой оболочки желудка для выяснения наличия, степени и стадии гастрита, а также инфицирования хеликобактерной инфекцией (НР). Важно в процессе диагностики оценить состояние слизистой оболочки, дать характеристику воспалительного процесса для прогноза и персонализации программы наблюдения больного, прежде всего с целью предупреждения прогрессирования воспалительных изменений и развития атрофии, кишечной метаплазии, дис/неолазии.

Эндоскопическая картина при рефлюкс-гастрите характеризуется гиперемией и отеком слизистой оболочки, которые распространяются циркулярно от пилорического отдела в проксимальном направлении. При этом на ней часто обнаруживаются пятна желчи, отмечается видимый заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок или высокое содержание желчи в просвете желудка.

«Золотого стандарта» дуоденогастрального рефлюкса пока не существует. В качестве метода функциональной диагностики используют 24-часовую рН-метрию, рентгеноскопию и ультразвуковое исследование желудка. Основным методом диагностики билиарных забросов в настоящее время является рН мониторирующая система Bilitec 2000, которая довольно качественно оценивает желчный рефлюкс и рН в желудке. Barrett M.W. с соавторами показали несколько меньшую чувствительность теста in vitro (по сравнению с экспериментом), с частотой ложно отрицательных результатов около 23%.

Чем же опасен рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок, какие структурные изменения происходят в слизистой оболочке желудка под воздействием дуоденального рефлюктата?

Известно, что желчные кислоты, обладающие детергентными свойствами, способствуют солюбилизации липидов мембран поверхностного эпителия. Помимо собственно желчных кислот лизолецитин, образующийся под воздействием панкреатической фосфолипазы А из лецитина, обладает повреждающим действием, с увеличением обратной диффузии ионов водорода, а также усилением высвобождения гистамина и гастрина. В последние годы обсуждается и возможное взаимодействие желчных кислот с определенным подтипом мускариновых рецепторов, локализованных на главных клетках, вследствие чего в слизистой оболочке желудка развивается активное воспаление, атрофия желез, интестинальная метаплазия и очаговая гиперплазия.

Помимо этого, забросы желчи, меняя химический состав поверхности слизистой оболочки, могут потенцировать действие других патогенных факторов: инфекции *Helicobacter pylori* (НР) и желудочного сока. В отсутствие инфицирования НР вследствие

забросов щелочного содержимого из двенадцатиперстной кишки и изменения рН возможна бактериальная контаминация микрофлорой нижележащих отделов пищеварительного тракта, что также приводит к более выраженному повреждению слизистой оболочки желудка.

К характерным морфологическим признакам этого варианта поражения желудка можно отнести феномен фовеолярной гиперплазии, пролиферацию гладкомышечных клеток в собственной пластинке, а также изменение продукции мукоцинами муцинов, играющих важную роль в протекции слизистой оболочки.

В прогностическом плане крайне важен и еще один аспект изменений слизистой оболочки желудка, ассоциированный с билиарным рефлюксом. Персистенция воспаления с гиперпродукцией свободных радикалов, нарушением микроциркуляции и, как следствие, нарушением процессов клеточного обновления, приводят к более частой встречаемости в сравнении с аналогичной возрастной популяцией атрофии и кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка. Здесь уместно напомнить о более высоком риске развития рака кишечного типа в культе желудка, который был продемонстрирован как экспериментальных, так и в эпидемиологических исследованиях.

Тщательный анализ синдрома диспепсии, данных эндоскопического, биопсийного и функциональных исследований, проведенный клиницистом, создает основу для формирования целей терапии больного:

- купировать проявлений диспепсии (при их наличии) для повышения качества жизни пациента и
- редуцировать изменения слизистой оболочки для профилактики формирования атрофии с кишечной метаплазией, а при их наличии – остановить прогрессирование изменений слизистой оболочки для профилактики рака желудка.

Строгих алгоритмов в лечении рефлюкс гастрита на сегодняшний день нет.

Важной составляющей лечебной программы следует признать модификацию образа жизни и характера питания пациента. Своевременный прием пищи, отсутствие в рационе избытка животных жиров, сладких газированных напитков, прекращение курения и приема алкоголя способствуют позитивным изменениям в течении гастрита с синдромом диспепсии.

При наличии инфицирования НР следует запланировать проведение эрадикационной терапии для элиминации дополнительного фактора, повреждающего слизистую оболочку желудка и увеличивающего риск рецидивирования синдрома диспепсии.

Поскольку в формировании рефлюкс-гастрита ключевую позицию занимают моторные нарушения, целесообразно курсовое назначение прокинетиков (итоприда гидрохлорид - ганатон, итомед – 50 мг 3 раза в день) в качестве одного из средств патогенетической терапии. Однако лишь назначением препаратов этой группы нельзя достичь всех целей терапии рефлюкс-гастрита.

Следующей группой средств патогенетической терапии, рациональной для ряда пациентов с желчно-каменной болезнью, функциональными нарушениями билиарного тракта, сопутствующими хроническими диффузными заболеваниями печени, являются препараты урсодооксихолевой кислоты, которые назначаются в суточной дозе 10-15 мг/кг веса курсами по 6-8 недель, а при необходимости – и на более длительный период.

Классическим консервативным подходом к лечению гастрита, ассоциированного с билиарным рефлюксом, признано назначение антацидов и солей висмута.

Наконец, предпринимаются попытки хирургическими методами скорректировать негативное влияние рефлюкса (наложение энтеро-энтероанастомоза по Брауну, Roux-en-Y), особенно после

резекции желудка в качестве «средства резерва», если все другие методы терапии оказались неэффективны.

Таким образом, гастрит, ассоциированный с рефлюксом желчи, несмотря на отсутствие стандартов диагностики и лечения, при использовании комплексного подхода может быть своевременно выявлен и для его терапии существуют достаточно надежные, безопасные и эффективные препараты.

М.Ф. Осипенко, эксперт НОАВ, заведующая кафедрой протектики внутренних болезней НГМУ, профессор

Список литературы:

- Kawiorski W, Herman RM, Legutko J. Current diagnosis of gastroduodenal reflux and biliary gastritis. *Przegl Lek* 2001; 58: 90-94.
- Hermans D, Sokal EM, Collard JM, Romagnoli R, Buts JP. Primary duodenogastric reflux in children and adolescents. *Eur J Pediatr*. 2003 Sep;162(9):598-602. Epub 2003 Jun 26.
- Barrett MW, Myers JC, Watson DI, Jamieson GG. Detection of bile reflux: in vivo validation of the Bilitec fibreoptic system. *Dis Esophagus* 2000; 13: 44-45
- Stathopoulos P, Zundt B, Spelsberg FW, Kolligs L, Diebold J, Goke B, Jungst D. Relation of gallbladder function and *Helicobacter pylori* infection to gastric mucosa inflammation in patients with symptomatic cholecystolithiasis. *Digestion*. 2006;73(2-3):69-74.
- Raufman JP, Cheng K, Zimniak P. Activation of muscarinic receptor signaling by bile acids: physiological and medical implications. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 1431-1444
- Johannesson KA, Hammar E, Stael von Holstein C. Mucosal changes in the gastric remnant: long-term effects of bile reflux diversion and *Helicobacter pylori* infection. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 35-40
- Chen SL, Mo JZ, Cao ZJ, Chen XY, Xiao SD. Effects of bile reflux on gastric mucosal lesions in patients with dyspepsia or chronic gastritis. *World J Gastroenterol*. 2005 May 14;11(18):2834-7.
- Abe H, Murakami K, Satoh S, Sato R, Kodama M, Arita T, Fujioka T. Influence of bile reflux and *Helicobacter pylori* infection on gastritis in the remnant gastric mucosa after distal gastrectomy. *J Gastroenterol*. 2005 Jun;40(6):563-9.
- Mino-Kenudson M, Tomita S, Lauwers GY. Mucin expression in reactive gastropathy: an immunohistochemical analysis. *Arch Pathol Lab Med*. 2007 Jan;131(1):86-90
- Oba M, Miwa K, Fujimura T, Harada S, Sasaki S, Hattori T. Chemoprevention of glandular stomach carcinogenesis through duodenogastric reflux in rats by a COX-2 inhibitor. *Int J Cancer*. 2008 Oct 1;123(7):1491-8.
- Santarelli L, Gabrielli M, Candelli M, Cremonini F, Nista EC, Cammarota G, Gasbarrini G, Gasbarrini A. Post-cholecystectomy alkaline reactive gastritis: a randomized trial comparing sucralfate versus rabeprazole or no treatment. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2003 Sep;15(9):975-9.
- Кононов А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2006. - №3. – С.12-16.
- Takako Osaki, Katsuhiko Mabe, Tomoko Hanawa and Shigeru Kamiya Urease-positive bacteria in the stomach induce a false-positive reaction in a urea breath test for diagnosis of *Helicobacter pylori* infection *Journal of Medical Microbiology* (2008), 57, 814–819
- Cynthia G. Goldman and Hazel M. Mitchell, *Helicobacter* spp. other than *Helicobacter pylori* 2010 Blackwell Publishing Ltd, *Helicobacter* 15 (Suppl. 1): 69–75
- Correa P.A human model of gastric carcinogenesis. *Cancer Res* 1988; 48: 3554-3560
- Madura JA. Primary bile reflux gastritis: diagnosis and surgical treatment. *Am J Surg*. 2003 Sep;186(3):269-73.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ. ПАЦИЕНТ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ» ПРОЙДЕТ В НОВОСИБИРСКЕ

21 апреля 2015 года состоится IX научно-практическая конференция «Актуальные проблемы профилактики, диагностики и лечения болезней внутренних органов. Пациент с полиморбидной патологией», посвященная 80-летию Новосибирского государственного медицинского университета, 90-летию городской клинической больницы № 7.

На конференции ведущие специалисты всесторонне обсудят проблемы ожирения, сахарного диабета с позиций полиморбидной патологии. Будут проведены клинические разборы врачами разных специальностей. Практические врачи получат полезную информацию по вопросам функционального соматического синдрома, роли пробиотиков в лечении внутренних органов и по целому ряду других актуальных проблем. Будут показаны современные диагностические возможности лучевых методов диагностики и ультразвуковых методов исследования сосудов.

Участникам конференции будут оформлены карточки участников конференции для регистрации баллов в системе зачетных единиц.

Конференция начнет свою работу в 8.50 (регистрация с 8.30) в ДКЖ (ул. Челюскинцев, 11).

ПРОБЛЕМЫ И РАДОСТИ В КОЧЕНЕВСКОЙ ЦРБ

В начале апреля заместитель председателя комитета по охране здоровья ГД ФС РФ, председатель Новосибирской областной ассоциации врачей Сергей Борисович Дорофеев побывал с рабочей поездкой в Коченевском районе. И, конечно же, не мог не заглянуть в центральную районную больницу.

Главный врач больницы Евгений Александрович Некрасов с гордостью показывает новый корпус, который был сдан осенью этого года. В нем разместились родильный дом и реанимационное отделение.

За год в больнице принимают 350-390 родов. Раньше, до того как была введена трехуровневая система в родовспоможении, принимали до 500 родов. Сегодня родильное отделение Коченевской ЦРБ относится к первому уровню – всех беременных группы риска отправляют рожать в Новосибирск.



«Таких родильных отделений в центральных районных больницах нет. Медперсоналу здесь очень нравится работать. И пациентки тоже довольны. Палаты на двух человек, в каждой палате свой душ, туалет. Всего у нас в родильном отделении десять коек. По сравнению с тем, что у нас было, это небо и земля – говорит Евгений Александрович. – Оборудование приобретали сами. За счет средств от родовых сертификатов. Прекрасно это программа работает. Вот сейчас за счет этих поступлений собираемся приобрести фетальный монитор».

Особая гордость и радость – новый реанимационный блок. Раньше отделение буквально ютилось в двух небольших помещениях. «Расстояние между койками было не более полуметра, – говорит заведующий отделением Сергей Анатольевич Мурзин. Сейчас две большие палаты на 6 коек, в том числе одна детская».

«Сколько у вас в отделении врачей?» – спрашивает Сергей Борисович Дорофеев. Выясняется, что двое. А

значит, что приходится работать сутки через сутки. Да еще и «раздваиваться». Ведь реаниматологи – они же и анестезиологи.

Разговор о кадровом обеспечении продолжает главный врач: «У нас сегодня укомплектованность составляет 60%. Но 45% докторов – это пенсионеры. Причем им не по 56-57 лет. Они гораздо старше. Нам очень нужны терапевты, анестезиологи, рентгенолог. Это еще по программе «Земский доктор» за три года приехало 12 врачей. Приезжают, в том числе, из других регионов. Вот из Алтайского края приехали хирурги. Летом приедут два выпускника из Омска, договоренность уже есть. Но все просят жилье. Хорошо, что администрация района нам навстречу идет. За восемь лет больнице выделили 30 квартир. И все отдали врачам. Но ведь есть еще средние медработники.



Некоторые по многу лет проработали. Они задают справедливый вопрос, почему им не выделяют служебное жилье. Нужна какая-то программа для бюджетников по льготному кредитованию. Это бы тоже помогло решать кадровую проблему».

Надежда у главного врача на так называемых «контрактников». Сейчас в НГМУ по направлению ЦРБ учится 25 человек. И надо, чтобы они не просто отработали положенные по контракту три года, а остались в Коченево.

Есть в больнице и молодые доктора, которые сознательно выбрали работу в ЦРБ. Одна из них – заведующая терапевтическим отделением Светлана Владимировна Вдовенко. Родилась и выросла в Коченево, здесь родители, друзья. Поступила в институт по направлению от ЦРБ. А когда пришло время возвращаться, заработала программа «Земский доктор». Так что Светлана Владимировна и миллион получила.

«Я бы и без миллиона вернулась, – говорит она, – мне здесь все родное. Потом я считаю, что в районных больницах больше возможностей для молодого специалиста. Ты быстрее осваиваешь профессию, быстрее начинаешь работать самостоятельно, берешь на себя ответственность. Начала работать в мае, а в сентябре уже стала заведующей терапевтическим отделением. Разве такое в городе возможно? Так что я планирую здесь работать и дальше».

«Она приехала, поработала. Мы видим, что человек активный, трудоспособный, очень болеет за пациентов. Предложили заведование. И не жалеем», – добавляет главный врач.

С тем, что для молодого специалиста в сельской больнице больше возможностей для профессионального роста согласна врач-терапевт терапевтического отделения Анна Федоровна Бауэр. Она тоже приехала в больницу по программе «Земский доктор». Правда до этого успела поработать в Новосибирске. «Я могу сравнить работу в Новосибирске и здесь. Там мы



больше на подхвате. Не чувствуешь себя полноценным врачом. Здесь профессиональных возможностей больше. Правда, и ответственности тоже. Но это же интересно. Я пришла в больницу, а буквально через четыре месяца мне представилась возможность побыть в течение месяца в роле заведующей отделением. И я справилась», – рассказывает Анна Федоровна.

Подводя итог посещения Коченевской ЦРБ, Сергей Борисович Дорофеев сказал: «Новый роддом, реанимация – это совершенно другой уровень работы персонала. Да и пациенты, с которыми я побеседовал, отмечают, что положительные сдвиги в оказании медицинской помощи есть. Конечно, требует капитального ремонта старый лечебный корпус. Мне коллеги сказали, что и губернатор при посещении больницы об этом сказал. Поэтому думаю, что вопрос будет решаться».

Марина Есикова

В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ СОВМЕСТНОГО РУССКО-ЯПОНСКОГО НАУЧНОГО ПРОЕКТА СОСТОЯЛОСЬ ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ OREST В ОДНОЙ ИЗ ОПЕРАЦИОННЫХ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА НЕЙРОХИРУРГИИ Г. НОВОСИБИРСК

«OREST» – это японская технология для интраоперационного управления КТ и МРТ-снимками в режиме pop-touch. Программно-аппаратный комплекс OREST в ФЦН состоит из 4 частей:

1. Устройство Kinect for Windows.
2. Ноутбук-планшет.
3. Большая LCD-панель, находящаяся в операционной.
4. Компьютерная программа для Microsoft Windows «OREST 2D».

Самой ценной составляющей является компьютерная программа «OREST 2D», привезенная и установленная в ФЦН инженером-исследователем Китаро Йошимитсу из Токийского Женского медицинского университета (Kitaro Yoshimitsu, Tokyo Women's Medical University). Она позволяет загружать изображение КТ и МРТ-исследований (в формате uncompressed dicom) и любые изображения в формате JPG. Сам сенсор устанавливается на расстоянии 3-5 метров от оператора (хирурга). В самом начале происходит идентификация оператора по силуэту, который уникален у каждого человека. После прохождения идентификации программа начинает

реагировать на команды-жесты: жест листания, увеличения и уменьшения изображения, жест активации режима сравнения изображений (например, для сравнения исследований, выполненных в разное время).

Данная технология позволяет хирургу во время операции без посторонней помощи просматривать результаты исследований, сохраняя стерильность и не отходя от операционного стола, что в свою очередь ускоряет и повышает эффективность работы хирурга.

На семинаре, прошедшем после установки OREST в операционной, Китаро Йошимитсу рассказал про проект «OREST 3D», использующий сенсор Kinect 2, что позволяет осуществлять управление не взмахами, а осторожными движениями пальцев.

В рамках визита японских коллег в ФЦН обсуждались актуальные вопросы мира нейрохирургии, перспективы международного сотрудничества и возможность организации совместных русско-японских научных проектов.

Федеральный центр нейрохирургии работал и будет работать над установлением прочных научных связей как с учеными из Японии, так и с коллегами из



других стран мира! Мы будем рады новым гостям на регулярных научных встречах, анонсы которых можно просмотреть на сайте neuronsk.ru.

ГОДЫ ИСПЫТАНИЙ И ВЕЛИКОГО ПОДВИГА

Я должна была пойти в первый класс, когда началась война. Тогда многие говорили о быстром разгроме немецко-фашистских войск нашей армией, однако война затянулась на долгие четыре года.

Как и по всей стране, в нашем Сузунском районе на фронт были призваны все военнообязанные и молодые юноши и девушки, закончившие школу в 1941 году. В их числе были мой отец и сестра.

Особенно тяжелой была весна 1942 года. Не хватало продовольственных запасов, была введена карточная система на отпуск хлеба. Летом выручал лес – собирали грибы, ягоды, съедобные растения. Местная власть нарезала участки для посадки картофеля, овощей.

Мы, дети, помогали родителям, как могли: заготавливали на зиму дрова, носили на плечах сучья из леса, собирали ягоды, помогали работать в огородах.

Школа обеспечивалась топливом не полностью: не было машин, многие взрослые ушли на войну. Поэтому мы, ученики, возили дрова для школы из леса на санках. Ученики старших классов и учителя кололи их, этим отапливали здание. Осенью помогали колхозам в уборке хлеба и картофеля.

В годы войны в район прибыло большое количество людей: эвакуированные из блокадного Ленинграда, Украины, Эстонии, Латвии, немцы Поволжья. Большую помощь им оказывала районная власть: их размещали, трудоустроивали, помогали продуктами. Разумеется, сделать все это было непросто. Хорошо помню, с каким сочувствием относились к эвакуированным все сузунцы, в том числе моя мама.

Многое из событий тех лет я смогла понять, лишь став врачом. Например, что поистине героический подвиг

совершила в те годы небольшая группа медицинских работников. В район прибывали люди в очень тяжелом состоянии, из-за миграции населения увеличивалась инфекционная заболеваемость.

Несмотря на все тяготы военного времени в 1943 году в районе провели радио и электричество. Для каждой семьи было большим событием слушать сообщения о положении на фронте, пользоваться электрическим освещением.

Не могу не вспомнить о том, как много внимания уделялось культурно-массовой и патриотической работе: и в трудовых коллективах, и среди детворы было общее стремление – принести пользу для фронта, для Победы. Во многие семьи приходили известия и гибели близких – соседи, знакомые, родственники старались поддержать осиротевшие семьи.

В 1944, в начале 1945 года, когда война уже была фактически проиграна фашистами, мы стали узнавать о зверствах захватчиков на оккупированной территории, об ужасах концлагерей – это было наше общее горе, общие слезы.

9 мая 1945 года. В ярких солнечный день репродукторы разносили весть о том, что великий подвиг нашего народа увенчался Победой! Я тогда училась в четвертом классе и хорошо помню, как это было: музыка на улицах, толпы людей, радость и слезы на их лицах. В середине лета 1945 года сузунцы встречали первых своих сыновей, вернувшихся с Победой.

Прошло много лет. Мы, дети войны, стали взрослыми. Я окончила медицинский институт и вернулась работать в родной район. В начале восьмидесятых годов мне с мужем довелось побывать в Германии. Мы

ЛЮДИ, ХАРАКТЕРЫ, СУДЬБЫ

посетили те места, о которых раньше слышали по радио, читали в газетах. Здание рейхстага, на стенах которого видны росписи советских солдат; бункер, где находился Гитлер; Трептов парк и скульптура русского солдата со спасенным ребенком на руках... Большое впечатление оставило посещение немецких городов. И – встреча с Бухенвальдом, незаживающей болью всего человечества: мы увидели газовые печи, унесшие жизни тысяч узников, в одном из помещений – горы детской обуви и игрушек, изделия из человеческой кожи. Напоминает о погибших узниках аллея наций с флагами государств.

Мы дети военного времени. Нашему поколению не дано забыть то, что пережито: от горького трагического рассвета 22 июня 1941 года и до наполненного бурной радостью солнечного утра 9 мая 1945 года.

О войне написано множество книг, созданы тысячи прекрасных кинофильмов. Кажется, все сказано и о событиях, потрясших мир, и о людях, вынесших на своих плечах невероятные тяготы лихолетья. Что это были за люди? Как они смогли совершить свой поистине всенародный подвиг? А люди были как люди – они любили свою страну и ненавидели захватчиков, глумившихся над тем, что было свято.

Прошло семь десятков лет после окончания Великой Отечественной войны. Пройдут еще десятилетия. Но время не сотрет в памяти народа того, что довелось пережить, и ничто не омрачит величия нашей Победы.

*Людия Михайловна Исакова,
Заслуженный врач РФ*

ЗАПЛАТИЛ НАЛОГИ – СПИ СПОКОЙНО

Обязанность поликлинических учреждений предоставлять в военкоматы для работы медицинских комиссий врачей различных специальностей закреплена федеральным законодательством. Но поскольку такие медицинские комиссии работают в круглогодичном режиме, а не только во время призывных кампаний, то для врачей, в них работающих, военкомат, по сути, является постоянным рабочим местом. Хотя работодателем, говоря языком юридическим, остается поликлиника. И заработную плату им начисляют в поликлинике, и налоги, а также отчисления в различные фонды (пенсионный, ОМС, соцстрах), с их заработной платы тоже платит поликлиника. Военкоматы же должны полностью возмещать поликлиникам эти затраты.

Но какое-то время назад военным ведомством было принято странное решение: затраты на заработную плату поликлиникам возмещать, а на налоги и отчисления – нет.

Основанием для такой позиции явилось Определение Высшего Арбитражного Суда РФ от 13.02.2009 № 440/09, в котором указано, что дополнительных расходов, кроме выплаты медперсоналу заработной платы за период участия в призывной кампании, участие медицинской организации в реализации Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе» не создает. Уплата страховых взносов с фонда заработной платы дополнительным расходом не является, поскольку обязательна независимо от участия в деятельности военкомата. Таким образом, согласно позиции высшей судебной инстанции, сумма страховых взносов не подлежала компенсации за счет средств федерального бюджета.

Справедливости ради стоит сказать, что практика «за одно плачу, а за другое – нет» существует не во всех территориях. Например, в Московской области, военные комиссариаты продолжают компенсировать медицинским организациям расходы по начислениям на оплату труда и после принятия данного судебного определения.

Новосибирской области не повезло. Целый ряд лечебных учреждений пытался оспорить данное решение. МБУЗ города Новосибирска «Городская

клиническая больница № 11», МБУЗ города Новосибирска «Городская поликлиника № 14», МБУЗ города Новосибирска «Консультативно-диагностическая поликлиника № 27», МБУЗ города Новосибирска «Городская поликлиника № 20», ГБУЗ Новосибирской области «Бердская центральная городская больница» г.Бердск) обращались в Арбитражный суд Новосибирской области о взыскании с Военного комиссариата Новосибирской области соответствующих сумм задолженности. Но их обращения были оставлены судом без удовлетворения.

Между тем в поликлиниках приходилось решать вопрос, с каких источников платить налоги за сотрудников, которые только числятся, но при этом не оказывают помощь приписному населению ни в рамках программы госгарантий, ни по платным услугам.

Попробовало ГАУЗ Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1» оплатить налоги из средств, поступающих из Фонда ОМС, как тут же при проверке данные расходы были определены как неэффективное использование средств ОМС. Осуществление таких выплат за счет доходов учреждений от оказания платных медицинских услуг также не имеет под собой никаких оснований, поскольку медицинские работники, привлекаемые Военным комиссариатом Новосибирской области для реализации Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе», никакого участия в оказании таких услуг не принимают.

Между тем расходы на выплату страховых взносов за врачей-специалистов, привлекаемых военкоматами, составляют для медицинских организаций ощутимое финансовое бремя, достигая за 2-3 года нескольких сот тысяч рублей.

Правление НОАВ поднимало вопрос о решении сложившейся ситуации, было направлено письмо в министерство здравоохранения Новосибирской области. Кстати, областной минздрав полностью разделяет озабоченность Ассоциации и стоит на стороне медицинских организаций.

В начале марта появилась надежда, что справедливость, что называется, восторжествует.

ВРАЧ, ОБЩЕСТВО, ЗАКОН

12 марта 2015 года Арбитражным судом Новосибирской области было рассмотрено дело №А45-26228/2014 о взыскании с ФКУ «Военный комиссариат Новосибирской области» расходов по уплате среднего заработка и начислений на оплату труда (страховых взносов) медицинских работников, направленных ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 20» в отдел Военного комиссариата Новосибирской области по Октябрьскому району и Центральному административному округу города Новосибирска. Требования медицинской организации были полностью удовлетворены. Аналогичный иск еще раньше был выигран в Тюменской области, при этом Верховный суд РФ не нашел оснований для пересмотра судебного решения, вынесенного в пользу медицинской организации.

По словам кандидата юридических наук, юрисконсульта ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 20» Людмилы Николаевны Плехановой, взыскание в судебном порядке сумм страховых взносов, начисленных на оплату труда медицинских работников, направленных в отделы Военного комиссариата Новосибирской области, имеет явную положительную перспективу и для других медицинских организаций.

Но все же каждый раз обращаться в суд, наверное, не очень правильно. Да и времени требует немало. Поэтому Правление НОАВ приняло решение через Национальную медицинскую палату обратиться к министру обороны РФ С.К. Шойгу с предложением выработать общий для всех военкоматов субъектов РФ механизм возмещения расходов медицинских организаций, предусматривающий компенсацию среднего заработка медицинских работников с учетом начислений (страховых взносов) на фонд оплаты труда.

Уж если мы строим правовое государство, то, наверное, полное и единообразное соблюдение федерального законодательства на всей территории страны, является обязательным условием этого процесса.

Марина Есикова

ОЧЕРЕДНОЕ СОВЕЩАНИЕ СИБИРСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ ПРОЙДЕТ В НОВОСИБИРСКЕ

24 апреля в Новосибирске пройдет VI совещание Сибирской Ассоциации нейрохирургов. Подобные мероприятия проводятся ежемесячно. Каждый раз на них присутствуют именитые гости из разных городов России. Председателем нынешнего совещания стал главный врач ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Джамиль Афетович Рзаев.

Свои доклады на мероприятии представят коллеги из Москвы и Хабаровска, сотрудники Новосибирского федерального центра нейрохирургии.

Для участия в работе совещания приглашаются заинтересованные доктора.

После основной программы предполагается обсуждение докладов и общение с гостями и специалистами Федерального центра нейрохирургии г. Новосибирска.

Начало работы в 16 часов по адресу: ул. Н-Данченко, 132/1 конференц-зал ФГБУ «Федеральный центре нейрохирургии».

ВАКАНСИИ

ГБУЗ НСО «Ордынская ЦРБ» срочно требуются:

- заместитель главного врача по лечебной работе (з/п от 35000 руб);
- врач-терапевт участковый (з/п от 25000 руб);
- врач-терапевт в терапевтическое отделение (з/п от 20000 руб);
- врач-офтальмолог (з/п от 22000 руб.);
- врач клинической лабораторной диагностики (з/п от 22000 руб.);
- врач-анестезиолог-реаниматолог (з/п от 25000 руб.);
- Заведующий врачебной амбулаторией (з/п от 20000 руб.) в с. Красный Яр, с. Новопичугово, желателен сертификат врача общей практики/терапия);
- Врач-терапевт в с. Нижнекаменка (з/п от 20000 руб.);
- Фельдшер в с. Кирза, с. Козиха (з/п от 16 000 руб.).

Требования к кандидатам: наличие интернатуры, первичной специализации (профессиональной подготовки), сертификат специалиста. **Жильё предоставляется, действует программа «Земский доктор».** Обращаться по адресу: Новосибирская область, Ордынский район, р.п. Ордынское, пр. Революции 32. Тел. (383-59) 23-814 – отдел кадров. Присылайте резюме на e-mail: ordcrb@bk.ru Обязательно указывайте вакансию.

ГБУЗ НСО «Тогучинская ЦРБ» приглашает на работу врачей и средних медицинских работников:

- участковых терапевтов
 - участкового педиатра
 - врача-терапевта в Коуракскую участковую больницу
 - фельдшера фап
 - фельдшеров-лаборантов
 - акушерку
- В Горновскую больницу, расположенную в рабочем поселке Горный:
- врача-терапевта участкового

- врача акушера-гинеколога
- врача-офтальмолога
- фельдшеров скорой медицинской помощи

Молодые специалисты, окончившие университет в 2010-2013гг., впервые устраивающиеся в государственное учреждение, имеют возможность получить единовременное пособие в размере 300 тысяч рублей;

При трудоустройстве в сельские ЛПУ и Горновскую больницу, участие в программе «Земский доктор»: специалистам до 45 лет единовременно выплачивается 1 млн. руб. с условием отработки в ЛПУ 5 лет.

Жильё предоставляется. Вопрос оплаты труда решается индивидуально.

Обращаться: Новосибирская область, г.Тогучин, ул.Комсомольская, 36
Тел. (8-383-40) 21 071; (8-383-40) 22 332
e-mail: togcrb@yandex.ru

СОЗДАНО НОВОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ БОРЬБЫ С АНТИБИОТИКОУСТОЙЧИВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Американские ученые синтезировали химические соединения, которые усиливают действие антибиотиков против таких смертельно опасных бактериальных инфекций, как MRSA и сибирская язва. Оксид азота (NO), образование которого катализирует бактериальный фермент NO-синтаза, защищает грамположительные патогенные микроорганизмы от действия антибиотиков и окислительного стресса. Согласно результатам исследования, опубликованным в журнале Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS), разработанные авторами вещества смогли эффективно подавить активность этого

фермента, что значительно повысило эффективность противомикробной терапии.

В своей предыдущей работе объединенная группа ученых из Калифорнийского университета в Ирвайне и Северо-Западного университета разработала вещества, которые ингибировали нейрональную NO-синтазу (NOS1), вырабатываемую в организме человека. Тогда исследователями была показана потенциальная возможность лечения нейродегенеративных заболеваний путем подавления сверхпродукции оксида азота, вырабатываемого в нейронах. Теперь ученые экспериментально подтвердили еще одну важную способность таких соединений – блокировать бактериальную NO-синтазу.

Исследователи изучили действие синтезированных ими соединений на сенной палочке (Bacillus subtilis) – непатогенной бактерии, весьма похожей по структуре

на метициллин-резистентный золотистый стафилококк (methicillin-resistant Staphylococcus aureus, MRSA) и на возбудителя сибирской язвы (Bacillus anthracis).

Согласно полученным данным, совместное действие антибиотика и ингибиторов бактериальных NO-синтаз значительно повысило эффективность уничтожения бактерий по сравнению с воздействием одного лишь антибиотика. Также ученые выяснили, что молекулы ингибиторов связываются с бактериальной и человеческой NO-синтазами совершенно разными способами.

Как отмечают исследователи, в будущем полученные ими результаты могут послужить для разработки противомикробных препаратов, направленных на борьбу с патогенными NO-синтезирующими бактериями, устойчивыми к действию антибиотиков.

УДАЛЕНИЕ ТРОМБОВ НЕ УЛУЧШАЕТ ПОДВИЖНОСТЬ НОГ

Операции по улучшению кровоснабжения ног не всегда приводят к восстановлению их подвижности. Об этом свидетельствуют результаты нового исследования ученых из Университета Калифорнии в Сан-Франциско.

В исследовании приняли участие около 11 тысяч пожилых людей с заболеваниями периферических артерий, при которых происходит их сужение или

закупорка. Результатом нарушения кровотока становятся боль, затруднения при ходьбе, медленное заживление ран и даже гангрена.

В период с 2005 по 2009 годы хирурги заменяли пациентам участки артерий или делали им реваскуляризацию (улучшение кровотока) с помощью специальных баллонных катетеров.

Перед операцией 75% пациентов не могли ходить, а 40% имели проблемы с движением вообще. В течение года после операции больше половины участников исследования скончались. Умершие или не сумевшие восстановить двигательную активность составили 63% от числа тех, кто до операции мог

двигаться самостоятельно, и 89% от числа тех, у кого были проблемы с движением.

Как выяснили авторы исследования, возраст старше 80 лет, когнитивные нарушения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, неспособность ходить и сниженная активность в течение дня повышают риск смерти или обездвиженности после реваскуляризации.

Улучшение подвижности не должно быть главной целью операции: она может проводиться для уменьшения боли, а иногда лучшим решением станет просто более качественный уход за ранами или даже ампутация.

