



ДЛЯ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГАЗЕТА БЕСПЛАТНАЯ

В НОМЕРЕ

Расходы на здравоохранение не сокращаются (интервью с министром здравоохранения Новосибирской области О.И. Иванинским)
Стр. 2

Слово главному специалисту (интервью с главным терапевтом Новосибирской области Т.Н. Курбетьевой)
Стр. 4

Главное в жизни мужчины – работа (интервью с обладателем приза зрительских симпатий областного «Врач года – 2015» М.В. Мешковым)
Стр. 6

Медицинские новости
Стр. 8

БЮДЖЕТ НОВОСИБИРСКОГО ФОМС УВЕЛИЧИТСЯ

Доходная часть бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) в 2015 году увеличится на 223 миллиона рублей, расходная – на 571 миллион рублей. Об этом говорилось на заседании Правительства Новосибирской области.

Согласно поправкам, доходная часть бюджета фонда составит 26,1 миллиарда рублей, что на 223 миллиона больше, чем было запланировано ранее. Увеличение произойдет, в том числе за счет роста, на 405 миллионов рублей, передаваемых фонду Новосибирской области дополнительных средств нормированного страхового запаса ФОМСа для обеспечения оказания специализированной медицинской помощи в федеральных государствен-

ных бюджетных учреждениях. «Также запланировано увеличение объема поступлений с учетом уже сложившейся динамики по состоянию на 1 августа 2015 года, – сообщила Елена Ягнюкова. – Увеличение поступлений от других территориальных фондов за возмещение затрат на лечение в пределах территории области – в размере 64,5 миллиона рублей и прочих неналоговых поступлений в бюджет фонда на сумму 38,3 миллиона рублей».

В состав доходов в новой редакции Закона также включено 50 миллионов рублей межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда на единовременные компенсационные выплаты медицинским специалистам, поступившим на работу в сельскую местность. По данным главы фонда Новосибирской

области, к настоящему моменту таким правом воспользовались 48 человек.

Что касается расходов, то их общий объем в текущем году увеличится на 570,8 миллиона рублей и составит 26,4 миллиарда рублей. Расходы на реализацию базовой программы ОМС возрастут на 395 миллионов, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания помощи, не установленных базовой программой, с учетом средств, направленных на завершение расчетов в 2014 году – на 27,7 миллиона рублей, а также затраты на гарантии, связанные с получением помощи вне территорий страхования – на 107,5 миллиона рублей.

ХРУСТАЛЬНЫЕ ГИГЕИ СНОВА В НОВОСИБИРСКЕ

15 октября в Москве прошла торжественная церемония награждения победителей Всероссийского конкурса врачей. Она состоялась в рамках X Национального Конгресса терапевтов (XIV Европейского конгресса терапевтов), на площадке Международного выставочного центра «Крокус Экспо».

Всероссийский конкурс «Лучший врач года» проводится ежегодно, начиная с 2001 года.

Его организаторами выступают: Министерство здравоохранения Российской Федерации, «Медицинская газета», Профсоюз работников здравоохранения.

Министр Вероника Скворцова выступила на открытии Конгресса и зачитала приветствие Председателя Правительства Российской Федерации Дмитрия Анатольевича Медведева гостям и участникам мероприятия.

«В России 2015 год проходит под знаком борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями, которые являются одними из наиболее распространенных болезней в мире, и ежегодно уносят тысячи человеческих жизней. Поэтому профилактика заболеваний и внедрение инновационных методов их лечения являются важнейшими задачами медицинской науки и практического здравоохранения», – было отмечено в послании.

«Благодаря принятым комплексным мерам, менее чем за 10 лет (с 2006 года) общая смертность в стране снизилась на 14%, при этом от неинфекционных заболеваний – на 17%, у лиц трудоспособного возраста – на 25%. Смертность от инсультов снизилась в два раза, от ишемической болезни сердца – на 18%», – сообщила Вероника Скворцова.

Также Министр отметила, что дальнейшее развитие здравоохранения в России невозможно без эффективного кадрового обеспечения.

Среди победителей конкурса – новосибирские врачи.



Первые места в номинациях: «Лучший хирург» занял заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» Иван Анатольевич Поршенников, «Лучший травматолог-ортопед» – врач травматолог-ортопед НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Новосибирск-Главный» ОАО РЖД Евгений Анатольевич Береговой.

Второе место в номинации «Лучший врач по диагностическим исследованиям» присуждено заведующему эндоскопическим отделением ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Олегу Алексеевичу Серову.

Третье место в номинации «Лучший сельский врач» присвоено врачу-терапевту, главному врачу Барышевской участковой больницы ГБУЗ «Новосибирская районная больница № 1» Алевтине Николаевне Шмелевой.

Все они были лауреатами и номинантами областного конкурса профессионального мастерства «Врач года – 2014».

Победители, занявшие первые места, получают Хрустальную Гигею и премию в размере 500 тысяч рублей, занявшие вторые места – диплом и премию 300 тысяч рублей, занявшие третьи места – диплом и 200 тысяч рублей.

РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ НЕ СОКРАЩАЮТСЯ

Непростые экономические условия диктуют необходимость оптимизации и сокращения расходов. Касается это как федерального, так и регионального бюджета. Чем придется поступиться в следующем году в здравоохранении? Какие расходы будут сокращены, а что останется в приоритете? На эти вопросы отвечает министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванович Иванинский.

- Будет ли в следующем году сокращение бюджета на здравоохранение? Есть информация, что федеральный бюджет на следующий сохратят год на 11 процентов.

- Немного неправильно интерпретируют цифры, говоря о сокращении бюджета на здравоохранение. Расходы самого бюджета сократились, но выросли расходы Фонда медицинского страхования. Поэтому совокупное количество средств, которые тратятся на здравоохранение, не сокращается. Система здравоохранения РФ, Новосибирской области в частности, перешла на полную модель медицинского страхования, когда все платежи лечебное учреждение получает через страховые компании. Если раньше там была только зарплата, медикаменты, питание, расходные материалы, то сегодня все статьи, включая и содержание, и текущий ремонт, – все идет через Фонд. Поэтому сокращения денег сегодня нет.

- То есть сумма, которая тратилась на здравоохранение из бюджета области прошлым году, будет абсолютно такой же?

- Да. Региональный бюджет складывается не только из региональных денег, но и из федерального бюджета. Мы получаем сегодня платежи из федерального Фонда, получаем субсидии из федерального бюджета на социально значимые заболевания (туберкулез, ВИЧ, наркологию и т.д.) Никакого сокращения по этим цифрам нет.

На следующий год бюджет пока не утвержден, поскольку в области только избралось Законодательное собрание. На 19 октября запланировано заседание

правительства, на котором будет внесен проект бюджета области. Затем он будет рассматриваться Заксобранием. Я думаю, мы увидим цифры. Сегодня идет большая работа по обсуждению цифр, расходов. Сегодня, по нашим предложениям, сокращения бюджета на здравоохранение нет. Будет, наверное, сокращаться бюджет развития. Это строительство...

- поликлиник...?

- Нет. По строительству поликлиник схема немного другая – это государственно-частное партнерство. Девять поликлиник, которые были заявлены, будут строиться.

- Где предполагается это строительство?

- Две поликлиники в Октябрьском районе, две поликлиники в Ленинском районе, две поликлиники в Кировском районе, поликлиники в Советском, Дзержинском, Заельцовском районах.

Мы строим там, где идет развитие города, сформировались новые микрорайоны. Акатуйский жилмассив – 40 тыс. населения, Плющихинский жилмассив – 50 тыс. населения, а поликлиники остались те же. Объективно, 2-я поликлиника Октябрьского района обслуживает 100 тыс. человек в тех же старых помещениях, которые существовали. Поэтому вопрос перезрел. Он сегодня проработан, земля выделена, проектные решения сделаны. Сегодня мы обсуждаем, что должно быть в поликлинике, вносим новые технологические решения. Какие-то вещи можно централизовать, ту же лабораторную службу, например.

Как говорит наш губернатор, вариантов не реализовывать этот проект нет, потому что город тогда перестанет развиваться.

Когда переходило здравоохранение из города в область, определенное снижение финансирования, наверное, было. Я имею в виду капвложения. В районах области прошли большие реконструкции, многие объекты были капитально отремонтированы. Но город бурно развивается, стройка идет.

- То есть приоритет отдается именно молодым развивающимся районам?



- И первичному звену. Сегодня, если говорить о высокотехнологичной помощи, то у нас работают великолепные федеральные центры. В этом году мы из Фонда медицинского страхования финансировали высокотехнологичную помощь. В июле еще дополнительно федеральный бюджет нам передал через Фонд медицинского страхования порядка полумиллиарда рублей на федеральные центры. Здесь работа все продолжается. Но первичное звено – это основа здравоохранения.

- В районах области что-то будет строиться?

Рассчитываем, что до конца 2015 года будут сданы 16 ФАПов в районах области, первая очередь детской туберкулезной больницы, первая очередь Маслянинской ЦРБ, Кочковская ЦРБ. В ближайшие годы продолжатся реконструкции Обской ЦГБ, Барабинской, Маслянинской центральных больниц, детской туберкулезной больницы.

Марина Есикова

В НОВОСИБИРСКЕ ПРОШЕЛ КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ СИБИРИ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ «СИБИРСКОЕ СОГЛАШЕНИЕ»

30 сентября в Новосибирске прошло заседание Координационного совета по здравоохранению Межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение», на котором обсуждались вопросы влияния на уровень смертности организации оказания неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи населению в Сибирском Федеральном округе и организационные вопросы обеспечения доступности высокотехнологичной медицинской помощи населению региона через систему обязательного медицинского страхования.

В работе совещания принял участие заместитель председателя комитета по охране здоровья ГД РФ, Председатель НОАВ Сергей Борисович Дорофеев.

Он рассказал об особенностях Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на 2016 год. По его словам, основные подходы сохраняются. Но есть некоторые новеллы. Так будет продолжена программа строительства перинатальных центров, которая финансируется за счет средств ОМС. Программа «Земский доктор» не только будет продолжена, но ее действие будет расширено на поселки городского типа.

Зарезервированы средства на программу оснащения территорий машинами скорой помощи. Планируется, что в течение года будет приобретено 1,5 тысячи машин за счет средств Федерального Фонда ОМС. В Программе госгарантий конкретизируются виды высокотехнологичной медицинской помощи, которые оказываются за счет средств ОМС.

Министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванинский рассказал об организации неотложной, скорой и экстренной медицинской помощи в Сибирском федеральном округе и о ее влиянии на уровень смертности населения. По его мнению, дальнейшее развитие скорой помощи тормозится отсутствием стратегии ее управления. Существующие виды отчетности не отражают реальную потребность в этом виде помощи. До сих пор нет протоколов оказания скорой и экстренной медицинской помощи при наиболее распространенных urgentных состояниях.

Опытом организации неотложной помощи в Бурятии поделился министр здравоохранения Республики Бурятия Валерий Кожевников. Там проведено объединение служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Неотложная помощь оказывается на базе поликлиник в круглосуточном режиме. Это позволило разгрузить скорую помощь и сократить расходы. Проблема, которую, по мнению Валерия Кожевникова, необходимо решить – разрешение передавать вызовы, требующие оказания неотложной помощи, в поликлиники. Что требует нормативного акта на федеральном уровне.

О внедрение информационных технологий в работу бригад скорой медицинской помощи в Омской области рассказала начальник управления стратегического развития и реформирования здравоохранения Министерства здравоохранения Омской области Ольга Мигунова.

Участники Координационного совета решили обратиться в Министерство здравоохранения РФ с просьбой разработать и

утвердить нормативное правовое обеспечение оказания urgentной помощи, в том числе приказ по организации неотложной помощи. А также – разработать и утвердить типовые формы учетно-отчетной документации НМП и СМП с целью формирования системы мониторинга.

При обсуждении организационных механизмов обеспечения доступности высокотехнологичной помощи населению региона через систему обязательного медицинского страхования были выявлены проблемы в организации маршрутизации пациентов, организации взаиморасчетов между территориями. Участники совещания предложили разработать пилотный проект по формированию единого порядка оказания ВМП на базе федеральных медицинских организаций регионов Сибирского Федерального округа.

По мнению одного из участников совещания, члена Координационного совета Алтайской Медицинской Палаты Алексея Карташова, мероприятие было интересным и крайне полезным, потому что на нем обсуждались практические вопросы.

Сергей Дорофеев отметил, что на совещании прозвучали конструктивные предложения в адрес Министерства здравоохранения РФ и Государственной Думы. «Осталось только их сформулировать в решении Координационного совета, а мы будем пытаться претворять их в жизнь», – заключил он.

Маргарита Евдокимова

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ КООРДИНАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ НАЧАЛ СВОЮ РАБОТУ

13 октября в Москве прошло первое заседание Международного общественного координационного комитета по здравоохранению, который был создан 12-14 мая 2015 года в городе Алматы (Казахстан) в дни работы международной научно-практической конференции на тему: «Евразийский мост здоровья – 2015» по инициативе президента Национальной медицинской ассоциации Республики Казахстан Айжан Садыковой.

Председателем комитета избран председатель Национальной медицинской палаты РФ Леонид Рошаль. Как рассказал Леонид Михайлович, в рамках работы международного комитета уже подготовлены несколько актуальных проектов, призванных координировать деятельность врачебных сообществ разных стран.

Одним из главных проектов комитета Рошаль назвал создание международного совета медиаторов здравоохранения – системы, которая в настоящий момент активно развивается в России. Она будет накладываться на третейские суды и на независимую профессиональную экспертизу, за основу которой взята немецкая модель.

Еще один важный проект, который будет развиваться на платформе координационного комитета, – создание Комитета по информатизации здравоохранения, которая является важнейшей нитью, связывающей все структуры медицины.

Недавно в Министерстве здравоохранения РФ началась работа по созданию комиссии по биоэтике, инициатором которой явилась Национальная медицинская палата. В рамках нового координационного комитета по здравоохранению комиссия по биоэтике будет выведена на международный уровень.

Кодекс этики российского врача, пояснил Рошаль, был представлен Национальной медицинской палатой еще три года

назад на съезде врачей России, однако без создания единой организации, отслеживающей соблюдение врачом этических и профессиональных норм, без саморегуляции профессиональной деятельности и обязательного членства в ассоциации невозможно построить медицину, способную конкурировать с ведущими европейскими государствами. Международный комитет позволит объединить профессиональные этические нормы работы врачей всех стран, членство которых будет представлено в новом проекте.

Первый заместитель министра здравоохранения Игорь Каграманян подчеркнул, что первые два года работы общественного координационного комитета по здравоохранению, которые пройдут под председательством Леонида Рошалья, станут самым важным временем в становлении нового общественного совета. И важность взаимодействия государственных медицинских структур и профессионального медицинского сообщества трудно переоценить. Структуру такого взаимодействия можно строить на примере сотрудничества Министерства здравоохранения РФ с Национальной медицинской палатой, которыми отработан важный механизм принятия решений, реализуемых в здравоохранении, и создан совместный координационный совет по переходу на непрерывное медицинское образование. Теперь в рамках соглашения между Минздравом и Национальной медицинской палатой проходят организованные советом обсуждения проектов нормативных актов, затрагивающих основы профессиональной деятельности врача. Представители региональных министерств имеют возможность ознакомиться с проектами актов до их официального издания и уже на этой стадии внести конструктивные предложения, направленные на создание реализуемых механизмов работы нового законодательства «в реальных условиях».

Кроме того, в рамках совета эффективно взаимодействуют рабочие группы по основным направлениям развития отрасли. Отделения Национальной медицинской палаты функционируют в подавляющем большинстве регионов нашей страны, при этом в состав Палаты входят профильные научно-практические общества, которые объединяют специалистов по всей стране. Ожидания населения в здравоохранении, сказал Каграманян, связаны с доступностью и качеством медицинской помощи, и главным резерв в этом случае – качественная подготовка специалистов.

В перспективе все представители врачебного сообщества станут членами общей организации. Для врача это и элемент национального роста, и его социальная защита. В частности, Национальная медицинская палата эффективно представляет защиту профессиональной чести и достоинства врача в судебных и досудебных инстанциях, и в то же время несет ответственность за медиков, которую разделяет вместе с руководителями лечебных учреждений и органами управления здравоохранения.

Создание Международного общественного координационного комитета по здравоохранению станет еще одной, более высокой объединяющей структурой наднационального масштаба. В рамках деятельности координационного совета, сказал Каграманян, будут развиваться не только направления, которые были озвучены на нынешнем заседании, но и появятся новые грани сотрудничества между общественными организациями разных стран.

По окончании встречи был принят меморандум о международном сотрудничестве и взаимопонимании в области здравоохранения, который подписали представители всех стран, принявших участие в заседании.

ДВА МЕСЯЦА РАБОТЫ ВЫЯВИЛИ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПОДУШЕВОМ ФИНАНСИРОВАНИИ

Поликлиническая сеть здравоохранения Новосибирской области перешла на принципы подушевого финансирования в июле 2015 года. За два месяца работы в новых условиях выявился ряд проблем, которые, по мнению Правления НОАВ, требуют решения. В связи с этим Правлением подготовлено и направлено письмо на имя министра здравоохранения Новосибирской области О.И.Иванинского и директора Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Е.В.Ягнюковой.

В нем в частности сказано, что при обращении прикрепившихся лиц в другую медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи невозможно отследить выдавалось ли направление лечащим врачом; реестры для сверки предоставляются не всеми МО, оказавшими внешние услуги, вследствие этого становится невозможным составить акт разногласий (пункт 2.12.1.) и своевременно предоставить его в СМО; на основании предоставленных реестров непонятно, на каком основании оказывалась внешняя услуга в рамках плановой медицинской помощи при самостоятельном обращении гражданина в медицинскую организацию; в реестре отсутствует отметка о том, что плановая медицинская помощь оказывалась в рамках внешней услуги, т.к. гражданин прикрепился в течение текущего месяца к медицинской организации в результате расхождений в программах МИС и АИС ЕРНО; при составлении акта разногласий и направлении его в МО и СМО невозможно выдержать сроки, регламентированные тарифным соглашением; необходимо установить критерии, по которым возможны разногласия по внешним услугам (например, оказание плановой помощи без направления) либо не проводить сверку между МО по очевидным внешним медицинским услугам; оказание неотложной помощи в рамках внешней услуги не зависит от медицинской организации по месту прикрепления, так

же как выбор гражданином медицинской организации в текущем месяце. Кроме того, в письме говорится о том, что возникают определенные сложности при оплате работы по организации иммунопрофилактики инфекционных болезней, так как согласно ряду нормативных актов у медицинской организации есть обязанность проводить иммунизацию граждан не по месту прикрепления. То же касается и профилактических осмотров.

Для решения возникших проблем Правление НОАВ предлагает рассмотреть на комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий следующие предложения в тарифное соглашение:

1. Взаиморасчеты между медицинскими организациями на плановую консультативную медицинскую помощь, а также диагностические услуги должны проводиться в рамках подушевого финансирования в соответствии с двухсторонними договорами, при этом необходимо предусмотреть возможность: об обязательном внесении данных в информационные системы (АИС ГЭР, БАРС):

- о направлении пациента в другую медицинскую организацию (согласно порядкам оказания первичной медико-санитарной помощи);

- об оказании внешней услуги медицинской организацией при закрытии случая.

Сверку по оказанным внешним медицинским услугам проводить по данным информационной системы.

При оказании внешней услуги без направления медицинской организации – отражать в первичной медицинской документации и при предоставлении сведений об оказанной внешней услуги причину обращения не по месту прикрепления (например, оказание неотложной помощи, временное пребывание на

территории без объективной возможности обратиться по месту прикрепления).

2. Для исключения необоснованных обследований, консультаций медицинская организация, оказывающая внешнюю медицинскую услугу, не может увеличивать объем и количество этих услуг без согласования с направляющей медицинской организацией, к которой прикреплен гражданин.

3. Оплату за оказание неотложной помощи (в том числе посещения на дому) гражданам, не прикрепленным к поликлинике, проводить по законченным случаям без взаиморасчетов между медицинскими организациями с предоставлением отдельных реестров.

4. Организовать оплату профилактических мероприятий пациентов не прикрепленных к поликлинике (в том числе ФЛГ, иммунизацию населения, проведение профилактических медицинских осмотров детям) проводить по законченным случаям, без взаиморасчетов между медицинскими учреждениями с предоставлением отдельных реестров в страховые медицинские организации.

5. Прикрепление должно осуществляться в день обращения пациента и актуализация прикрепления должна происходить в режиме on-line (внесение данных в АИС «ГЭР»), а сверка количества прикрепленных между медицинской организацией и страховой медицинской организацией должна проводиться не позднее последнего числа текущего месяца;

6. Гражданину, не прикрепленному к медицинской организации и не реализовавшему права на выбор медицинской организации путем прикрепления, по факту обращения медицинская помощь должна оказываться только в рамках неотложной и экстренной медицинской помощи.

ПРАВЛЕНИЕ НОАВ ПРЕДЛАГАЕТ УНИФИЦИРОВАТЬ ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПЕРЕД ВМП

Правление НОАВ направило в адрес министра здравоохранения Новосибирской области О.И. Иванинского и директора Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Е.В. Ягнюковой письмо, в котором говорится, что в настоящее время отсутствуют догоспитальные медико-экономические стандарты при подготовке пациентов на амбулаторно-поликлиническом этапе к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. При этом у федеральных

центров на территории области, оказывающих данный вид медицинской помощи, разные требования к перечню необходимых исследований и консультаций врачей специалистов перед ВМП, и список обследований достаточно объемный, сроки годности ограничены, включая исследования, проведение которых требует направления пациентов в другие медицинские организации.

Правление НОАВ предлагает для своевременного и

качественного обследования пациентов разработать и утвердить перечень обязательных обследований и консультаций врачей специалистов перед проведением ВМП и рассмотреть на комиссии по разработке территориальной программы государственных гарантий включение медико-экономических стандартов догоспитального обследования взрослых и детей при направлении пациентов на плановое лечение по ВМП.

МЕДИЦИНСКУЮ ОБЩЕСТВЕННОСТЬ СФО СВЯЗАЛА ВИДЕОКОНФЕРЕНЦИЯ

30 сентября состоялась видеоконференция представителей медицинских ассоциаций и палат, входящих в Медицинскую Палату Сибирского федерального округа. В ней приняли участие коллеги из Омска, Хакасии, Тывы и Алтайского края, Республики Алтай, Красноярска и Бурятии. Инициатором проведения видеоконференции выступил заместитель председателя комитета по охране здоровья ГД ФС РФ, президент Медицинской Палаты СФО, председатель Новосибирской областной ассоциации врачей Сергей Борисович Дорофеев.

Он проинформировал коллег о том, какая работа проводится в комитете по охране здоровья в Национальной Медицинской

Палате. Заострил внимание на необходимости ведения реестров членов профессиональных территориальных организаций. Кроме того, участники видеоконференции обсудили перспективы введения процедуры аккредитации врачей с 1 января 2016 года. Сергей Борисович рассказал о том, что в ближайшее время в Государственную Думу будет внесен законопроект, который определит порядок ее проведения. Предполагается, что аттестация будет вводиться поэтапно, проходить на базе медицинских вузов и при самом непосредственном участии профессиональных медицинских организаций.



ДОЛГОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ

2015 год проходит под знаком: «снижения смертности от основных нозологий и борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями». О том, что в этом направлении делается в здравоохранении Новосибирской области, рассказывает главный терапевт ГБУЗ НСО «Государственной Новосибирской областной клинической больницы» Татьяна Николаевна Курбетьева.

- На территории Новосибирской области реализуется План работы по снижению смертности от основных заболеваний. В список входят не только сердечнососудистые патологии, но и другие терапевтические состояния – цереброваскулярные заболевания, болезни органов дыхания, гастроэнтерологические проблемы, которые могут привести к смерти. По всем этим нозологиям проводится постоянный мониторинг. Надо отметить, что этот План – результат серьезной работы, которая была проделана главными специалистами в начале года. В кратчайшие сроки были написаны программы по нозологиям, определены индикаторные показатели. Все это было утверждено на региональном уровне и направлено в Министерство здравоохранения РФ. И теперь ежемесячно мы отчитываемся на селекторных совещаниях, которые проводит министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова.

- Что дает такой постоянный мониторинг?

- Возможность быстро реагировать на конкретные ситуации в конкретных лечебно-профилактических учреждениях. Мониторинг проводится по всем ЛПУ, по каждому участку. У нас есть срезные таблицы, и мы сразу видим, что в какой-либо поликлинике на определенном участке увеличилось, например, число обращений в скорую помощь. Начинаем выяснять, почему это произошло. Такие организационные совещания сильно стимулируют и мобилизуют не только руководителей, но и специалистов участковой службы. Конечно, я понимаю, что есть определенные сложности в участковой службе – нехватка врачей, много бумажной рутинной работы, но мы все выполняем одну задачу. Хочу отметить, что такое отношение к этой работе как к общей для всех задаче идет от нашего регионального министерства и лично от Олега Ивановича Иванинского. Как опытный организатор здравоохранения он понимает, что это не какая-то очередная компания, а продуманная, долгосрочная стратегия. И работа по снижению смертности от основных классов заболеваний не ограничится 2015 годом, а будет продолжена дальше. Но успехов мы сможем добиться, только объединив усилия специалистов всех уровней, от министерства до участкового врача.

- Какие, условно говоря, инструменты есть в руках у врачей, чтобы реализовать намеченное?

- Конечно, мы начали работу не на пустом месте. Многие уже было сделано в период модернизации, когда открыли сосудистые центры. Это на самом деле был большой прорыв. Теперь мы шаг за шагом совершенствуем эту систему. Мы отработываем маршрутизацию, чтобы пациенты поступали более логично, с учетом транспортных развязок, и пробок.

Многое запланировано, и уже многое из этого сделано, для повышения квалификации медицинского персонала. Это очень серьезные конференции, лекции, семинары. Приведу один пример. Буквально за три-четыре месяца у нас значительно выросло число процедур тромболизиса на догоспитальном этапе. Для этого мы обучили персонал скорой помощи, фельдшеров. Это эффективно, дает реальное снижение смертности от инфарктов миокарда. Большой вклад в данный раздел работы внесли И.А. Большакова, главный специалист по скорой помощи, и ее эксперты. Сегодня бригадами скорой помощи тромболизис проводится не только в Новосибирске, но и во всех районах области в достаточном количестве. И я, как главный специалист, этим удовлетворена.

Конечно, мы еще не достигли тех целевых показателей, которые ставили. Но наша область в этом плане не уступает другим регионам. У нас есть индикаторы в абсолютных цифрах. Мы должны сохранить определенное количество жизней. И в соответствии с этим у нас расписаны мероприятия вплоть до каждого участка.

- Какое место в Плате по снижению смертности занимает диспансерное наблюдение?

- Это важный раздел работы. Не секрет, что до недавнего времени уровень и качество диспансерного наблюдения оставляли желать лучшего. Сейчас отработана нормативная база, появились новые федеральные приказы, по которым мы начинаем работать. Недавно я была на Экспертном совете по терапии в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, там было озвучено: сколько пациентов должно быть на диспансерном учете у одного терапевта по всем приоритетным нозологиям. Пятьсот. По факту кое-где это количество значительно меньше – 250-280. То есть мы должны количественно прирасти почти в два раза. Еще один момент – качество диспансерного наблюдения. Когда начинаешь анализировать, кто состоит на учете, то видишь, что это не всегда приоритетные нозологии. На учете должны состоять пациенты с ИБС, после инфаркта, инсульта, с сахарным диабетом. И не просто состоять. Врач должен вовремя проводить с ними определенные лечебные и профилактические мероприятия. Кстати, к примеру, у нас есть, такие индикаторные показатели, как число пациентов, достигших целевых показателей АД, целевых значений уровня холестерина и т.д. И это тоже мониторится.



- Какова роль профилактической работы в решении поставленных задач?

- Без преувеличения – огромная роль. Всегда проще профилактить, чем лечить. К примеру, диспансеризация определенных групп населения позволяет своевременно выявить те, заболевания, о которых пациент еще не знает. А это и сахарный диабет, и ишемическая болезнь, и повышенное артериальное давление, и т.д. Если эти пациенты начнут своевременно лечиться, то мы сможем предупредить сердечнососудистую катастрофу. А значит, сохраним человеку жизнь, улучшим ее качество. Радует, что у людей стало меняться отношение к своему здоровью. Многие задумываются, что необходимо сделать для того, чтобы не болеть. Быть здоровым, заниматься спортом становится модным. Особенно среди молодых. И наша задача – дать людям информацию, повысить их грамотность в этом отношении.

Я могу с удовлетворением сказать, что у нас в этом плане делается очень многое. Это заслуга всех главных специалистов. Координирующую роль в профилактической работе играет медицинский информационно-аналитический центр и Марина Леонидовна Фомичева как главный специалист по профилактике. За последние три года вышла масса статей, памяток, буклетов. Постоянно выступают главные специалисты, по телевидению показывают сюжеты о формировании здорового образа жизни. Последняя инициатива – памятки о том, когда надо обращаться за медицинской помощью при болях в сердце. Очень много общественных мероприятий и акций проведено. Конечно, сейчас есть определенные сложности с финансированием, но мы решили максимально использовать все возможности.

С НАЧАЛА ГОДА В СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРАХ РЕГИОНА ПРОШЛИ ЛЕЧЕНИЕ ПОЧТИ 15 ТЫСЯЧ ЖИТЕЛЕЙ

С января по сентябрь 2015 года сосудистые центры Новосибирской области приняли 6 900 пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (инсультом) и 7 800 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), в том числе почти 2 700 человек с инфарктом миокарда, сообщили в региональном министерстве здравоохранения.

За прошедшие восемь месяцев в сравнении с аналогичным периодом прошлого года в регионе отмечается снижение смертности от болезней системы кровообращения на 2,5%, в том числе от цереброваскулярных болезней на 6,1%, от ишемической болезни сердца на 1,1%. Таких результатов позволила достигнуть в том числе и реализация комплекса мер в рамках проведения Национального года борьбы с сердечно-

сосудистыми заболеваниями. Он включает в себя взаимодействие с ННИИ патологии кровообращения им. ак. Е. Н. Мешалкина, мониторинг качества оказания медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями, анализ эффективности диспансерного наблюдения, разбор причин госпитализации пациентов с острой сосудистой патологией и другие мероприятия.

Ежегодно увеличивается количество пациентов, получивших медицинскую помощь в сосудистых центрах региона. Так, в 2014 году в них оказали специализированную медицинскую помощь более 12 тыс. пациентов с ОКС (рост в сравнении с 2012 годом – 18,8%), более 10 тыс. – с инсультом (рост в сравнении с 2012 годом – 4,6%).

Для справки. Сеть сосудистых центров в Новосибирской области развивается с 2012 года. В настоящий момент они действуют на базе Городской клинической больницы № 1, Областной клинической больницы, Городской клинической больницы № 34, Бердской ЦГБ, Куйбышевской, Карасукской, Тогучинской и Татарской центральных районных больниц.

Для создания сосудистых центров в больницах были проведены реконструкции, закуплено современное оборудование, необходимое для диагностики, лечения и реабилитации пациентов, специалисты прошли обучение в федеральных центрах.

Всего за время работы сосудистых центров в них получили медицинскую помощь около 80 тысяч пациентов.

Уже начиная с 2016 года врачам, чтобы получить возможность заниматься медицинской деятельностью, придется регулярно проходить процедуру аккредитации, которая будет включать тестирование, решение ситуационных задач, выполнение заданий на симуляторах, а также анализ портфолио специалиста. Свои навыки врачи будут показывать на стандартизованных пациентах, системах «Телементор» и «Автар», а также симуляторах с регистрацией параметров.

Грядущие перемены

В настоящее время для допуска к врачебной профессии специалист должен пройти сертификацию, которая является обязательной в Российской Федерации. Кроме того, обязательным для медицинского работника является дополнительное профессиональное образование, которое он должен получать раз в пять лет.

Но с 2016 года на смену сертификации приходит аккредитация, которая будет являться обязательным условием допуска к медицинской деятельности. Кроме того, любой врач в России может по собственному желанию пройти добровольную оценку профессионального уровня - аттестацию на получение квалификационной категории. Но это уже дело сугубо добровольное.

Хотя на создание такой системы потребуются немалые затраты, организаторы здравоохранения убеждены, что в итоге государство только выиграет за счет сокращения издержек, связанных с врачебными ошибками, осложнениями, повторными обращениями к врачу и нерациональным использованием медицинского оборудования.

Как отметила на VI международной конференции «РОСМЕДОБР-2015. Инновационные обучающие технологии в медицине», которая прошла в Москве, директор департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Татьяна Семенова: «Здравоохранение – это стратегическая отрасль, поскольку жизнь и здоровье человека – самое главное достояние любой страны. Поэтому требования к допуску медицинской деятельности будут контролироваться государством с участием профессиональных организаций, пациентских сообществ».

Здравоохранение – это первая отрасль, где была проведена оценка уровня квалификации специалиста для допуска к профессии, добавила она.

Сточки зрения закона

Переход на систему аккредитации специалистов регламентируется законодательством РФ. В частности, согласно статье 69 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 с изменениями от 2015 года, под аккредитацией понимается «процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности». Согласно этой же статье осуществляется аккредитация не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

А Статья 73 того же закона гласит, что совершенствование профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам образовательных и научных организациях является обязанностью медицинских и фармацевтических работников.

Целью аккредитации является определение соответствия подготовки врача, прошедшего обучение, необходимому уровню для осуществления профессиональной деятельности.

Виды аккредитации

Планируется, что аккредитация будет нескольких видов.

Первичная аккредитация будет проводиться самой образовательной организацией.

Первичная специализированная аккредитация проходит после выполнения учебного плана ординатуры и циклов профессиональной переподготовки.

Компетентностная аккредитация должна проходить после получения новой компетенции (навыка).

Периодическая аккредитация будет проходить после выполнения учебного плана дополнительного профессионального образования, начиная с 2021 года.

Говоря об отличиях новой системы, профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО ПМГМУ им. И.М. Сеченова Евгения Ших отметила, что прохождение аккредитации с положительным результатом после получения базового образования уже будет давать право самостоятельной деятельности в конкретной сфере. При нынешней системе у молодого специалиста такого права нет.

Кроме того, национальная система аккредитации позволит делать объективную оценку практического уровня подготовленности в соответствии с профессиональными стандартами деятельности. Часть испытаний для

КАК БУДЕТ ПРОВОДИТЬСЯ АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ И ФАРМАЦЕВТОВ С 2016 ГОДА?

каждого соискателя на получение аккредитации будет организована с использованием симуляционных технологий и методов современного медицинского образования. Для аттестационных испытаний на всей территории страны будут использованы единые задания, и сам тест будет во многом аналогичен ЕГЭ. Планируется вводить аккредитацию постепенно, начиная с 2016 года. Повторная аккредитация для специалистов впервые должна стартовать с 2021 года.

Подготовка экспертов

На нынешнем этапе одной из важных задач является подготовка экспертов для комиссий, осуществляющих аккредитацию. Обучение экспертов всех комиссий планируется проводить в Федеральном аккредитационном центре. На базе Федерального центра будет функционировать один из окружных центров. Такие центры планируется равномерно распределить на всей территории страны. В комиссии будут включаться представители профессиональных некоммерческих организаций, представители объединений работодателей и представители образовательных организаций.

По замыслу организаторов, выстраиваемая система аккредитации должна стать полностью прозрачной, и со всеми требованиями можно будет ознакомиться заранее на официальном сайте.

Современные технологии

В ходе аккредитации оценивать уровень знаний планируется в нескольких формах: тестирование, решение ситуационных задач и тесты на симуляторах. Для тестирования из единой федеральной базы автоматизированная система случайным образом будет формировать индивидуальный перечень вопросов. Для решения ситуационных задач в соответствии с компетенцией будет использоваться банк ситуаций объективного структурированного клинического экзамена. Тесты на симуляторных системах предусмотрены только для специалистов, приобретающих практические навыки.

Кроме того, для периодической аккредитации будет проводиться анализ портфолио специалиста.

Средства оценки

Стоит отдельно рассказать о средствах оценки навыков медработников. Кроме тестов планируется также использовать видеорегистрацию, чек-листы, стандартизованных пациентов, системы «Телементор» и «Автар», симуляторы с регистрацией параметров.

Система «Телементор» является отечественной разработкой и может использоваться в режиме тренинга для самоподготовки, а также в ходе экзамена. В нее включена видеорегистрация и листы экспертного контроля для каждого навыка.

Еще одна отечественная разработка – система виртуального пациента «Ай-болит» I-БОЛИТ (системы «Аватар») – снабжена механизмом голосового распознавания и представляет собой нечто среднее между погружением в сценарий общения с пациентом и тестом. Ее преимущество в том, что каждый сценарий сопровождается листом экспертного контроля, который автоматически заполняется в ходе работы экзаменуемого.

Уже формируется пул заданий и листов оценки объективного структуриро-

ванного клинического экзамена на основе матрицы шести основных компетенций врача по девяти основным разделам медицины.

Конечная цель

В эксклюзивном комментарии Российскому агентству медико-социальной информации АМИ директор департамента Минздрава России Татьяна Семенова рассказала об основных целях, которые поставлены сегодня перед медицинским образованием. Во-первых, используемые в практической деятельности и в обучении технологии должны соответствовать тем запросам, которые перед ними ставятся. «Запросы эти связаны с переходом на персонализированную медицину, с необходимостью повышения мотивации к образованию, – подчеркнула она. – Образование должно быть интересным, легким и проходить в виде деловых игр, коммуникативных тренингов, комплексных мультибригадных тренингов. И в зависимости от этих задач им должны соответствовать образовательные технологии и образовательные методики, которые могут быть абсолютно разные».

Что касается специальности первого контакта с пациентом (скорая помощь, врачи первичного звена), то одним из главных направлений в повышении квалификации врачей этих специальностей, по словам Татьяны Владимировны, является обучение коммуникации (включая изучение основ конфликтологии), умению вступать во взаимодействие с пациентом. «Если говорить о так называемых рукодельных специальностях (например, хирургического профиля), то тут требуются технологии, которые позволяют обеспечить максимально качественную подготовку без нанесения вреда пациенту. Поэтому симуляционные технологии в данной подготовке выступают на первое место», – подчеркнула представительница Минздрава.

«Результатом всей этой реформы системы медицинского образования должно стать единое качество образования вне зависимости от провайдера образовательных услуг. Это – наша цель, и я надеюсь, что мы ее достигнем, в том числе и через систему аккредитации, которая поэтапно начнет внедряться с 2016 года», – отметила Татьяна Семенова.

Рамиль Валеев (РИА АМИ)

В ГОСУДАРСТВЕННОЙ ДУМЕ ОБСУДИЛИ, КАК МОТИВИРОВАТЬ РАБОТОДАТЕЛЕЙ ЗАБОТИТЬСЯ О ЗДОРОВЬЕ СОТРУДНИКОВ

В Государственной Думе состоялось заседание «круглого стола» на тему: «Законодательные аспекты мотивации работодателей к заботе о здоровье персонала», организованное Комитетом по охране здоровья.

Открывая дискуссию, первый заместитель председателя Комитета Николай Герасименко отметил, что снижение заболеваемости и смертности трудоспособного, экономически активного населения – одна из приоритетных задач государства.

Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установил законодательную базу для профилактики. В соответствии с его требованиями работодатели обязаны обеспечить условия для прохождения работниками медосмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения. Правда, эти положения относятся лишь к работникам, занятым на отдельных видах производств, чаще всего вредных или сопряженных с управлением средствами повышенной опасности. Обязанности работодателя по обеспечению безопасных условий труда закреплены также и в Трудовом кодексе. Кроме того, на многих предприятиях проведение профилактических мер предусмотрено отраслевыми либо иными корпоративными документами.

Однако уровень заболеваемости, смертности в трудоспособном возрасте, распространения вредных привычек указывает на недостаточность таких мер. Причиной является не только производственный травматизм, но образ жизни, вредные привычки, нежелание работников обращаться к врачу, пока заболевание не даст о себе знать явно, или брать больничный, стремясь избежать потерь в зарплате.

Приказ Минздрава обязывает граждан России проходить раз в три года диспансеризацию, однако исполнение этого требования затруднено тем, что работодатели неохотно отпускают работников для её прохождения в рабочее время. В этой связи Комитетом подготовлен законопроект о внесении в Трудовой кодекс изменений, обязывающих работодателя отпускать для прохождения диспансеризации всех работников, а не только занятых на вредных производствах.

Но в целом, заключил Н.Герасименко, в настоящее время экономические механизмы мотивирования работодателей к системной деятельности, направленной на обеспечение прав сотрудников в сфере охраны здоровья граждан, практически отсутствуют. Решение этой задачи выходит за пределы компетенции какой-либо одной структуры и требует скоординированного межведомственного подхода, согласованных действий федеральных и региональных органов власти, заинтересованного участия бизнеса, а также самих работников.

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальным вопросам Людмила Козлова заметила, что у нас очень много запретительных, ограничивающих норм, но мало стимулирующих, а в этой сфере они реально действенны. Первый заместитель исполнительного директора Ассоциации менеджеров России Вадим Ковалёв высказал мнение о том, что непростая ситуация в экономике подтолкнёт все стороны к поиску общих решений задачи – чтобы люди были здоровее и могли работать лучше, так как это в конечном счете в интересах всей страны.

Директор Центра профилактической медицины Минздрава России Сергей Бойцов подчеркнул: работодатель должен понимать, что его экономические потери и прибыли напрямую связаны со здоровьем образом жизни работников. Необходимо осознание предпринимателем того, что в его интересах обеспечить адекватные условия на рабочем месте, мотивирование работников к

прохождению профосмотров, обеспечение возможности физической активности и доступности здоровой пищи. Важно, чтобы все перечисленное было системными, программными, а не разовыми мероприятиями. Создать дополнительно заинтересованность работодателя могут такие меры, как включение мероприятий по охране здоровья в федеральные и региональные программы, налоговые льготы, грантовая поддержка, включение в нефинансовую отчетность мероприятий по сохранению здоровья работников.

Также С.Бойцов предложил варианты преференций и санкций, связанных с воспитанием ответственного отношения граждан к своему здоровью. Подчеркнув, что предлагаемые меры, возможно, являются спорными, эксперт перечислил такие поощрения, как снижение взноса при страховании в рамках ДМС и взноса при оформлении полиса ОСАГО, добавление двух дней к ежегодному отпуску, снижение взносов во внебюджетные фонды для трудовых коллективов. Средства на финансирование этих мер могут быть получены за счет симметричных штрафных санкций.

Председатель Комитета по социальной политике организации «Деловая Россия» Сергей Рыбальченко обратился к роли демографической политики в комплексе мероприятий по обеспечению здоровья граждан. В настоящее время соотношение населения трудоспособного и нетрудоспособного возраста в России удачно, и этот ресурс жизненно важно использовать. Однако высокая смертность трудоспособного населения сводит на нет многие положительные тенденции.

В преодолении этого фактора велика роль работодателя, без активного участия которого направить людей на диспансеризацию, заставить их заниматься собственным здоровьем сложно. В настоящее время существуют корпоративные программы по охране здоровья, профилактике заболеваний, обеспечению питанием, и они приносят ощутимый, измеряемый эффект. Однако это характерно для крупных предприятий, в малом и среднем бизнесе для подобной деятельности часто нет необходимых условий. Здесь могли бы помочь специальные программы с использованием механизмов ГЧП. Также необходимо, чтобы бизнес, работодатель стали реальными участниками профилактической среды.

Подобные мероприятия, по мнению С.Рыбальченко, могли бы начать реализовываться в пилотном режиме в регионах с высокой смертностью трудоспособного населения.

Директор Института экономики здравоохранения ВШЭ Лариса Попович продолжила тему снижения смертности трудоспособного населения. Проанализировав статистические данные о смертности трудоспособного населения и населения в целом от различных заболеваний, эксперт подчеркнула: это управляемый фактор и он может стать фокусом внимания работодателей. Однако независимо от активности работодателя смертность работающего населения связана с организацией системы медицинской помощи в целом, а в России как-либо целенаправленная деятельность в этом направлении отсутствует. Работодатель часто оказывается заложником системы организации медицинской помощи, выстроенной государством, он не единственный участник этой системы, нельзя направлять требования и рекомендации только к нему. Здравоохранение не является приоритетом по инвестициям в основную капитал, финансируется мало, однако это далеко не самый худший показатель в мире, и этими средствами необходимо уметь распоряжаться. Необходимо разделение полномочий между государством и работодателем, координация усилий всех участников процесса. Заместитель председателя Комитета по охране здоровья Сергей Дорощев призвал участников дискуссии предметно подойти к решению задач. По мнению депутата, важно набрать конкретный материал, с которым можно было бы работать, накопить конкретные предложения, пусть даже и спорные, которые

можно обсуждать. Необходимо создать общую заинтересованность, мотивирование, которое работало бы как система. Для этого, считает С.Дорощев, может быть использована грантовая поддержка предприятий, возможно на условиях финансирования с регионами.

Исполнительный вице-президент РСПП, председатель Комиссии по индустрии здоровья Виктор Черепов напомнил, что выплачивая страховые взносы, работодатель выполняет свои обязательства как перед работающим, так и перед неработающим населением. Эта финансовая нагрузка велика, дальнейшего её увеличения не выдержат даже успешные предприятия.

Между тем работодатели готовы вкладывать дополнительные средства в различные мероприятия по сохранению здоровья своего персонала. Для оптимизации этой деятельности РСПП предлагает комплексную Систему управления здоровьем на предприятии. Такая программа уже разработана для химической промышленности, ведется разработка аналогичных программ для АПК и угольной промышленности. Предприятия готовы реализовывать такие программы, но необходима координация действий, общая концепция – куда идти, что делать, к каким целям стремиться.

Директор Научно-исследовательского института медицины труда Игорь Бухтияров обратил внимание на то, что даже законодательно закреплённые нормы о периодических профосмотрах таковы, что в эффективности этих мероприятий не заинтересован никто из участников. Просто декларировать обязанность работодателя отправлять сотрудников на осмотр недостаточно. Необходимо мотивировать к формированию здорового образа жизни как финансовыми, так и нефинансовыми методами. Сложность здесь в том, что критерии оценки очень условны, их сложно документировать. Пока успешность мероприятий по охране здоровья в значительной мере зависит от руководства конкретных предприятий, причем речь идет, как правило, о крупных предприятиях с госучастием.

Заместитель руководителя Департамента страхования профессиональных рисков Фонда социального страхования Ольга Измайлова обратила внимание на то, что, будучи финансовой организацией, фонд может влиять только методами экономического стимулирования, то есть через тарифы, а также скидки и надбавки к ним. При этом недавно была введена система, позволяющая на основе специально подобранной информации устанавливать скидки и надбавки автоматически. Также представитель Фонда рассказала о механизме аккумулирования страховых взносов за три года, который позволит пользоваться помощью Фонда малым предприятиям. Но здесь также необходимы целевые программы, создающие у малых предприятий дополнительную заинтересованность. Кроме того, О.Измайлова отметила возможность увеличения средств, направленных на финансовое обеспечение предупредительных мер в бюджете Фонда на 2016 год, а также высказала тревогу по поводу наметившейся тенденции сокрытия профессиональных заболеваний в статистике профосмотров.

Также на заседании были представлены корпоративные практики охраны здоровья сотрудников применяемые в компаниях «Русал», «Объединенные машиностроительные заводы», «Шелл», «Альфа-Страхование» и Сбербанке. Завершая дискуссию, заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальным вопросам Людмила Козлова подчеркнула, что работодатель – это только одна составляющая проблемы, необходима ответственность человека за своё здоровье, необходимо приучать к этому с детства, нужны финансовые стимулы здорового образа жизни – как для работников, так и для предприятий. Высокоскоростные заседания предложения будут обобщены и направлены во все заинтересованные структуры.

ГЛАВНОЕ В ЖИЗНИ МУЖЧИНЫ – РАБОТА

Приз зрительских симпатий областного конкурса профессионального мастерства «Врач года – 2015» получил заведующий отделением гнойной хирургии ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» Михаил Владимирович Мешков. В финале конкурса он исполнил песню под гитару, которая никого не смогла оставить равнодушным, поскольку была посвящена главному для всех собравшихся в тот день на сцене и в зале – работе. О месте работы в своей жизни и о жизни вне работы наш разговор с Михаилом Владимировичем.

- Что стало для Вас определяющим в выборе профессии?

- В 7 классе я попал в больницу с аппендицитом. И так получилось, что задержался в больнице на полтора месяца. Вот тогда я и решил стать хирургом. Оказалось, моя первая учительница сказала моим родителям, что я стану врачом, еще во время учебы в третьем классе. Видимо, она увидела в моем характере что-то такое «докторское» уже тогда.

- А как Вы стали хирургом?

- Я закончил 4 курса Новосибирского медицинского института, потом перевелся на военно-медицинский факультет в г. Томск, в 1983 году закончил. Год работал врачом в стройбате в г. Прокопьевске, затем в Южной группе войск в Венгрии. Я был врачом части, по сути, врачом общей практики. У меня была мечта – стать хирургом, но никак не получалось. Поэтому в 1987 году я уволился и пришел работать в больницу № 11 врачом-хирургом приемного отделения. Получил первичную специализацию и с 1990 года работаю во 2-ой больнице скорой помощи. Так что здесь я уже четверть века.

- Откуда такое стремление быть хирургом?

- Это стремление, наверное, связано с характером. Мне важно что-то делать руками, включая при этом голову. Работаете руками и головой и видишь результат своего труда. Поэтому я точно не смог бы работать, например, терапевтом.

- Какими качествами надо обладать, чтобы быть хорошим хирургом?

- Надо любить людей. Любых, в любом состоянии. Любит всех и помогать всем одинаково хорошо. Это, мне кажется, относится к любой врачебной специальности.

- Вы уже почти 15 лет заведуете отделением гнойной хирургии. Что в этой работе главное?

- В нашем отделении чаще, чем в других, происходит смена кадров, можно даже сказать, смена поколений. Это связано со спецификой нашей работы. Отделение гнойной

хирургии – одно из самых тяжелых отделений в больнице. Мы занимаемся лечением не только «своей» патологии – заболевания и травмы, связанные с воспалением, – но и лечением больных, переведенных к нам из других отделений. Если где-то у кого-то что-то не получилось и начались осложнения, связанные с инфекционными процессами, то эти больные становятся нашими. Они, как правило, самые тяжелые, требуют интенсивного лечения, больших моральных и материальных затрат, определенных знаний и ответственности. Этой категории больных необходимо не только хорошо сделать нужную операцию, но и правильно лечить в послеоперационном периоде. Потому у нас врачи, поработав и набравшись опыта, начинают искать другое место работы, где условия более щадящие. Они уходят, приходят молодые, без опыта, готовые работать несколько лет в очень интенсивном режиме. И снова надо учить, воспитывать, контролировать и т.д. Вот это, наверное, главное в работе заведующего.

- Почему же Вы не ушли, а работаете здесь уже 25 лет?

- Так получилось. Я же пришел сюда не молодым специалистом, постепенно втянулся. Может быть, я консерватор. За все эти годы я привык к нашей интенсивной работе, меня устраивал и устраивает коллектив и отделения, и больницы. Кроме того, после нескольких лет работы приобретаешь определенный опыт, и в какой-то момент у хирурга наступает некий драйв. Это когда тебе кажется, что в любой клинической ситуации ты способен оказать человеку необходимую помощь. Естественно, для того, чтобы это не казалось, а было на самом деле, необходимы годы упорного труда и учебы, помощь коллег. Я думаю, что вот этот самый драйв у меня до сих пор есть.

- Какие требования для своих подчиненных Вы считаете безусловными?

- Если что-то не знаешь, не понимаешь, не можешь разобраться в ситуации с больными – не стоит предпринимать никаких героических усилий на свой страх и риск, ничего не придумывать, а лучше посоветоваться с коллегами.

- Врач имеет право на ошибку?

- Конечно. Не ошибается тот, кто ничего не делает. Человеческий фактор никто никогда не отменит. Главное, постараться не совершать одну и ту же ошибку дважды. И пытаться учиться не на своих, а на чужих ошибках.

- Кого Вы считаете своими учителями?

- В первую очередь, Германа Иосифовича Веронского. Он не был моим непосредственным учителем, но я, работая в 11 больнице, принимал участие в проводимых им операциях. На меня произвело неизгладимое впечатление то,



как он работал. Кроме того, это Василий Лаврентьевич Хальзов и Александр Иванович Бромбин. Вот, пожалуй, три человека, которых я могу считать самыми главными своими учителями. У них у всех есть это качество – любить больных независимо ни от чего. Их ничем не испугаешь, они умеют быстро принимать адекватные решения. Они в любой ситуации найдут правильную тактику, правильный объем операции, правильное лечение. Всему этому я старался у них научиться.

- Вы на конкурсе спели песню, которая всех покорила. Почему Вы выбрали именно ее и есть ли у Вас музыкальное образование?

- Я окончил музыкальную школу по классу баяна, но давно уже не брал его в руки. На гитаре же играю и песни пою с удовольствием. Почему выбрал эту песню? Я считаю, что главное в жизни мужчины – это работа. Поэтому и песня именно о работе.

- А Ваша семья это понимает?

- Конечно. Жена работает главной медсестрой терапевтического корпуса нашей больницы, в этом плане у нас полное взаимопонимание. Трое детей, все они уже взрослые, по нашим стопам, к сожалению, не пошли. Внуков пока нет.

- Что бы Вы пожелали своим коллегам, особенно молодым?

- Побольше сил, терпения и желания стать тем, кем хочешь. В общем, идти навстречу своей мечте.

ДОБРО И МИЛОСЕРДИЕ

«Пока живет в нас сострадание...»

С этой женщиной, простой медицинской сестрой, я знакома давно: мы работали вместе. Я бы даже сказала: с медсестрой по профессии и сестрой милосердия по призванию.

Можно было бы рассказать о ее профессиональной деятельности и жизни, такой большой, полной невзгод, лишений и превратностей судьбы. Однако речь пойдет не об этом. Человек она удивительный, всегда поражала своей необыкновенной искренностью, добротой, милосердием, граничащим с жертвенностью. А на возгласы: «Берегите женщин!» – тут же отвечала: «Кто же пожалеет мужчин? Они ведь более ранимы, чем женщины, на них возложено так много, они лишены гибкости, и их так просто сломить!»

Сейчас она немолода. Про таких говорят: «Особа элегантного возраста». Вот только элегантность ей чужда. Всю жизнь, каждый день, каждое мгновение посвящает она своим близким, немощным знакомым, и совсем незнакомым, бывшим сотрудникам, соседям, бездомным животным и птицам. И так каждый день, годы, десятилетия. Вместе с тем полная бесребреница. Удивляет то, что некоторые считают ее не совсем здоровой.

Трудно, наверное, сохранить здоровье в тяжелых жизненных ситуациях, которые выпали на ее долю, при полной «глухоте» и невнимании окружающих.

Есть один факт ее биографии, который говорит о многом, – она являлась малолетней узницей фашистского концлагеря. Откуда силы берутся? Всюду одна, везде за всех, кругом непонимание и бездушие.

Удобно, наверное, быть глухим и невидящим, не чувствующим чужой боли и нужд. Надобность ведь бывает разной: одиночество и «некому руку подать», постараться восстановиться после операции, оформить бесконечные документы для мало дееспособного человека, простаивая в душных учреждениях, плача временами от бессилия, сухого бездушного бюрократизма. Плохо видят глаза, но ошибиться нельзя.

Временами кажется, что жизнь стремительно несется вперед, жизнь прожита для других. А для себя... когда? О себе же... потом! Может быть, удастся успеть. Душа болит за всех. А рук только две, чтобы поддержать, удержать, помочь, накормить, опекать, укрыть... И еще – это нетерпение сердца, оно всегда беспокойно, опережает мысли и время.

На рынке жесткого избивают молодого человека. Может быть,

он виноват. Он лежит на земле, заслоняя рукам голову. И эта немолодая женщина кидается в толпу и кричит дрожащим голосом: «Люди! Будьте милосердны! Ведь он чей-то сын!» – и бьет своей авоськой нападающих. «Бабушка, иди своей дорогой, а то и тебе достанется». И никто больше не заступился за парня. А здоровье здесь не при чем, чтобы ни говорили.

Чуть забрезжит рассвет, в любую погоду бежит она туда, где ждут ее две бездомные собаки. Они знают, что она придет и накормит. И она бежит, даже когда ноги не слушаются, а на сердце не спокойно.

Сколько раз приходилось видеть, как она спешит, неверующая, в церковь, чтобы отнести продукты и вещи то для беженцев с Украины, то для ночлежек, то для детского приюта где-то в Самарской области, где пару лет назад жила со своим умирающим братом. Сколько в ней сопереживания чужому горю, как будто оно свое, кровное. Вот оно – милосердие жертвенное!

Какое счастье, что не перевелись на свете такие люди. Они духовно высоки и невероятно сильны, несмотря ни на что.

Так хочется их понять, таких ранимых. Помочь и подставить руки, свои...

НОБЕЛЕВСКУЮ ПРЕМИЮ ПО МЕДИЦИНЕ В 2015 ГОДУ ДАЛИ ЗА БОРЬБУ С ПАРАЗИТАМИ

Лауреатами нобелевской премии по медицине в 2015 году стали ирландец Вильям Кэмбелл и японец Сатоси Омура за открытия в области борьбы с червями-паразитами, а также китайка Юю Ту за открытия в области борьбы с малярией.

Нобелевские лауреаты этого года разработали методы, которые совершили революцию в лечении самых опасных для человека паразитических заболеваний, отмечает Нобелевский комитет.

Уильям Кэмбелл и Сатоши Омура создали лекарство под названием Avermectin, которое проявило себя как эффективное средство борьбы с онхоцеркозом («речной слепотой», характеризующейся образованием подкожных узлов, поражением кожи и глаз), элифантиазом («слоновой болезнью», стойким увеличением размеров какой-либо части тела из-за болезненного разрастания кожи и подкожной клетчатки), а также другими паразитическими заболеваниями. Юю Ту разработала Artemisinin – препарат, который значительно сократил смертность среди ставших жертвами малярии людей.

Эти два открытия дали человечеству новые средства для борьбы с болезнями, которые каждый год поражают сотни миллионов человек, а их вклад в задачу глобального улучшения качества жизни людей по всему миру

действительно неопределим.

Червями-паразитами (или гельминтами) по оценкам специалистов, поражено около трети населения земного шара. Чаще всего они встречаются в Африке, Южной Азии, Центральной и Южной Америке.

В глазном яблоке они вызывают воспаление, кровотечения и другие осложнения, ведущие в конечном итоге к потере зрения.

Возбудителем элифантиаза является паразит под названием *Brugia malayi*. Пораженные им участки кожи покрываются бородавками и язвами, затем возникают отеки. Соединительные ткани разрастаются, что в конечном итоге приводит к увеличению размера органа или конечности человека, а также к изменению его формы. Развитие болезни может спровоцировать другие проблемы, такие как распространение инфекции в лимфатических сосудах.

Исследователям удалось обнаружить штамм бактерии, вырабатываемый которой антибиотик действовал особенно эффективно против паразитов, поражающих как домашних животных, так и человека.

Биоактивный агент получил название Avermectin, а чуть позже из него было выделено более эффективное средство – Ivermectin. Этот препарат был испытан на людях и доказал свою эффективность в уничтожении

личинок паразитических червей, а первые публикации, посвященные разработке, появились еще в 1979 году в журнале *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*.

Малярия распространяется комарами из рода *Anopheles*. По оценкам специалистов, на начало XXI века малярия поражала 350–500 млн человек в год, 1,3–3 млн из которых в итоге погибали, причем в подавляющем большинстве случаев инфицируются дети в возрасте до пяти лет. Китайская исследовательница Юю Ту начала свою работу по поиску средства против малярии еще в 1960 годах. В то время Юю Ту занималась традиционной китайской медициной, основанной на лечении травами. Она обнаружила, что экстракт из растения *Artemisia annua* (полынь однолетняя) может быть неплохим кандидатом на «должность» борца с малярией. Юю Ту удалось выделить из полыни компонент под названием Artemisinin, который оказался способным уничтожать возбудителей малярии в случае как с животными, так и с людьми. Artemisinin представляет собой новый класс антималярийных препаратов, которые убивают возбудителя на самых ранних стадиях их развития.

Юю Ту стала первой китайкой, которая удостоилась Нобелевской премии по медицине, а также 12-й женщиной, получившей эту премию.

РЕЛИКВИЯ МЕДИЦИНЫ ГОРНОГО АЛТАЯ БОЛЕЕ ЧЕМ ЧЕРЕЗ 100 ЛЕТ ВЕРНУЛАСЬ НА РОДИНУ

Личная печать первого дипломированного врача Ойротии через 109 лет вернулась на родину. Она принадлежала Иволину Михаилу Алексеевичу, приехавшему врачевать в Улалу в 1900 году и проработавшему здесь до 1906 года. Именно в эти годы и была изготовлена личная печать доктора.

Как удалось выяснить, печать сделана из камня – кварцита-белоречита. Её изготовили мастера Кольванского камнерезного завода. Именно здесь, в 35 километрах от Кольвани, на левом берегу реки Белая, и добывается этот редкий камень. Печать выглядит весьма презентабельно. На её основании выгравировано «Улолинский участковый врач Иволин». Именно этой печатью пользовался доктор, когда делал назначения нашим землякам, ставил её на документах.

В 1906 году Михаил Алексеевич переехал в г. Новониколаевск. Стал первым главным врачом открывшей-

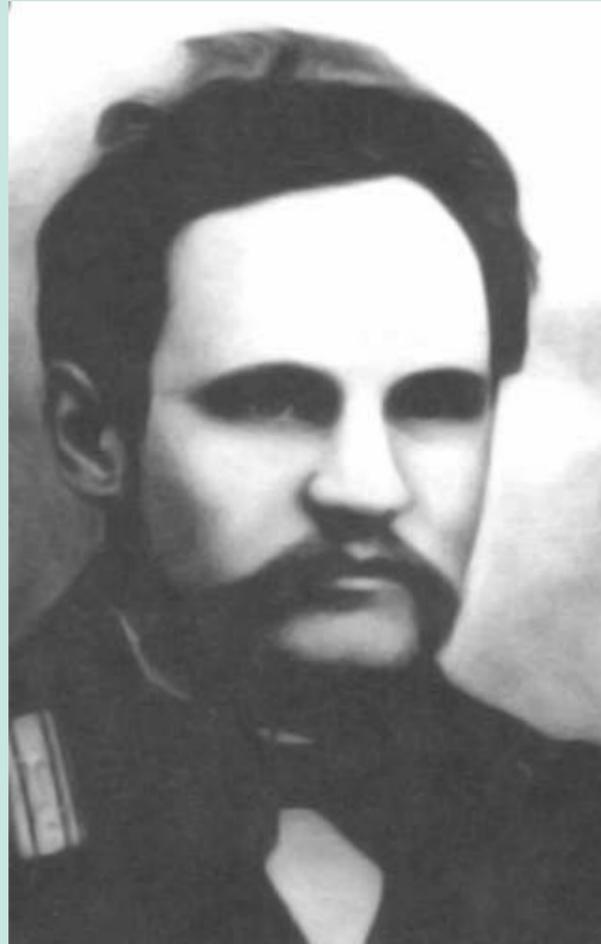
ся в 1906 году Новониколаевской городской больницы. Являлся заведующим родильным отделением городской больницы (с 1906 до 1917 года). Имел частную практику по глазным и ЛОР-заболеваниям. Владел частной двухэтажной клиникой, на базе которой в дальнейшем, в 1920 году, был открыт родильный приют.

Также он был человеком прогрессивных взглядов. Являлся гласным членом гордумы Новониколаевска (до 1919 года). Член общества изучения Сибири и улучшению её быта (1914). Открыл первую библиотеку в Новониколаевске (1907). Сведений о судьбе М.А. Иволина после 1919 года не было.

Но вдруг в 2013 году на страницах прессы появилась информация о печати врача Михаила Алексеевича Иволина. Приблизительно в 1972 году в Центральном районе г. Сочи, в подвале старого дома, шедшего под слом, дети случайно нашли именную

печать, надпись на ней ясно говорила об её хозяйине: «Улолинский участковый врач Иволин», и это именно тот период, в который он работал в Горном Алтае. Каким образом печать попала в Сочи, пока ничего неизвестно. Возможно, доктор в дальнейшем жил именно в этом городе. С тех пор она бережно хранилась в семье нашедших печать как старинная реликвия.

После того, как стало известно о печати доктора Иволина, Ассоциация врачей Республики Алтай связалась с владелицей печати. После переговоров, в апреле 2015 года, печать за вознаграждение была передана в собственность ассоциации и доставлена на родину. Для медицинского сообщества это, наверное, самый ценный экспонат из истории здравоохранения Горного Алтая. В ближайшее время этот символ медицины Горного Алтая будет выставлен на общее обозрение.



ХИРУРГИ СПАСЛИ «ТЯЖЕЛОГО» ПАЦИЕНТА С РАКОМ И ЛОПНУВШЕЙ АРТЕРИЕЙ

Новосибирские хирурги сделали уникальную операцию мужчине с раком щитовидной железы – за 5,5 часов ему вырезали железу, гортань и почти всю трахею.

Рак щитовидной железы у пациента «Городской клинической больницы №1» развивался быстро и поразил не только ее, но и окружающие органы и ткани. У мужчины лопнула сонная артерия, и его дважды спасли в реанима-

ции. После этого, онкохирург Сергей Шевченко решил оперировать тяжелого больного. Подобные операции в больнице проводят около 250 раз в год, но настолько сложных случаев еще не было. «Операция длилась 5,5 часов. Пациенту полностью удалили щитовидную железу, гортань и почти всю трахею.

Во время операции хирургам пришлось импровизиро-

вать. С.П. Шевченко рассказал, что они сформировали кожно-жировую лоскут из тканей грудной клетки и переместили его за грудину, соединив ее с оставшейся частью трахеи. «Это и позволило пациенту в настоящее время свободно дышать», – подчеркнул он.

Теперь прооперированному мужчине предстоит долгая реабилитация и лечение. На радиотерапию он отпра-

НОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УКАЗЫВАЮТ НА ТО, ЧТО УПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЦИЯ НЕ УЛУЧШАЕТ ЗДОРОВЬЕ КОСТЕЙ

Согласно результатам двух исследований новозеландских ученых, опубликованных в журнале The BMJ, увеличение количества кальция в рационе или дополнительное получение его в виде пищевых добавок не улучшает состояние костей и не предотвращает переломы.

Ученые из Оклендского университета провели два систематизированных обзора. В первом исследовании ученые обнаружили, что увеличение потребления кальция с пищевыми продуктами

или с пищевыми добавками приводит к незначительному (1-2 %) повышению минеральной плотности костной ткани. Однако авторы считают маловероятным, что это приведет к клинически значимому снижению риска переломов.

Во втором исследовании ученые проанализировали связь уровня потребления кальция с пищей и риска переломов. Они пришли к выводу, что клинические испытания не предоставило доказательств того, что повышенное потребление кальция с

пищей может служить в качестве профилактики переломов.

Руководства рекомендуют мужчинам и женщинам старше 50 лет принимать не менее 1000-1200 мг кальция в день для повышения плотности костной ткани и профилактики переломов. Однако авторы считают, что пора пересмотреть эту рекомендацию. Потребление кальция в пределах нормального сбалансированного питания является достаточным.

АСПИРИН УВЕЛИЧИВАЕТ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Согласно результатам исследования голландских ученых, представленного на Европейском онкологическом конгрессе в Вене (Австрия) у пациентов с раком желудочно-кишечного тракта, получающих аспирин (АСК) после установления диагноза онкологического заболевания, улучшается выживаемость. Прием АСК значительно снижает уровень смертности через пять лет.

В своем исследовании ученые из Лейденского университета проанализировали данные 14 000 пациентов с онкологическими заболеваниями кишечника, прямой кишки и пищевода, диагностированными в период между 1998 г. и 2011 г., и связь назначенных препаратов с прогрессированием заболевания. 30,5 %

участников исследования, уже принимавших АСК для профилактики инфаркта миокарда или инсульта, были исключены из исследования. Из оставшихся участников исследования 8,3% начали принимать низкие дозы АСК (от 80 до 100 мг/день), в то время как 61,1% не получали препараты АСК.

Исследователи получили однозначные результаты: «Среди пациентов с карциномой, которые начали принимать аспирин после установления диагноза, выживаемость составила 75 %. Выживаемость среди пациентов с раком желудочно-кишечного тракта, не получавших аспирин, составила 42%», — пояснил автор исследования Мартин Фроувс. Проспективное исследование

проводится в Нидерландах с целью получения окончательных доказательств наличия профилактического эффекта аспирина при таких онкологических заболеваниях.

Исследователи полагают, что положительный эффект является результатом антиагрегантного действия аспирина. Считается, что циркулирующие клетки опухоли «прячутся» от иммунной системы. При подавлении функции тромбоцитов также подавляется способность клеток опухоли защитить себя от иммунной системы.

ВОЗМОЖНО, В БЛИЖАЙШЕЕ ВРЕМЯ ИНЪЕКЦИИ ИНСУЛИНА СТАНУТ НЕНУЖНЫМИ

Ученые уверены: можно перезагрузить поджелудочную, чтобы та вернула себе способность вырабатывать инсулин самостоятельно, передает «New Scientist». Идея проста: людям с диабетом нужно ввести особые клетки, и те превратятся в клетки поджелудочной.

Сотрудники Клинических университетов Сэн-Люк опробовали метод на клетках протоков поджелудочной мертвых доноров, которые на момент смерти не были диабетиками. Сами эти

клетки инсулин не производят, но они способны активно расти и превращаться в определенные типы клеток. Ученые сначала вырастили клетки протоков в лаборатории и научили вырабатывать инсулин (для этого обработали жиродержащими частицами).

Эти частицы с собой несли генетический код, связанный с выработкой особого «генного переключателя» MAFA. Он присоединяется к ДНК в ядрах и инициирует производство

инсулина. Измененные клетки потом подсадили грызунам с диабетом. И клетки нормально работали, о чем говорили приемлемые уровни сахара у животных. Ученые планируют подсаживать измененные донорские клетки и людям. Правда, придется клетки заключить внутрь какого-нибудь устройства, дабы избежать атаки иммунной системы.

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ УМЕНЬШАЮТ СИМПТОМЫ АСТМЫ

Регулярные физические упражнения помогают людям, страдающим бронхиальной астмой, уменьшить симптомы и лучше контролировать свое состояние. К такому выводу пришли канадские ученые в исследовании, опубликованном в журнале «BMJ Open Respiratory Research». Вполне достаточно 30-минутных ежедневных тренировок.

Исследователи из университета Конкордия в Монреале проанализировали физическую активность 643 человек, страдающих астмой, и сопоставили эти данные с тяжестью симптомов и контролем заболевания. 245 участников сообщили,

что не занимались физическими упражнениями. Только 100 человек сообщили, что достигли оптимальной нагрузки — 30 минут физической активности ежедневно.

По мнению ученых, они получили абсолютно недвусмысленные результаты. Среди тех, кто достиг оптимального уровня продолжительности физической активности, вероятность контроля астмы была в 2,5 раза выше по сравнению с участниками, не практикующими физических упражнений. «Мы здесь не говорим о необходимости бегать марафонские дистанции. Всего лишь 30 минут ходьбы, езды на велосипеде, занятий йогой

ежедневно, то есть любое проявление физической активности, может привести к значительному уменьшению симптомов астмы», — пояснил автор исследования Саймон Бэкон.

По мнению авторов, наилучших результатов достигают те, кто физически активен круглый год. Поэтому важно в зимний период найти место, где холод не будет препятствовать занятиям. Бэкон предупреждает, что врачи должны рекомендовать регулярные физические упражнения своим пациентам таким же образом, как они назначают фармакологическое лечение.

АВСТРАЛИЙСКИЕ УЧЕНЫЕ ВЫРАСТИЛИ ПОЧКИ ИЗ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Группе ученых из разных исследовательских институтов Австралии удалось создать органоиды почек из стволовых клеток, полученных из клеток кожи человека.

Результаты работы исследователей были опубликованы в научном журнале «Nature».

Выращенные органоиды исследователи сравнивают с почками зародыша в первом триместре беременности, поэтому пока они не подходят для пересадки. Однако в ближайшем будущем органоиды можно будет использовать в испытаниях различных лекарственных препаратов для выявления их потенциального токсического воздействия на

почки. Кроме того, ученые смогут смоделировать на органоидах генетические болезни почек.

После серии экспериментов австралийская группа сумела создать полную модель почки человека. Выращенные в лаборатории органоиды почек содержат не только структурные единицы почек — нефроны, фильтрующие кровь, но и клетки соединительной ткани, а также кровеносные сосуды, окружающие нефроны.

В сопроводительной статье к работе австралийцев исследователь Джейми Дэвис из Центра интегративной физиологии Эдинбургского университета пояснил, что

выращивание почек из стволовых клеток человека может стать единственным решением проблемы нехватки донорских органов. В одной только Великобритании с апреля 2012 года по апрель 2013-го было сделано три тысячи операций по трансплантации почек, при этом в листе ожидания остались больше 6 тысяч человек.

В мае 2015 года итальянским исследователям удалось вырастить из стволовых клеток барабанную перепонку, в июне американские исследователи впервые в мире создали конечность в пробирке.

ВАКАНСИИ

ГБУЗ НСО «Ордынская ЦРБ» срочно требуются:

- врач-терапевт участковый (з/п от 25000 руб);
- врач-анестезиолог-реаниматолог (з/п от 25000 руб.);
- Врач-терапевт в с.Нижнекамненка (з/п от 20000 руб.);
- Фельдшер в с.Спирино, с.Красный Яр (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.

