



НОВОСИБИРСКАЯ ВРАЧЕБНАЯ ТАЗЕТА

№ 21 декабря 2016 г. № 10(149)

www.noav.ru

выходит 1 раз в месяц

ДЛЯ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГАЗЕТА БЕСПЛАТНАЯ

Интервью с министром
здравоохранения
Новосибирской области
О.И. Иванинским

Стр. 2

В НОМЕРЕ

Переход на систему
непрерывного
медицинского образования

Стр. 4-5

Конституция для врачей
(взгляд на клятву Гиппократ)

Стр. 6

Уважаемые коллеги!

Искренне поздравляем вас с наступающим Новым годом и Рождеством!

Новогодние праздники всегда считались символом обновления, началом нового, всегда сопровождалась надеждой на перемены к лучшему. Пусть уходящий год не всегда оправдывал наши надежды, все же он подарил нами поводы для гордости. Мы, пусть и не сразу, находили пути решения многих проблем и вопросов, волнующих врачебное сообщество.

Нам еще многое предстоит сделать, чтобы врачебное самоуправление заработало по-настоящему. Главное, что мы на правильном пути, что нас слышат и поддерживают. Новосибирская областная ассоциация врачей со своей стороны будет делать все, чтобы условия труда стали лучше, а возможностей для профессионального роста было больше. Давайте же встретим Новый 2017 год с улыбкой на лице и светлой надеждой в сердце. Пусть успех сопутствует всем нам в делах, а наши семьи никогда не оставляют спокойствие и благополучие! Счастья, здоровья и всего самого светлого вам и вашим близким!

Правление
Новосибирской областной ассоциации врачей



НОВОСИБИРСКИЙ ЦЕНТР КРОВИ ПРИЗНАН ЛУЧШИМ В РОССИИ

Новосибирский клинический центр крови удостоился первого места в двух номинациях Всероссийской премии за развитие донорства «СоУчастие». В 2016 году на участие в конкурсе было подано 350 заявок, 70 из них вошли в шорт-лист.

В номинации «Во имя жизни» за оказание реальной и действенной помощи больным детям и

взрослым Новосибирский центр крови занял первое место, представив проект развития системы донорства гемопоэтических стволовых клеток. Кроме того, Новосибирский центр крови победил в номинации «Мы работаем для вас. Знак качества». Этой наградой члены жюри отметили работу специалистов Центра крови по созданию условий информационной открытости и доступности.

В рамках вручения премии состоялся круглый стол по теме «Партнёрство в сфере донорства крови. Задачи, механизмы, результаты сотрудничества». Новосибирскую область в работе круглого стола представила заместитель главного врача Новосибирского клинического центра крови Юлия Моор, выступив с докладом «Клиентоориентированный подход в Службе крови».

ОНА СЛЫШИТ БИЕНИЕ НЕРОДИВШИХСЯ СЕРДЕЦ

Одно из знаменательных событий в жизни ГБУЗ НСО «ГП № 29 – выход в финалисты Всероссийского конкурса «Святость материнства» в номинации «Лучший психолог по доабортному консультированию или специалист по социальной работе» психолога женской консультации Ольги Борисовны Корнеевой. Ей вручен Диплом Министерства здравоохранения РФ и памятная медаль Всероссийской программы «Святость материнства».

Всероссийский конкурс «Святость материнства» проводится Центром национальной славы и Фондом Андрея Первозванного при поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации. Он направлен на защиту материнства и детства, повышение рождаемости и профилактику аборт. Участниками Конкурса являются государственные и муниципальные медицинские организации акушерско-гинекологического профиля, а также врачи акушеры-гинекологи, психологи и специалисты по социальной работе, сопровождаю-

щие женщин во время беременности.

Конкурс проходит в четырех номинациях: «Лучшая женская консультация (по критерию сохранения беременности у женщин, обратившихся за направлением на аборт)»; «Лучший врач акушер-гинеколог (по критерию сохранения беременности у женщин, обратившихся за направлением на аборт)»; «Лучший психолог по доабортному консультированию и/или специалист по социальной работе»; «За лучшую просветительскую деятельность по сохранению беременности».

Победителей Конкурса определяет Жюри, в состав которого входят представители Министерства здравоохранения Российской Федерации, Фонда Андрея Первозванного и Центра национальной славы, а также других общественных организаций, независимые эксперты.

Ольга Борисовна Корнеева – единственный в нашей области лауреат этого конкурса.

Ольга Борисовна проводит индивидуальное консультирование женщин, пришедших с намерением сделать аборт. Благодаря ее профессионализму, умению убедить женщину сохранить жизнь будущему человечку, растут детишки, чья жизнь еще вчера была под большим вопросом. Работа Корнеевой – это не просто работа психолога. Это служение делу народосбережения.

Ольга Борисовна поддерживает акцию «Подари мне жизнь», является ключевым организатором мероприятий по сохранению будущих жизней. Двери ее кабинета всегда открыты тем кто пришел за моральной поддержкой, психологической помощью в кризисной ситуации.

Ольга Борисовна Корнеева в своей деятельности исходит из того, что цивилизованное общество не должно допускать безнаказанного причинения намеренного вреда одним человеком другому, и тем более не попустительствовать лишению жизни. А что такое аборт, как не лишение жизни?



Декабрь – время подведения итогов. О том, каким был уходящий 2016 год для здравоохранения области, какие задачи предстоит решать в следующем году, рассказывает министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванович Иванинский.

- Насколько удачным был уходящий год для здравоохранения?

- Я считаю, что для нас все годы удачные, поскольку ведется большая и серьезная работа, которая всегда дает свои позитивные результаты. А если серьезно, то я бы отметил, что, несмотря на непростую экономическую ситуацию, расходы на здравоохранение не сократились. Мы работали на том же уровне финансирования, как в 2015 году. А по некоторым позициям даже был прирост – заработная плата, лекарственное обеспечение. Это говорит о том, что на всех уровнях власти есть понимание важности нашей работы. Еще бы отметил, что в этом году появились попытки объективно оценить работу врачей. Не на уровне эмоций: степень удовлетворенности пациента, количество жалоб, а независимая оценка по вполне объективным критериям. Я имею в виду рейтинг участковых терапевтов. И приятно, что в число лучших вошли наши новосибирские врачи.

Появилось отчетливое понимание того, что не только медики ответственны за здоровье, но и сам человек. В этом году стал делаться акцент на развитие профилактического направления. Есть осознание, что снизить смертность нельзя, только строя высокотехнологичные центры и покупая все более дорогие лекарства. Это дорога в одну сторону. Нужна качественная диспансеризация, мотивация человека к сохранению и укреплению своего здоровья. Нужно сосредоточить внимание на решении проблем первичного звена здравоохранения – ФАПов, поликлиник. Только так мы сможем решить те задачи, которые стоят перед здравоохранением.

- Экономическая ситуация в области и в стране в целом непростая. Многие проекты заморожены. Практически не ведется новое строительство. И, тем не

ОЛЕГ ИВАНИНСКИЙ: «У НАС ЕСТЬ ПОНИМАНИЕ, ЧТО НУЖНО В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, А ЧТО МОЖЕТ ПОДОЖДАТЬ»

менее, что удалось сделать в плане укрепления материально-технической базы здравоохранения?

- Может быть, по сравнению с предыдущими годами в этом плане сделано меньше, но, тем не менее, подвижки есть. Так сдана первая очередь Маслянинской ЦРБ. Приобретено здание для поликлиники в г. Обь. На мой взгляд, это хороший путь – покупка готового здания. Это быстрее выходит. Я бы вообще обязал застройщиков строить социальные объекты в новых микрорайонах. Они бы строили одновременно с жильем поликлиники, детские сады, школы, а государство бы их выкупало.

Реализована большая программа по замене лифтов в поликлиниках и стационарах. Это была острая тема. Конечно, это не новое здание, но это то, что было необходимо сделать.

Были приобретены новые машины скорой помощи. Часть мы получили по федеральной программе, а часть была куплена за счет областного бюджета.

Мы серьезно прибавили в закупке нового оборудования за счет средств Фонда ОМС.

Год был интересный с точки зрения выстраивания взаимодействия между различными субъектами системы здравоохранения: министерством, Фондом ОМС, страховыми организациями, медицинскими учреждениями, органами местного самоуправления. Да, здравоохранение ушло с муниципального уровня, но там, где глава района и главный врач работают тесно, взаимодействуют, там есть определенный результат. К примеру, в Здвинском районе для медицинских работников мы приобрели сразу 12 квартир. Разве такое было бы возможно, если бы глава района не замотивировал застройщика построить дополнительный этаж?

Мы перешли на новую систему оплаты труда – по клинко-статистическим группам, на подушевое финансирование.

Еще пример того, что взаимодействие приводит к положительным результатам. Система лекарственного обеспечения Новосибирской области признана лучшей в стране (премия Росздравнадзора «За качество и безопасность медицинской деятельности»). Это результат взаимодействия с участковыми врачами, пациентским сообществом. Мы сделали открытую систему.

Наш центр крови признан лучшим в стране. С высокой трибуны было сказано, что вся страна получила одинаковое оборудование, но Новосибирск лучший. Это говорит о том, что мы выстраиваем взаимодействие внутри системы. А это позволяет нам в сложных условиях показывать неплохие результаты.

- В 2016 году министерству здравоохранения приходилось принимать решения, которые вызывали неоднозначный отклик. К примеру, объединение ряда медучреждений. Процесс завершен?

- Да. И экономия получена, и потоки больных организованы. У врачей появилась возможность внутри своего учреждения брать дополнительную нагрузку и зарабатывать дополнительно. Жалоб нет.

Завершилось объединение центра СПИД, инфекционной больницы и городской больницы № 7. Этот процесс вызывал наибольший резонанс. Теперь окончательно ясно, что это было правильное решение. Мы расширили

для центра СПИД площади, диагностическую базу, появились узкие специалисты, мы развели потоки пациентов, сделали прозрачной систему закупки лекарственных препаратов.

Этот тренд на объединение сохранится и в 2017 году. Но надо понимать, что объединение не проводится ради объединения. Есть ряд предложений от главных специалистов, которые будут рассматриваться.

- Что предстоит сделать в следующем году?

- У нас есть понимание того, что нам необходимо в первую очередь, а что может подождать. Это тоже результат взаимодействия министерства, главных специалистов, главных врачей, фонда ОМС, экспертного сообщества. Совершенно ясно, что надо продолжать информатизацию. Ее много критиковали, но она идет. И мы на достаточно хороших позициях. Это позволяет многие вещи унифицировать, упрощает контроль. Сегодня экономический блок в режиме реального времени видит, что происходит с деньгами, с оплатой счетов. Мы надеемся, что рано или поздно контроль над лечебной работой так же будет организован. Такая задача поставлена перед МИАЦ, перед главными специалистами – определить индикаторные показатели, чтобы в режиме реального времени было видно, что где происходит.

У нас выстроен контроль качества со стороны страховых организаций, Фонда ОМС. В Государственную Думу внесен закон об общественных профессиональных организациях. Я думаю, что мы должны эту работу поддерживать и развивать. Тем более, имея на территории такую мощную Ассоциацию врачей.

Мы продолжим работу по укреплению первичного звена здравоохранения. В следующем году начнутся реальные работы по проекту строительства семи новых поликлиник в Новосибирске. Задача поставлен в течение трех лет запустить их в эксплуатацию.

Второй большой блок – это строительство ФАПов. Принято решение, построить в 2017 году 25 ФАПов. Это большая программа.

Будет продолжена программа по обновлению парка машин скорой помощи.

Работа по перинатальному центру. Мы перестроили проект. У нас есть план действий по включению этого объекта в федеральную программу. И мы надеемся, что это получится. Он нужен, ведь те задачи по снижению младенческой и материнской смертности, которые сегодня ставятся, решить без него невозможно.

- Ваши пожелания коллегам накануне новогодних праздников?

- Хотелось бы пожелать уверенности в себе и самоуважения. У нас очень достойное медицинское сообщество. Это реальная сила. Мы можем построить новые здания, купить новейшее оборудование, самые современные лекарства, но если не будет того сообщества, которое есть, то мы не решим наших задач. А еще я желаю всем здоровья, любви и понимания близких, благодарных пациентов. Счастья и уверенности в наступающем 2017 году!

Марина Есикова

ВЛАДИМИР ГОРОДЕЦКИЙ: «ОБНОВЛЕНИЕ ПАРКА МАШИН СКОРОЙ ПОМОЩИ БУДЕТ ИДТИ ПОСТОЯННО»

Губернатор Владимир Городецкий вручил медикам Новосибирской области ключи от 18 новых автомобилей скорой помощи. Автомобили получены регионом в рамках целевой федеральной программы на 2016 год.

«Новая партия автомобилей поступает в очень нужное время. Мы видим, как каждый день возрастает нагрузка, в связи с ростом сезонной заболеваемости гриппа и ОРВИ. Новая техника даст возможность более оперативно реагировать нашим центральным районным больницам, подстанциям скорой помощи. Поздравляю медиков с приобретением, и надеюсь, что они ответят заботой и оперативностью по отношению к людям, которые с надеждой набирают 03», – подчеркнул Губернатор Владимир Городецкий по итогам церемонии передачи автомобилей.

Для нужд медицинских организаций региона

поступили машины скорой помощи класса «В» на базе автомобиля ГАЗель (2х4) и УАЗ (4х4). Машины получили медицинские учреждения из Баганского, Барабинского, Колыванского, Кочковского, Краснозёрского, Кыштовского, Татарского, Тогучинского, Чановского, Чулымского районов, р.п. Кольцово и Новосибирска. Все машины оснащены современным оборудованием и предназначены для транспортировки пациентов, а также для проведения необходимых лечебных мероприятий прямо по пути в больницу.

Приобретение новых автомобилей скорой помощи позволит улучшить доступность и качество медицинской помощи на сельских территориях. Эти машины будут обслуживать не только пациентов районных центров, но и жителей удаленных территорий Новосибирской области.

Для дальнейшего обновления автомобильного

парка службы скорой медицинской помощи в 2017 году на закупку транспорта из регионального бюджета будет выделено более 20 миллионов рублей.

Кроме того, в июле текущего года уже было передано 10 автомобилей скорой медицинской помощи районным и городским медицинским организациям. На приобретение этих автомобилей и оборудования из регионального бюджета было выделено более 21,5 миллионов рублей в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013-2020 годы».

В сентябре 2016 года, в рамках этой же федеральной программы поддержки автомобильной промышленности на 2016 год, медицинским организациям Новосибирской области было передано 25 автомобилей скорой медицинской помощи, в том числе реанимобиль класса «С».

ОПЕРАЦИИ С «ПОДСВЕТКОЙ» ПОМОГУТ ПАЦИЕНТАМ С РАКОМ ЖЕЛУДКА В НОВОСИБИРСКЕ

Хирурги Новосибирской дорожной больницы первыми в России начали проводить уникальные операции, которые могут помочь сотням пациентов с онкологическим заболеванием желудка.

Операцию по удалению рака желудка проводят с помощью лапароскопии, то есть через небольшие надрезы. Это менее травматично для пациента.

Основной проблемой в проведение лапароскопических операций в онкологии желудка является проверка качества операции, в частности удаление лимфоузлов. Ведь именно через лимфодренаж раковые клетки метастазируют в другие органы. Если не провести данную процедуру, шансы на повторное появление рака очень велики.

Для полного обзора возможных метастазов врачи используют эффект флюоресценции. В опухоль вводится контрастная жидкость, в дальнейшем хирург специальным оборудованием подсвечивает операционную область. Все, пораженные раковыми клетками лимфоузлы начинают светиться синим цветом. Получая полный обзор операционного поля, хирург удаляет все затронутые

лимфоузлы, чем обеспечивает качество выполненной операции.

Благодаря применению технологии значительно снизился риск появления рецидивов. На данный момент врачами проведено уже 4 операции. Возраст одного из первых, прооперированных 84 года. Все пациенты успешно прошли реабилитацию и выписаны из клиники. Примененная методика не только показала эффективность лапароскопии рака желудка, но и позволила в двух случаях сохранить малую часть желудка – отметил руководитель гастроэнтерологического центра Дорожной больницы профессор Владимир Анищенко.

Сроки пребывания в стационаре и реабилитация после такой операции сократились до семи дней.

«После лапароскопической операции пациенты через неделю уже дома. Мы еще не успеваем получить окончательный гистологический анализ, а больной уже находится на домашнем режиме. И реабилитация их значительно выше», – рассказал Владимир Анищенко.

Планируется применять этот метод еще и при удалении рака прямой кишки, а так же опухолей щитовидной



железы.

«Эта технология, как третий глаз. Мы с внутренней стороны органа обеспечиваем дополнительную подсветку нужных путей лимфооттока. Это нам позволяет точно и бескровно провести необходимый объем», – рассказал заведующий хирургическим отделением новосибирской дорожной клинической больницы Андрей Басс.

В НОВОСИБИРСКЕ ПОДПИСАН МЕМОРАНДУМ О МЕЖДУНАРОДНОМ НАУЧНО-ИННОВАЦИОННОМ СОТРУДНИЧЕСТВЕ



Восьмисторонний меморандум о международном научно-инновационном сотрудничестве в области травматологии, ортопедии и нейрохирургии подписан в Новосибирской области 25 ноября. Меморандум предполагает совместную взаимовыгодную работу между ведущими российскими и зарубежными медицинскими учреждениями.

Одной из сторон, подписавшей меморандум, стало АО «Инновационный медико-технологический центр» (Медицинский технопарк). В настоящее время на базе концессии этой организации с Минздравом РФ реализуется флагманский проект программы реиндустриализации экономики Новосибирской области – Медицинский промышленный парк, первая очередь которого запущена в регионе в июне 2016 года. Опыт Новосибирской области по реализации данного проекта является пилотным в масштабах России.

– В регионе ведется активная работа по импортозамещению, и подписание меморандума о сотрудничестве – важный этап в процессе вывода разрабатываемых в

Новосибирской области медицинских изделий на экспортный рынок. Документ позволит эффективнее разрабатывать прорывные медтехнологии, которые будут интересны и востребованы не только в нашей стране, но и за ее пределами, – отметила генеральный директор Медтехнопарка Екатерина Мамонова.

Отмечается, что стороны документа представили: Новосибирский НИИТО, Медицинский технопарк (Новосибирск), НИИ травматологии и ортопедии Узбекистана, Казахстана, Киргизии, Белоруссии, Иркутский научный центр хирургии и травматологии и Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А.Илизарова».

Сотрудничество между учреждениями направлено на создание оптимальных условий для формирования и развития направлений, способных активизировать интеллектуальный потенциал исследователей в сфере инновационных медицинских технологий и продуктов для диагностики, прогноза, лечения и реабилитации заболеваний опорно-двигательной системы.

ВРАЧИ ГКБ № 1 СОВЕРШИЛИ ЧУДО – СПАСЛИ БЕРЕМЕННУЮ ЖЕНЩИНУ, ПЕРЕЖИВШУЮ ИНСУЛЬТ

22 июня в ГКБ № 1 скорая помощь доставила 29-летнюю Марину Гусеву в крайне тяжелом состоянии – у молодой женщины случился инсульт на 20-й неделе беременности. Причиной инсульта стала патология сосудистой стенки – так называемая кавернома – она и привела к развитию внутримозгового кровоизлияния у молодой пациентки. «Это врожденная ситуация, которую никак нельзя было предупредить», – заметила заведующая неврологическим отделением Анастасия Марущак.

Поздно вечером того же дня Марина уже была на операционном столе, еще месяц пробыла в коме. Вначале прогноз был неутешительный, но врачи попытались сохранить жизнь и матери, и ребенку.

«В послеоперационном периоде пациентка достаточно долгое время находилась на искусственной вентиляции легких, но в дальнейшем была достигнута стабилизация состояния. Беременность пролонгировалась до 34-35 недель, затем возникли акушерские сложности – были показания для преждевременного родоразрешения. Родилась девочка недоношенная, но без грубых пороков развития», – пояснила врач.

Заместитель главного врача по лечебной части Алла Дробинская констатировала, что в подавляющем большинстве случаев инсульт и беременность – несовместимые понятия. Она подчеркнула, что вылечить Марину и ее дочку Дашу удалось благодаря командной

работе нейрохирурга, акушера-гинеколога, невролога, анестезиологов-реаниматологов, афазиолога и других специалистов ГКБ.

Марину выписали 15 октября, и с тех пор она ходит на реабилитацию в сосудистый центр ГКБ два раза в неделю. По оценке врачей, «результат не идеальный, но неплохой» – после инсульта Марине парализовало половину тела, говорить и понимать речь она совсем не могла.

«Мы оттолкнулись от полного безречия – не было понимания и не было говорения. Мы надеемся на полное восстановление, безусловно, реабилитационные возможности высокие, учитывая очень хорошую динамику», – заметила афазиолог Юлия Кирсанова.

МЕХАНИЗМ ЗАЩИТЫ МОЗГА НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ РОДОВОГО СТРЕССА ОТКРЫЛИ СИБИРСКИЕ НЕЙРОБИОЛОГИ

Новосибирские ученые выяснили, как мозг ребенка защищается от стресса и нехватки кислорода в процессе родов. Дальнейшее изучение этого защитного механизма позволит оптимизировать применение лекарств и препаратов в перинатальной практике.

Результаты исследования, объясняющего последствия действия гормонов стресса на формирующийся головной мозг у младенцев, опубликовали в ведущем международном физиологическом журнале *Hormones and Behavior* нейробиолог кафедры физиологии факультета естественных наук Новосибирского государственного университета Петр Меньшанов и ученые Федерального исследовательского центра цитологии и генетики СО РАН.

Глюкокортикоиды – гормоны стресса, уровень которых в крови резко повышается при травмах, кровопотерях, стрессе, в том числе и во время родов. Повышение уровня

глюкокортикоидов при этих состояниях является одним из механизмов адаптации организма к стрессу. В частности, глюкокортикоиды ускоряют созревание легких у новорожденных.

Новосибирские ученые работали на стыке нескольких наук – эндокринологии, молекулярной нейробиологии, нейрохимии и перинатальной физиологии.

Данные, опубликованные новосибирскими учеными, позволили объяснить и обобщить противоречивые результаты предыдущих изысканий на эту тему, проведенных специалистами из США, Канады, Новой Зеландии, Японии и Китая за последние 50 лет. До появления фундаментального исследования сибирских нейробиологов было неясно, почему в одних случаях гормоны стресса и подобные им лекарства оказывают негативное влияние на развитие мозга у новорожденных, а в других –

защищают детский мозг от действия таких негативных факторов, как острая нехватка кислорода.

Ученые из НГУ и СО РАН выяснили, что существует особый молекулярный механизм, действующий в головном мозге детей во время родов и защищающий мозг новорожденного от нехватки кислорода и родового стресса. Полученные результаты также объясняют последовательность изменения уровней гормонов стресса у младенцев до и после родов.

Открытие этих закономерностей стало социально значимым вкладом новосибирской науки в развитие перинатальной физиологии и медицины в России и мире. Дальнейшее изучение этого защитного механизма позволит оптимизировать применение медицинских препаратов, используемых в перинатальной практике для лечения недоношенных детей.

«Качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских работников»

В.И. Скворцова,
министр здравоохранения Российской Федерации

Непрерывное профессиональное развитие, или повышение квалификации, является неременным условием успешной врачебной деятельности. Основная цель последипломного образования – сохранение на должном уровне, актуализация, углубление и расширение знаний и отработка практических навыков. Медицинское последипломное образование характеризуется особыми отношениями участников образовательного процесса, здесь важна высокая степень ответственности, сильная мотивация к совершенствованию своих знаний и умений. Данная образовательная система направлена на улучшение теоретических и практических навыков выпускников высших медицинских образовательных учреждений, повышение степени их готовности к самостоятельной профессиональной деятельности, углубление знаний по избранной специальности, обмен опытом между коллегами соответствующей специальности.

Изменение системы допуска к профессиональной деятельности

До 1 января 2016 года в РФ допуском к профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников являлась процедура сертификации специалиста:

- после окончания вуза выпускник должен был пройти обучение в интернатуре или ординатуре с последующей сертификацией и допуском к профессиональной деятельности на 5 лет;
- в течение пятилетнего периода он должен был пройти обучение на цикле повышения квалификации с последующей сертификацией и опять мог быть допущен к профессиональной деятельности на пятилетний срок;
- для получения новой квалификации специалист мог пройти профессиональную переподготовку с последующей сертификацией и допуском к новому виду профессиональной деятельности также на 5 лет.

С 1 января 2016 года в РФ внедряется новая процедура допуска к профессиональной деятельности – аккредитация специалиста.

Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно (Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с изменениями, внесенными ФЗ от 29.12.2015 № 389-ФЗ, приказ Минздрава России от 25.02.2016 №127н):

I этап – с 1 января 2016 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2016 года программы высшего образования в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами (далее – ФГОС) по специальностям «Стоматология» и «Фармация» (уровень специалитета);

II этап – с 1 января 2017 года: выпускники вузов, освоившие после 1 января 2017 года другие программы высшего медицинского образования в соответствии с ФГОС (уровень специалитета);

III этап – с 1 января 2018 года:

- лица, освоившие после 1 января 2018 года программы высшего медицинского и фармацевтического

ПЕРЕХОД НА СИСТЕМУ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

образования в соответствии с ФГОС (уровень ординатуры);

- лица, освоившие после 1 января 2018 года программы высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС (уровень бакалавриата, уровень магистратуры);
- лица, освоившие после 1 января 2018 года программы среднего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с ФГОС;
- лица, освоившие после 1 января 2018 года программы профессиональной переподготовки;
- лица, освоившие после 1 января 2018 года иные программы высшего образования в соответствии с ФГОС;

- лица, получившие после 1 января 2018 года медицинское и фармацевтическое образование в иностранных государствах;

IV этап – с 1 января 2021 года: иные лица, не прошедшие процедуру аккредитации специалистов на этапах I–III.

В период времени с 1 января 2016 по 1 января 2021 года допуск к профессиональной деятельности осуществляется как через аккредитацию, так и через сертификацию специалиста, в зависимости от срока прохождения «последней» сертификации или аккредитации специалиста.

Специалисты, прошедшие «последнюю» сертификацию до 1 января 2016 года, после истечения срока полученного сертификата еще однократно будут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру сертификации специалиста. При этом сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения указанного в них срока.

Специалисты, прошедшие «последнюю» сертификацию или аккредитацию специалиста после 1 января 2016 года, будут допускаться к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации специалиста:

после освоения программы специалитета выпускник должен пройти первичную аккредитацию специалиста и получить допуск к профессиональной деятельности на 5 лет;

с этого же времени он входит в систему непрерывного медицинского (НМО) и фармацевтического образования (далее – непрерывное образование) в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности (далее – индивидуальный пятилетний цикл), по окончании которого может быть допущен до повторной аккредитации. При успешном прохождении повторной аккредитации специалист допускается к профессиональной деятельности еще на 5 лет;

- для получения новой квалификации специалист может пройти ординатуру или профессиональную переподготовку с последующей первичной специализированной аккредитацией специалиста и допуском к новому виду профессиональной деятельности также на 5 лет.

Повышение квалификации специалистов, прошедших «последнюю» сертификацию или аккредитацию после 1

января 2016 года, будет проходить в рамках системы непрерывного медицинского и фармацевтического образования в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности (далее – индивидуальный пятилетний цикл).

Такое обучение должно включать:

- формирование индивидуального плана обучения по соответствующей специальности (далее – индивидуальный план);
- последующее его дискретное освоение в течение 5 лет, по окончании которого специалист допускается к процедуре повторной аккредитации.

Информационная поддержка

Информационная поддержка формирования и освоения индивидуального плана будет осуществляться с помощью Портала непрерывного медицинского и фармацевтического образования edu.rosminzdrav.ru (далее – Портал НМО) из Личного кабинета специалиста со страницы «Пятилетние циклы обучения». Для этого специалисту следует выбрать специальность и начать формировать индивидуальный план. Компонентами индивидуального плана являются различные виды образовательной активности, информация о которых размещена на настоящем Портале:

- дополнительные профессиональные программы повышения квалификации непрерывного образования (далее – программы непрерывного образования), трудоемкостью 18 или 36 академических часов, реализуемые организациями, осуществляющими образовательную деятельность;

- образовательные мероприятия, к которым относятся очные образовательные мероприятия (конференции, семинары, мастер-классы и т.п., в том числе проводимые с использованием дистанционных образовательных технологий (вебинары)) и заочные образовательные мероприятия (дистанционные интерактивные образовательные модули и электронные образовательные курсы, разработанные по клиническим рекомендациям), реализуемые различными организациями, в том числе профессиональными некоммерческими организациями.

Для определения трудоемкости в непрерывном образовании применяется система зачетных единиц (ЗЕТ): 1 ЗЕТ равен 1 академическому часу. Общая трудоемкость индивидуального плана обучения по специальности составляет не менее 250 академических часов/ЗЕТ с ежегодным распределением объема освоения не менее 50 академических часов/ЗЕТ, набранных за счет программ непрерывного образования и образовательных мероприятий. При этом ежегодно в зачет пойдет не более 14 академических часов/ЗЕТ за счет освоения образовательных мероприятий.

Освоение компонента индивидуального плана подтверждается соответствующим документом. Учет освоения компонентов индивидуального плана ведется с помощью Портала НМО. После успешного выполнения индивидуального плана специалист может быть допущен к прохождению процедуры повторной аккредитации



Рис. 1. Порядок выбора программ повышения квалификации медицинским работником

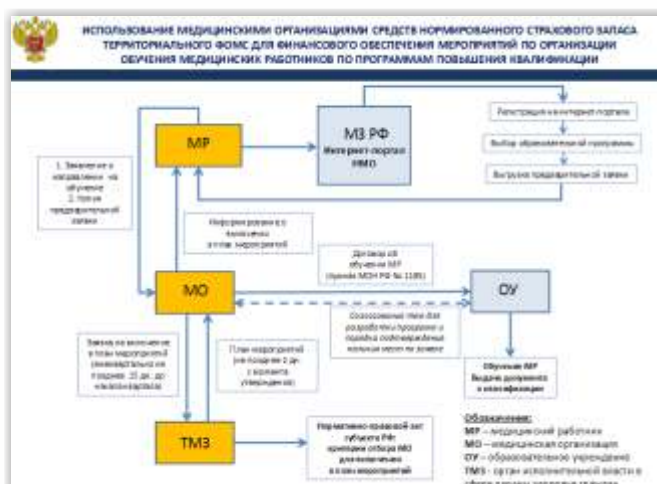


Рис. 2. Порядок оформления на циклы по программам непрерывного образования



Рис. 3. Источники финансирования дополнительного профессионального образования

специалиста. Решение о допуске к аккредитации специалиста принимается аккредитационной комиссией.

Перечень и краткое описание всех программ непрерывного образования и всех образовательных мероприятий по соответствующей специальности доступны после выбора специальности для формирования индивидуального плана. Порядок выбора программ повышения квалификации медицинским работником представлен на рисунке 1. Порядок оформления на циклы по программам непрерывного образования представлен на рисунке 2.

Подтверждение вступления в индивидуальный пятилетний цикл будет проводиться организацией, осуществляющую образовательную деятельность, в которой медицинский работник пройдет первое включенное в индивидуальный план обучение по программе непрерывного образования.

Обучение по программам непрерывного образования и освоение образовательных мероприятий может осуществляться как за счет средств федерального бюджета, так и на договорной основе, в том числе с применением образовательного сертификата.

Источники финансирования обучения по программам повышения квалификации

Обучение специалистов по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации, в том числе по программам непрерывного образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, может проводиться как за счет средств федерального бюджета, так и на договорной основе, в том числе с применением образовательного сертификата за счет средств нормативного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования (рис. 3) (Постановление Правительства Российской Федерации от 21.04.2016 №332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»).

Виртуальный образовательный сертификат является электронным документом, предоставляющим его обладателю право на подготовку по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации в организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

С применением образовательного сертификата могут быть реализованы дополнительные профессиональные программы повышения квалификации, разработанные по наиболее актуальным вопросам специальности, включающие симуляционное обучение и/или реализуемые частично или полностью в форме стажировки, в том числе программы непрерывного образования, а также программы, реализуемые в рамках модели отработки принципов НМО.

Нормативно-правовая база, регламентирующая финансирование за счет средств территориальных ФОМС:

- Федеральный закон от 30.12.2015 N 432-ФЗ «О

внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Постановление Правительства РФ от 21.04.2016 N 332 «Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования»;

- Приказ Минздрава России от 04.08.2016 года N 575 н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

С учетом вышеперечисленных изменений в системе допуска к врачебной деятельности и внедрения системы НМО возникла необходимость в модернизации и совершенствовании учебного процесса: модернизация информационно-образовательного пространства вуза, увеличение документооборота, дополнительная нагрузка на работников деканата факультета повышения квалификации и профессиональной подготовки врачей в связи с дополнительными функциональными обязанностями в части работы в личном кабинете образовательной организации на портале НМО.

Обязанности образовательной организации в части организационной работы внедрения системы НМО для НГМУ:

- внесение сведений о программах непрерывного образования трудоемкостью 18 или 36 академических часов в рамках пятилетних циклов обучения с целью дальнейшего их размещения на Портале НМО;
- внесение сведений о дополнительных профессиональных программах повышения квалификации в рамках традиционного образования;
- направление на экспертизу рецензенту сведения о дополнительных профессиональных программах повышения квалификации;
- мониторингирование этапов и результатов экспертизы дополнительных профессиональных программ повышения квалификации;
- введение информации о запланированных циклах повышения квалификации (даты цикла, контактная информация, основа обучения) по прошедшим экспертизу программам;
- мониторингирование количества заявок, сформированных через Портал, в том числе за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, на запланированные циклы.
- внесение информации о зачислении и результатах обучения зачисленных слушателей соответственно сформированным на Портале заявкам;
- подтверждение или отказ в подтверждении вступления в пятилетний цикл обучения по специальности (функция доступна организациям, осуществляющим данную функцию).

Поскольку на портале НГМУ на протяжении 3-х лет внедрена и активно используется собственная система регистрации и учета слушателей циклов повышения квалификации, то вышеперечисленный объем работ ложится дополнительной нагрузкой на сотрудников деканата. Так, например, программ повышения квалификации традиционной формы обучения на портале НГМУ около 300 и по всем ведется документооборот, а программ непрерывного обучения на портале НМО, заявленных НГМУ, в настоящее время – 307 (на 14.12.2016), утверждено экспертами Минздрава – 255 программ. Таким образом, суммарно на переходный период с 2016 по 2020 год работать придется по 500–600 программам повышения квалификации, что, конечно же, не может не сказаться на качестве и скорости обработки запросов врачей и представителей медицинских организаций. Улучшить и ускорить процесс обработки информации по циклам и слушателям можно при условии синхронизации данных портала НМО и системы электронной регистрации и документооборота в вузе, обучение, увеличение штата (на время переходного периода), дополнительное финансирование сотрудников подразделений, ответственных за сопровождение циклов повышения квалификации.

Модернизация информационно-образовательного пространства вуза в части учебно-методического сопровождения должна учитывать специфику программ непрерывного образования трудоемкостью 18 или 36 академических часов, предусматривающих наличие симуляционного обучения, стажировки, дистанционных образовательных технологий и электронного обучения. Соответственно, вузом должно быть гарантировано обеспечение симуляционной и дистанционной составляющих программ обучения, заявленных на портале НМО. Но на сегодняшний момент не предусмотрены требования об обязательном включении в образовательные программы блоков симуляционного освоения практических навыков, и общего требования к объему освоения практических навыков в структуре образовательной программы. В то же время наличие либо отсутствие данных блоков, их качественный состав значительно влияют на стоимость образовательных услуг и, соответственно, на выбор работодателя и работника.

Действия образовательной организации ограничиваются и усложняются непроработанностью нормативной базы в части порядка и сроков совершенствования медицинскими и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным программам в образовательных организациях, отсутствия правил распределения мест для зачисления на программы повышения квалификации за счет средств федерального бюджета.

*Маринкин Игорь Олегович,
Кондюрина Елена Геннадьевна*
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет» Новосибирск,
Российская Федерация

При подготовке статьи использовалась информация, размещенная на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. Режим доступа: <https://edu.rosminzdrav.ru> (дата обращения 14.12.2016).

ВНИМАНИЕ! ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ!

Если Вы прошли «последнюю» сертификацию или аккредитацию специалиста после 1 января 2016 года, Вам необходимо вступить в систему непрерывного образования через Портал НМО (вход – со страницы «Пятилетние циклы обучения»).

Если Вы прошли «последнюю» сертификацию специалиста до 1 января 2016 года, Вы можете:

Вариант 1. Продолжать работать по специальности в соответствии с полученным сертификатом до истечения указанного в нем срока; до окончания этого срока пройти обучение по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации ("традиционное" повышение квалификации), сдать сертификационный экзамен и получить допуск к профессиональной деятельности по этой специальности еще на 5 лет; после получения сертификата специалиста вступить в систему непрерывного образования через настоящий Портал.

Вариант 2. Продолжать работать по специальности в соответствии с полученным сертификатом до истечения указанного в нем срока; до окончания этого срока пройти обучение в рамках модели отработки основных принципов НМО (вход – со страницы «Обучение вне пятилетних циклов»), сдать сертификационный экзамен и получить допуск к профессиональной деятельности по этой специальности еще на 5 лет; после получения сертификата специалиста вступить в систему непрерывного образования через настоящий Портал.

Последнее время на форумах в медицинских интернет-сообществах стали часто попадаться статьи о Клятве Гиппократа с её критикой: «устарела», «ничего, кроме исторического интереса не представляет», «Гиппократ не является автором текста, его много раз переписывали все кому не лень» и т.д. и т.п. Некоторые даже занимались «исследова-нием» текста Клятвы с калькулятором, подсчитывали количество слов, отданных той или другой теме, и выводили «приоритеты» этих тем в зависимости от этого количества.

Гиппократ жил примерно 2400 лет назад, занимался врачеванием и философствовал на тему своей профессиональной деятельности. Что-то там написал и... (!) это написанное всё ещё не даёт врачам всего мира покоя, продолжает оказывать серьёзное влияние на врачебную деятельность, порождает обсуждения и дискуссии. Отсюда можно сделать вывод, что за Клятвой Гиппократа стоит нечто большее, чем набор исторически устаревших слов. Это «Нечто» врачам и следует понять и принять, поскольку, вероятно, без него просто не может быть полноценной деятельности, имеющей название «врачевание», не может быть полноценного «врача».

Когда философ (мудрец) пытается что-то сказать о сакральных (основополагающих) вещах в жизни человечества и отдельного человека, то он вынужден прибегать к языку образов, поскольку рациональный (однозначный) язык слов не вмещает в себя всей сложности основ мироздания. Вся сакральная (духовная) литература в мире написана языком образов. Гиппократ был хорошим врачом, он затронул в Клятве такие аспекты жизни-врачевания, которые также являлись сакральными, поэтому непреходящими пока есть врачевание и врачи.

Когда люди ещё жили в пещерах, одевались в шкуры и имели в своём арсенале полтора десятка слов, уже тогда, я думаю, среди них появлялись отдельные представители, наделённые природой (генами, Богом) повышенными способностями к эмпатии и состраданию. Эти люди ещё ничего не знали об устройстве и функциях человеческого организма, но реализуя свои врождённые психические качества, они стремились помочь своим страдающим от повреждений и болезней сородичам. Они ничего не знали про «клятвы» и «зарплаты», они просто ТАК ЖИЛИ. Если природа (гены, Бог) наделяли их к уже имеющимся качествам эмпатии и сострадания ещё и повышенными интеллектуальными способностями, то это приводило к любопытству, к познанию. Эти люди стремились УЗНАТЬ, чтобы более эффективно помогать страдающим соплеменникам. Они включали интуицию, делали пробы и ошибки. Они многого не знали и не понимали, у них ещё слаба была сознательная психи-ческая деятельность. Они ещё были близки к жизни на бессознательном (духовном) уровне и могли исцелять некоторых страждущих. Это было необъяснимо, это было ЧУДО. Это было Божественное провидение. Они ВСЕ ВЕРИЛИ в БОГА (богов), потому что это РАБОТАЛО на исцеление (Это и в наши дни работает!).

Проходили столетия. В племенах всё время появлялись молодые представители, которых их врождённые психические качества подталкивали быть ближе к этим «колдунам», «шаманам», «лекарям». Они помогали им, обучались у них, перенимали их знания и опыт и двигались дальше. Они ничего не знали про «клятвы» и «зарплаты».

Наконец, знания об устройстве и функционировании человеческого организма, его болезней и их лечении достигли таких размеров, что эти «лекари» выделились в особую касту, в особое сословие. В практике врача две с половиной тысячи лет назад уже появились ПРИНЦИПЫ его деятельности, которые потребовалось сформулировать в особом документе, чтобы отличить деятельность ВРАЧА от всевозможной другой деятельности человека. Родилась знаменитая «Клятва Гиппократа».

Давайте проанализируем текст Клятвы, который дошёл до нашего времени.

«Клянусь Аполлоном-врачом, Асклепием, Гигиеей и Панакеей и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять честно, соответ-ственно моим силам и моему разумению, следующую присягу и письменное обязательство:»

Врач времён Гиппократа обязательно и естественно был верующим в трансцендентные божественные силы. В окружающей жизни он постоянно сталкивался с феноменами, хотя бы у тех же людей с психическими отклонениями, которые иначе, как воздействием духовного мира объяснить не мог. (Многие из них и в наши дни наука объяснить не может). Он понимал, что его способности к врачеванию проявились у него не только благодаря его личному произволению. Он понимал, что эти способности ему ДАНЫ и это его судьба. Клялся ВРАЧ не перед другими людьми, а перед Богом (богами). Вместе с ДАРОМ врачевания БОГ наложил на ВРАЧА и ОТВЕТСТВЕННОСТЬ, но не перед людьми, а перед БОГОМ. Отвечать перед людьми боится только врач (с маленькой буквы). Для настоящего, зрелого ВРАЧА ответственность перед людьми, это только маленькая часть его ответственности перед Богом. Клятва Гиппократа, как настоящего ВРАЧА, поэтому и не мыслима без обращения к Божественным силам. Современные врачи, которые ещё не доросли до этого понимания, пока ещё просто врачи, озабоченные зарплатами, а не ВРАЧИ.

«Считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ним своими достатками и в случае надобности помогать ему в его нуждах; его потомством считать своими братьями, и это искусство, если они захотят его изучать, преподавать им безвоз-мездно и без всякого договора; наставления, устные уроки и всё остальное в учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя и ученикам, связанным обязательством и клятвой по закону медицинскому, но никому другому».

Каста (сословие) ВРАЧЕЙ – это ОСОБЫЕ люди, наделённые ДАРОМ врачевания от Бога. Тот, кто говорит, что врачи – это просто люди, и начинает перечислять их обычные человеческие потребности, ещё не дорос до понимания сути ВРАЧЕБНОЙ деятельности. Хочется вспомнить эпизод из Евангелия, когда Иисусу в соборании, где Он учил, сообщили, что у выхода стоят и ждут Его мать и Его братья, то Он ответил: «Кто мать Мне и кто братья Мои? Это те, кто слушает Меня и живёт как Я». В клятве Гиппократа это место с упоминанием «родите-лей», «братьев» следует понимать именно в таком духовном контексте. В этом же абзаце он говорит об особых отношениях ВНУТРИ ВРАЧЕБНОГО СОСЛОВИЯ, и особом МЕДИЦИНСКОМ ЗАКОНЕ, предусматривающем «обязательство и клятву», но «по закону медицинскому», который «закон» только для особых людей – врачей, но «никаких других».

Все проблемы современных врачей в их отношениях с обществом происходят из того, что врачи не ощущают себя ВРАЧАМИ (особыми людьми). ВРАЧИ, в свою очередь, есть в среде медицинских работников, но они не позиционируют (в политическом смысле) себя как «ВРАЧ», не пытаются возродить касту (сословие), кто-то, вероятно, страдает от одиночества и непонимания даже со стороны окружаю-щих их врачей. У нас в стране создано много разных врачебных «ассоциаций», но они пока не могут полноценно выполнить свою роль – роль защитника интересов врачебного сословия. В них нет политически активной касты ВРАЧЕЙ, которые одни только могут возродить УВАЖЕНИЕ к ВРАЧАМ. Только ВРАЧИ ИМЕЮТ

СПОСОБНОСТЬ адекватно давать оценки врачебной деятельности и, поэтому, только ВРАЧИ ИМЕЮТ ПРАВО давать моральную, этическую оценку происходящим в медицинской сфере процессам, но никак не администраторы, не суды, не прокуроры. Их «приговоры» заведомо мелки и неадекватны сути ВРАЧЕБНОЙ деятельности по сравнению с оценкой ВРАЧЕЙ. Такая каста ВРАЧЕЙ, я думаю, очень помогла бы настоящим ВРАЧАМ более продуктивно служить обществу.

«Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости».

Я не Господь Бог, мои силы и разумение ограничены, поэтому я буду воздерживаться от тех действий, которые могут нанести вред больному. Мои гордыня и амбициозность могут быть причиной нанесения этого вреда. Я не Господь Бог и могу ошибаться, но я готов возместить причинённый мною вред, чтобы сохранить СПРАВЕДЛИВОСТЬ в отношении моего пациента.

В современном обществе в цивилизованных странах ущерб, нанесённый медиками больному, оценивается очень высоко. Отдельный врач физически не имеет возможности его справедливо скомпенсировать. Для этого врачебная Ассоциация (не чиновничьи структуры) создают Фонд Страхования Ответственности, в который каждый член Ассоциации производит отчисления от своих доходов в соответствии со статистически вычисленными профессиональными рисками (для хирургов одни, для терапевтов другие, для психиатров третьи и т.д.). Если один из членов Ассоциации совершил ошибку, то за неё расплачиваются все врачи, поэтому врачи самые заинтересован-ные контролёры Качества и эффективности оказания медицинской помощи (не начмеды, не функционеры от администрации в ВАКах с их раздачей «категорий» и «научных званий», не судьи и не прокуроры). При суждении о врачебной ошибке обязательно должна присутство-вать и моральная оценка ВРАЧЕЙ. Только от неё зависит, останется врач ВРАЧОМ или пойдёт работать каким-нибудь администратором. «Приговор» ВРАЧЕЙ должен иметь более значительные последствия для провинившегося, нежели решения любых других инстанций.

«Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла; точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария».

Этот абзац клятвы Гиппократа закрепляет высокое уважение к такому явлению как ЖИЗНЬ. В нём демонстрируется понимание того, что не всё в этой жизни должно зависеть от произвола человека. Современ-ная медицина и врачи зачастую пребывают в заблуждении, что они многое могут. Мне, с высоты своего тридцатилетнего стажа работы в медицинской сфере, сегодня кажется, что по сравнению с тем, что мы «не можем» в своей врачебной деятельности, наше «можем» достаточно мало и не стоит той «гордости», которая у некоторых присутствует. Современная медицина «много знает», но мало кого смогла сделать счастливым, здоровым и долго живущим. Фёдор Петрович Гааз (не говоря уже про самого Гиппократа) знал гораздо меньше, чем выпускник современного медицинского ВУЗа, но его все воспринимали ВРАЧОМ. Большие знания в медицине ещё не обязательно делают того, кто ими обладает ВРАЧОМ. Аборты умеем делать в промышленных масштабах. Для современного государства стало проще разрешить аборты, а не культивировать высокие моральные ценности, высокую ценность семьи, детей. Занимаясь профилактикой незапланированной беременности оказалось невыгодно, по сравнению с эксплуатацией низменных плотских инстинктов, пропагандируя половую распущенность и вседозволен-ность. К сожалению, это жёстко запрограммированная логика «развития» человечества. ВРАЧИ здесь ничего изменить не могут, но оставаться высокоморальными ВРАЧАМИ, смело и честно доносить до окружающих свою оценку происходящего, это в их власти. Возмездие (финал) всему происходящему «прогрессу» тоже жёстко запрограм-мирован, поэтому ВРАЧАМ, в общем-то, не о чем особо и расстраивать-ся.

«Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и своё искусство».

Я могу оставаться ВРАЧОМ, только если я буду высокоморальным и в своей жизни и в своей врачебной деятельности. Планку в уровне моральности нам задал Иисус Христос две тысячи лет назад. Гиппократ записал это в своей Клятве исходя из тысячелетнего развития лечебной деятельности. Низкоморальные ВРАЧЕЙ не бывает! Бывают низкоморальные врачи.

«Я ни в коем случае не буду делать сечения у страдающих каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся этим делом».

Я сам себе честно ставлю границы своей компетентности, не буду никого вводить в заблуждение относительно этого (возможно, с корыстной целью). В моём сословии наверняка есть мои БРАТЬЯ и СЁСТРЫ (коллеги), которые являются ВРАЧАМИ в нужной для данного больного отрасли медицины. Я окажу своим пациентам всяческую помощь в том, чтобы они попали в руки именно к этим ВРАЧАМ.

«В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всякого намеренного, несправедного и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами».

ВРАЧ, осуществляя свою врачебную деятельность, прежде всего, видит перед собой страдающее существо, которому он может помочь уменьшить его страдания, а иногда и вылечить благодаря своему ДАРУ (профессионализму). ВРАЧ, конечно же, видит, что перед ним его соплеменник или «лицо кавказской национальности»; преступник или террорист, депутат, олигарх или БОМЖ; покрытый язвами старик или красивая кинозвезда, но он должен быть ВЫШЕ этих важных для обычных людей (НЕ ВРАЧЕЙ) свойств своих пациентов, должен быть далёк от каких-либо корыстных расчётов в отношении богатых пациентов и несправедных мыслей в отношении старых и внешне страшных или сексуально привлекательных пациентов. Гиппократ делает особый акцент на сдерживание самых сильных плотских (животных) сексуальных инстинктов. Он уже тогда, задолго до З.Фрейда, знал их сущность и силу. Нарушая что-то из этого абзаца Клятвы, ВРАЧ уже не может считаться ВРАЧОМ.

«Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной».

ВРАЧУ в связи с его деятельностью оказываются доступны интимней-шие подро-ности физической и психической жизни пациента, которые могут быть самые не-обычные и экстравагантные. Некоторые аспекты жизнедеятельности пациентов могут быть опасными для окружающих. Что делать ВРАЧУ?

В религиозных организациях есть одна психотерапевтическая технология, «таин-ство», способствующая поддержанию психическо-го здоровья прихожан. Называется она «Исповедь». Чтобы эта технология работала на пользу прихожан, была эффективной, должно

строго соблюдаться правило – Исповедь должна оставаться ТАЙНОЙ для окружающих, и соблюдать эту тайну обязан священник, принима-ющий Исповедь. Это очень жёсткое правило. Если кто-то из священни-ков нарушит его, то его отлучают от служения в церкви, чтобы не дискредитировать метод, чтобы он оставался доступным и эффектив-ным в психотерапевтическом плане для прихожан у других служите-лей церкви.

ВРАЧИ могут узнать тайны ещё более значительные, чем открываются священно-служителям на Исповеди. Без знания этих тайн порой невозможно оказать помощь больному. Раскрытие же некоторых тайн большого может нанести ему серьёзный ущерб, даже повлечь за собой самоубийство. Государство, по видимому, с пониманием относится к праву священнослужителей хранить тайну Исповеди, но лишило такого права ВРАЧЕЙ в некоторых случаях отправления правосудия, закрепив в законе обязанность выдавать сведения о больном правоохранительным органам. Прочитал недавно, что в США в каких-то штатах вообще предусмотрено уголовное преследование врача, если он не то что выдаст сведения о больном, но просто окажет ему помощь, если больной террорист или преступник.

Без этой абсолютно обязательной ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ, не может быть и ВРА-ЧЕБНОЙ деятельности. ВРАЧ может оставаться ВРАЧОМ, только если полностью без исключений всё делает в интересах своего пациента, не оглядываясь на интересы рядом стоящих (пусть даже родственников) и чего-то требующих от ВРАЧА в ущерб больному. Они не понимают, что завтра сами могут оказаться в роли пациентов.

ВРАЧ, как и священнослужитель должен хорошо ориентироваться в сфере Духовной. Должен хорошо понимать, смысл и логику плотского и духовного существования. С Духовной точки зрения всё плотское существование, существование живой материи жёстко запрограмми-ровано генами. Всё развитие живой материи, начиная от одноклеточ-ных и кончая человеческим сообществом жёстко запрограммировано и имеет своё начало и свой конец. Никакими человеческими законами и предписаниями ничего здесь изменить невозможно! Поэтому, сообщишь ты кому-то ставшую известной тебе тайну или не сообщишь, откажешь ты в медицинской помощи какому-нибудь «Чикатило» или поможешь ему – по большому счёту, ничего в итоге ни для кого не изменится, в плотском (физическом) смысле, но всё радикально изменится лично для тебя в Духовном смысле. Ты уже потеряешь свой статус ВРАЧА. Никто уже никогда не обратится к тебе за помощью как к ВРАЧУ. В лучшем случае ты останешься врачом (озабоченным зарплатой).

И ещё один маленький совет в ответ на вопрос, «что делать?» Как советовал один мудрый священнослужитель, «Возлюби, и делай всё, что хочешь – всё будет пра-вильно». Но «возлюбить» надо, как Христос, до самопожертвования! Ради того же «Чикатилы»! Слабо?! У Ф.П.Гааза получалось.

«Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому».

Последний абзац однозначно закрепляет ценность всех вышеизло-женных ПРИН-ЦИПОВ для счастья и благополучия ВРАЧА и славы у всех людей на вечные времена. (Фёдора Петровича Гааза всё ещё помнят и чтут). Попробуйте отнестись к Клятве Гиппократа не как к «игрушке для первокурсников», не как к «доисторической галиматье», а как к СЕРЬЁЗНОМУ РУКОВОДСТВУ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, как к «КОНСТИТУЦИИ» для ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. Я попробовал. Проблем с «зарплатой» и т.д. у меня нет. Счастья «в жизни и искусстве» (моей врачебной деятельности) с избытком. О «славе» не забочусь, мне это не важно. У моего начальства и моих пациентов ещё ни разу не появилось желание напомнить мне, что я «давал Клятву». Я и без напоминаний постоянно помню все ПРИНЦИПЫ, зафиксированные в Клятве, и часто разговариваю с Богом – молюсь по поводу своей деятельности. Я ЕМУ, прежде всего, ДОЛЖЕН за ЕГО ДАР.

Почему я (пока) не член никакого медицинского сообщества? Потому что у меня вот такие требования к врачам и врачебной деятельности. Если найдётся кто-то в мире, разделяющий моё понимание Клятвы Гиппократа, и кто «нерушимо выполняет» её, следуя её Духу, а не ковыряясь с калькулятором в количестве и рациональном значении её слов, то я с радостью назову его своим братом или сестрой. Вот тогда и появится сообщество, в котором я готов участвовать.

Текст Клятвы Гиппократа можно оосвременить, дополнить вновь появившимися аспектами врачебной деятельности (переписать в очередной раз), но её Дух не может быть изменён – это непреходящий фундамент, благодаря которому живут ВРАЧИ и существует врачевание.

Посмотрел я все более поздние варианты клятвы врача в Википедии. Мне Клятва Гиппократа больше нравится. Там с первых же строк апелляция не просто к науке (коммунистической, капиталистической, гитлеровской и т.д.), а к высшей силе (Богу, богам – природе в самой высшей своей форме), которая одарила нас генами, специфическими способностями, судьбой, почему мы и освоили медицинскую науку и стали врачами. Это сразу же ставит врача в особую позицию в обществе (не инженер, не директор, не учитель, не музыкант и т.д.). Далее говорится всего о двух вещах: отношениях между врачами в своём сословии и отношению со всеми остальными (пациентами, настоящими и потенциальными). Всё! Более мелкая детализация в формулировках конечно же возможна, но она уже ничего не меняет в сути, в сверхсмысле Клятвы Гиппократа. Его заслуга и приоритет в этих формулировках неоспоримы, поэтому как-то по другому называть эту Клятву, кроме как его именем, я не вижу смысла. Это мой первый Отец и Брат по врачебному сословию и таковым он будет всегда для всех настоящих Врачей.

У нас часто путают свои личные проблемы, – с зарплатой, с начальни-ком, ещё с чем-то, – с отношениями, зафиксированными в Клятве Гиппократа. Там только об отношениях Врачей между собой в своей корпорации и отношения с пациентами с позиции врача. Все остальные отношения – это отношение просто человека, медицинско-го служащего, начальника, подчинённого. Их нельзя прицеплять к врачебной деятельности. Впутывать в разрешение своих личных проблем с главным врачом, с минздравом и т.д. ещё и пациентов.

Р.С. Эта статья пришла к нам по электронной почте. Автор – ушастиков врач психиатр детской поликлиники межгра-дской больницы в г. Воловод Ленинградской области Владислав Львович Ларичев.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

7

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ССЗ — КЛЕТОЧНАЯ И ГЕННАЯ ТЕРАПИИ

Несмотря на широкий арсенал возможностей хирургии, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются самой распространенной причиной смертности среди населения планеты. В настоящее время от сердечно-сосудистых заболеваний страдают примерно 8% населения России, причем, смертность от сосудистых осложнений составляет 53% от всех летальных исходов. Значительная часть смертей приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) и критическую ишемию нижних конечностей (КИНК). В частности, риск ампутации у пациентов с КИНК превышает 20%, причем 30% из них умрут в течение первого месяца после ампутации.

Такая ситуация заставляет искать новые методы лечения этих заболеваний и одним из наиболее перспективных методов является терапевтический ангиогенез, который позволяет улучшить кровоснабжение пораженной тканей сердца или конечностей за счет роста новых кровеносных сосудов. В настоящее время существуют три направления по которым ведутся исследования или лечение в данной области: использование рекомбинантных белков, клеточная и генная терапии.

Рекомбинантные белки
По мнению Нины Мжаванадзе, сотрудника кафедры ангиологии, сосудистой, оперативной хирургии и топографической анатомии Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, основные исследования в направлении постгеномных технологий посвящены рекомбинантным белкам-факторам роста VEGF 165, FGF 1, FGF 2, а также факторам роста гепатоцитов. К сожалению, исследования факторов FGF1 и FGF 2 не дали желаемых результатов, что, по-видимому, связано с их быстрым разложением в кровотоке. Исследования белков VEGF так же не дали значимого положительного эффекта, так что на сегодняшний день в этом направлении необходимы дополнительные исследования.
Клеточные технологии
Более перспективным методом современной терапии являются клеточные технологии для индукции ангиогенеза, причем, наиболее эффективным представляется их использование в лечении ИБС. Основными объектами исследований для клинической терапии являются прогениторные эндотелиальные клетки и мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки, которые обладают высокой эффективностью в создании белков — факторов роста. Активно изучаются возможности стволовых

клеток жировой ткани, имеющих способность превращаться в клетки эндотелия и продуцировать несколько типов подобных белков. Наконец, ряд исследователей разрабатывает методики аутогенной клеточной трансплантации одноядерных клеток костного мозга и крови.

В начале 2000 годов учеными предпринимались активные попытки применения эмбрионов скелетной мышечной ткани, но исследования не увенчались успехом и сейчас этот вид терапии не применяется. Зато плацентарные клетки, выделенные из пуповинной крови, показали хорошие результаты в лечении ишемии нижних конечностей. В настоящее время ведутся клинические исследования по эффективности и безопасности этого вида терапии. Кроме того, проводятся клинические испытания эндометриальных регенеративных клеток, способствующих реваскуляризации ишемизированной мускулатуры нижних конечностей.

Но получение препаратов клеточной терапии является сложным процессом и требует специфического оснащения, так как препараты производятся из собственного пунктата больного, то есть, существуют определенные трудности в получении достаточного количества материала для клинических целей. Также значительное количество клеток быстро гибнет после трансплантации. Наконец, существует ряд организационных и экономических сложностей. Все эти факторы препятствуют внедрению клеточной терапии в широкую клиническую практику. В связи с этим, большую актуальность приобретают исследования в направлении генной терапии, которая способна решать проблемы, недоступные клеточным технологиям.

Генные технологии

Как рассказала сотрудник Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Ольга Демидова, исследования влияния генных технологий на течение ишемической болезни нижних конечностей было начато в 1981 году, когда пациенту впервые был введен генный препарат. Спустя два года были описаны уже девять случаев генной терапии с хорошими клиническими результатами. В России подобные исследования ведутся 13 лет, и часть из них проведена в институте им. Бакулева под руководством академика Лео Бокерия.

В настоящее время центр им. Бакулева располагет результатами 12-летних исследований терапии препаратом-индуктором VEGF 165, показавшим высокий процент выживаемости пациентов и сохранности конечностей больных КИНК.

Как рассказал директор по науке Института Стволовых Клеток

Человека (ИСКЧ) Роман Деев, в 2011 году профессор Российского кардиологического научно-производственного комплекса Елена Парфенова с соавторами представили результаты своего клинического исследования, проведенного с участием 30 больных хронической ишемией нижних конечностей. Пациентам вводилась конструкция на основе плазмидной ДНК, включающей кодирующую часть гена VEGF 165 с рабочим названием «Корвиан». В результате эксперимента рост коллатеральных сосудов и улучшение проходимости крови в пораженной конечности было отмечено у 50% пациентов.

Академиком РАН Николаем Бочковым и специалистами Российского научного центра хирургии им. Б.В. Петровского Александром Гавриленко и Дмитрием Вороновым выполнен ряд работ, посвященных изучению вирусных генотерапевтических конструкций, несущих гены VEGF и (или) ANG в комплексном лечении больных ХИНК.

В свою очередь, исследователи Центра хирургии им. акад. Б.В. Петровского провели анализ эффективности генно-инженерных комплексов стимуляции ангиогенеза на основе генов эндотелиальных факторов роста, в котором систематизировали результаты 10-летних наблюдений. Как рассказал сосудистый хирург центра Евгений Олейник, такие конструкции оказались эффективными как в сочетании с операциями, так и при консервативной терапии. Более того, применение данных конструкций улучшило отдаленные результаты. По словам Олейника, достигнутые эффекты сохраняются в течение десяти лет и более, оставаясь при этом безопасными для всех групп пациентов.

В 2013 году коллектив специалистов Казанского медицинского университета представил результаты пилотного клинического исследования применения сложной плазмидной конструкции, несущей гены VEGF и bFGF, для лечения хронической ишемии нижних конечностей. По данным исследования, через шесть месяцев после применения двухкассетного плазмидного вектора rBud-VEGF165-FGF2 интенсивность кровообращения в нижних конечностях увеличилась в среднем на 19%.

Другой широко исследуемой группой генов являются индукторы белков FGF и HGF. II фаза клинического испытания препарата на основе HGF у пациентов с КИНК выявила положительные результаты в 70% случаев. Результаты последних клинических испытаний до сих пор не опубликованы, однако уже сейчас можно сделать вывод — агенты FGF и HGF более перспективны в лечении ИБС, в то время как гены, ответственные за синтез VEGF и SDF более эффективны в отношении ХИНК.

(По материалам АМИ-ТАСС)

ГЕННАЯ ТЕРАПИЯ: БЫСТРОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ ОТ ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ

Одной из самых распространенных сердечно-сосудистых патологий является хроническая ишемия нижних конечностей (ХИНК), которая занимает третье место после ишемической болезни сердца и инсульта. В настоящее время появились новые методики лечения этого заболевания, которые работают на генном уровне. И как утверждают врачи, их применение приносит быстрый положительный эффект.

Стандартные методы лечения

ХИНК — это болезнь, которой страдают преимущественно люди пожилого возраста. Ее главный симптом — перемежающая хромота, вызванная сужением просвета сосудов нижних конечностей, в результате которых в ноги начинает поступать недостаточно крови. Как следствие, больной начинает чувствовать боли при ходьбе в мышцах бедра и голени пройдя всего 50 или 100 метров. Человек вынужден остановиться, присесть и подождать, когда утихнет боль. Через 2-3 минуты, кровь начинает поступать в артерии, и пациент снова может пройти несколько десятков или сотен метров.

Следующая стадия, более запущенная — боль приходит во сне, и чтобы ее прогнать пациент вынужден вставать и ходить по комнате. Ну и, наконец, наступает критическая ишемия нижних конечностей — некрозы в межпальцевых промежутках, а затем гангрена и высокая ампутация ноги. 30% пациентов вскоре после этого умирает.

На первом этапе лечения пациентам назначаются препараты для разжижения крови. Но, как говорят медики, больные часто обращаются к ним только тогда, когда болезнь достигла критической стадии. В этом случае основной стратегией является хирургическое восстановление кровотока в сосудах. При этом далеко не всем пациентам показана такая операция.

В любом случае, осуществить их могут только сосудистые хирурги в условиях высокотехнологических центров. Если пациент с критической ишемией, с язвами и некрозами попадает в районную или небольшую городскую больницу, единственным выходом, скорее всего, станет ампутация.

Генная терапия

Ученые начали искать альтернативу стандартной терапии в 80-е годы прошлого века. Оказалось, что сосуды можно выращивать в мышцах. Этот процесс называется ангиогенезом и одним из факторов, который за него отвечает, является ген VEGF 165. Уже существует лекарство, которое содержит VEGF 165 и который успешно борется с ХИНК. Это Неоваскулген, препарат, который был разработан Институтом Стволовых Клеток Человека (ИСКЧ), зарегистрирован Минздравом в 2011 году и

включен в перечень жизненно необходимых и важных лечебных препаратов (ЖНВЛП) в 2016 году.

Неоваскулген вводится внутримышечно, лекарство вкалывают в ногу в нескольких точках, курс лечения состоит из двух инъекций препарата с интервалом в две недели. Процедура может проводиться амбулаторно, госпитализация не требуется. Наблюдение за здоровьем пациентов, получивших такую терапию, показывает длительный и стойкий лечебный эффект, который невозможен при консервативном терапевтическом лечении и не всегда наблюдается при хирургическом вмешательстве.

Вот что рассказывают сами пациенты и врачи.

Александр, тракторист из Семикаракорского района Ростовской области: «Ноги были черными, ходить вообще не мог, врачи сказали, что не в состоянии помочь, придется ампутировать. Когда родственники привезли на консультацию к профессору Кательницкому, я уже ни на что не надеялся. Но после первого же курса лечения не просто почувствовал себя лучше, а стал ходить, опираясь сначала на одну, а потом и на обе ноги, не ощущая при этом никакой боли. Теперь готов совершить целый марафон, причем хожу быстро, ни на что не опираясь. Надеюсь, весной снова сяду за руль своего трактора!»

Профессор кафедры хирургических болезней №1 Ростовского государственного медицинского университета Иван Кательницкий рассказал и о другой своей пациентке, Алисе Семеновне. «Ей больше семидесяти, — говорит он, — В последние годы она не могла ходить, ноги сводили судороги, пальцы скрючились, ночью не находила себе места от болей. Результаты УЗИ показали — сосуды забиты бляшками и пришли в полную негодность. Сейчас, после первого этапа лечения, Алису Семеновну выписали домой, она прекрасно передвигается не только по квартире, но сама ходит в магазин за продуктами и в гости к приятельницам, надеется, что после второго курса инъекций сможет даже бегать».

Заведующий отделением сосудистой хирургии Ярославской областной клинической больницы Илья Староверов: «В ряде случаев Неоваскулген показывал совершенно удивительную эффективность. Как-то раз к нам обратился пациент, который всю жизнь был заядлым охотником. Болезнь его была настолько запущена, что он уже не мог пройти без боли свыше 100 метров. Смысл жизни для него был потерян, и он был готов к любой терапии, только бы привести себя в порядок. Однако ни за что не соглашался на операцию, так что увеличить кровоток в его сосудах не представлялось возможным. И мы предложили ему Неоваскулген. Пройдя курс терапии из двух инъекций, он стал проходить по лесу более трех километров без боли. То есть его

дистанция увеличилась в тридцать раз, и такой прогресс занял у него не более 3-5 месяцев! Охотник прошел терапию пять лет назад. Мы ежегодно проводим контрольный осмотр, и все пять лет его дистанция безболевого хождения, три километра, остается прежней, без всяких дополнительных курсов лечения».

Комплексный подход

Использование Неоваскулгена в комплексе с другими методами лечения также дает длительный положительный эффект. Исследователи центра хирургии им. академика Б.В. Петровского провели анализ эффективности генной терапии для лечения пациентов с ХИНК, в котором систематизировали результаты 10-летних наблюдений применения таких комплексов на контрольных группах пациентов. Об исследовании и его результатах рассказал сосудистый хирург центра Евгений Олейник.

В исследовании приняли участие 128 человек, пораженных ХИНК. Все пациенты были разделены на две группы — основную и контрольную. В свою очередь, основная группа делилась на две подгруппы, первая на которых подвергалась хирургическому лечению с применением генной терапии, а вторая проходила консервативное лечение с применением генной терапии. В контрольной группе применялись лишь классические методы лечения без генной терапии. Средний возраст участников составил 60-64 года. Генно-инженерные комплексы, которые представляли собой фактор роста эндотелия сосудов, были введены двукратно во внутримышечную область голени с интервалом в 2 недели.

За первые три года наблюдения наибольшее увеличение дальности хождения показала группа, к которой было применено хирургическое лечение в сочетании с генной терапией. Здесь было отмечено наиболее заметное увеличение дистанции хождения без боли — в 2,5-3 раза. Группа, где применялся только комплекс хирургических вмешательств, также показала заметный рост дистанции, однако не выраженный так сильно.

Оценки состояния пациентов проводились в течение десяти лет. Результаты исследований показали эффективность генной терапии в сочетании и с операциями, и при консервативной терапии. Более того, предложенные методики улучшают отдаленные результаты, в частности, достигнутые эффекты сохраняются в течение десяти лет и более.

Несмотря на это, лечение Неоваскулгеном пока остается достаточно редким видом терапии.

(По материалам АМИ-ТАСС)

Рождественский фестиваль самодеятельного творчества медицинских работников Новосибирской области в этом году проводился уже в восьмой раз. Доброй традицией стало проведение в декабре заключительного концерта фестиваля и награждение победителей. В этот раз зрители и участники собрались в Большом зале Новосибирского государственного медицинского университета 9 декабря.

Напомним, что инициатива проведения фестиваля принадлежала Новосибирской областной ассоциации врачей и руководству медуниверситета.

Открывая концерт, ректор НГМУ Игорь Олегович Маринкин сказал: «Мне всегда приятно видеть, как наши выпускники приходят в стены нашего университета. И я рад приветствовать вас на нашем, ставшем уже традиционным, рождественском фестивале. Приятно видеть, что вы научились в свое время не только лечить, и успешно это делаете, но и заниматься творчеством. А начиналось для многих увлечение музыкой, танцами, живописью здесь, в стенах нашего учебного заведения. Я благодарен Ассоциации

врачей за поддержку идеи проведения фестиваля именно в стенах медуниверситета, поскольку его студенты – это ваши завтрашние коллеги».

К участникам фестиваля обратился министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванович Иванинский. Он отметил, что талантливые люди талантливы во всем: «Вы не только лечите, но и занимаетесь творчеством – поете, танцуете, пишете картины и стихи. И это, я уверен, помогает вам в вашей работе».

В этом году фестиваль в фестивале приняли участие 13 медицинских организаций. От имени оргкомитета фестиваля все они получили Дипломы участников и сладкие подарки от спонсора фестиваля – фирмы «Здравмедтех-Н».

Особенностью нынешнего фестиваля явилось то, что практически все выступающие стали участниками заключительного концерта фестиваля впервые.

Жюри отдало первое место Елене Русановой, медицинской сестре операционного блока № 1 городской клинической больницы № 1, которая

представила вокальный номер. Помогали ей дочери.

Второе место занял танцевальный коллектив Новосибирского областного клинического наркологического диспансера.

Третье место досталось врачу-стоматологу Роману Бамбизову и медицинской сестре Елене Макаровой, которые представляли стоматологическую поликлинику Куйбышевской ЦРБ, за исполнение авторской песни «Стоматологи России».

Специальный приз жюри присудило Карине Нестеркиной и Матвею Сидилеву из волонтерской службы диспансерного отделения клинической психиатрической больницы № 3 за зажигательный танец.

Специальные призы НОАВ получили Сергей Шанин, врач-травматолог городской клинической поликлиники № 22; Ольга Вагайцева из Линевской районной больницы и Гульнара Зиверт из Венгеровской ЦРБ.

Самой активной командой болельщиков оказалась команда городской клинической больницы № 1.



Ольга Вагайцева из Линевской районной больницы не первый раз выступает на фестивале самодеятельного творчества медицинских работников. Она читает свои стихи. Предлагаем познакомиться с одним из ее произведений.

Баллада о реанимации

Есть понятие-«клиническая смерть»-
Семь минут, дарованные Богом,
Чтобы врач сумел сквозь ледяную твердь
К возвращению продолбить дорогу.

Нет дыхания, замерли сосуды,
Бледность вперемешку с синевой.
Только голос ангела из ниоткуда:
«Он не умер, он еще живой».

Оценив мгновенно ситуацию,
Отчеканив в мыслях алгоритм,
Начинаем мы реанимацию,
Чтоб вернуть дыхание и ритм.

Два отрывистых удара по грудине,
Воздух в легкие и непрямой массаж.
Плюс коктейль «Адреналин с лидокаином»-
Непростой для исполнения пассаж.

Пять минут «качаем»-нету результата,
Восемь, девять, десять.....Время не остановить.
Извергая джоули, бьет дефибриллятор
И диктует сердцу: «Жить! Жить! Жить!!!»

Вот двадцатая минута на исходе-
Нюют спины, Пот бежит рекой.

Только что это? Как будто вроде
Встрепенулась жилка под рукой.

Это пульс пытается пробиться,
Чтобы спящие сосуды разбудить,
Кровотоку чтобы дать восстановиться
И, набравшись силы, к сердцу поспешить.

И дыхание вырвалось наружу
Шумное, как ветра свист в песках.
И тепло сменило злую стужу,
И сверкнула искорка в глазах.

Боже праведный, неужто получилось,
И разверзлась ледяная мгла?
-Да, коллеги, возвращение случилось,
Смерть свои позиции сдала!

ВАКАНСИИ

ГБУЗ НСО «Болотнинская ЦРБ» требуются:

- врач терапевт участковый (з/п – 30 т.руб);
- фельдшер ФАП (з/п – 15 т.руб);
- фельдшер скорой медицинской помощи (з/п – 25 т.руб);

- врач акушер-гинеколог (з/п – 30 т.руб).
Предоставляется жилье.
Требования к кандидатам: наличие интернатуры или первичной специализации, сертификат специалиста.
Обращаться: Новосибирская область г. Болотное ул. Лесная

1-а.
Тел: (383-49)22-069 (главный врач), (383-49)22-030 (отдел кадров).
Электронная почта: bolerb@bolcrb.ru

