

МЕДИЦИНА

Петербурга

№9 (295)
Июнь '2009

ИЗДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

**МЕЖДУНАРОДНЫЕ
СТАНДАРТЫ И
ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЛПУ**

СТР.2-3...

**ПОЛИСЫ БУДУТ
ВЫДАВАТЬ В
РОДДОМАХ**

СТР.3...

**“ВАШИ ХИРУРГИ
СМОГУТ ВСЁ,
НАДО ТОЛЬКО...”**

СТР.5...

**ОТ ТЕМЫ ВИЧ
УСТАЛИ, А ЗРЯ**

СТР.8...



БалтМедикал
медицинское оборудование

**СОВРЕМЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБОРУДОВАНИЕ**

ООО «БАЛТ МЕДИКАЛ»
192019, Санкт-Петербург,
ул. Седова, д.12, оф. 327, 329
Тел.: (812) 326-29-42, 326-39-72,
644-44-01, 644-44-03
Факс: (812) 644-44-02
www.baltmedical.ru



*Ленинградская
кинофабрика*

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД
К ОБСЛУЖИВАНИЮ
И ОБЕСПЕЧЕНИЮ
РЕНТГЕНОВСКИХ
КАБИНЕТОВ:**

- поставка, ремонт и обслуживание медицинского оборудования
- дозиметрический и эксплуатационный контроль рентгенаппаратов и кабинетов
- сбор и переработка кинофоторентгенматериалов

Звоните, мы с радостью ответим на все интересующие вас вопросы:
321-6307, 321-6308.

НАШ АДРЕС: 195197, Санкт-Петербург,
Минеральная ул., дом 13, литер Ч

МЕДИЦИНА ПЕТЕРБУРГА: ДВАЖДЫ В МЕСЯЦ. ТЕЛЕФОН РЕДАКЦИИ 555-0650

ТЕМА НОМЕРА

НОВАЯ ПЛАНКА ПЯТОЙ ДЕТСКОЙ

Международные стандарты и государственные ЛПУ. Миф или реальность?

В конце 2008 г. Детская клиническая больница №5 стала лауреатом премии правительства Петербурга по качеству в номинации "Услуги", кстати, единственная из государственных учреждений. Заняла она 2-е место.

Я расцениваю это событие для нас как колоссальное, поскольку критерии оценки были взяты из международных стандартов по ISO. Как государственному учреждению, подготовиться к этому нам было непросто, но мы добились своего, - говорит главный врач больницы Александр Яковлевич Голышев, - наши достижения за 5 напряженных лет работы отмечены городским правительством.

Когда А.Я.Голышев 9 лет назад возглавил больницу, она называлась Детская инфекционная. Главврача слово "инфекционная" несколько корбило, и он поставил перед своим коллективом задачу расширить функции больницы, сделать её самой лучшей в городе. И это удалось сделать за пятилетку. Именно 5 лет назад были сформированы стратегическая цель и миссия больницы, а также принципы её деятельности. С ноября прошлого года больница стала Детской городской клинической. Если в 2000-2001 гг. среднесуточная обращаемость и поступления в больницу не превышали 30-35 человек, то сегодня они достигли 180-250 человек в сутки. Теперь главный врач хочет взять новую планку - получить международную лицензию.

Поэтому следующие 5 лет, говорит А.Я.Голышев, наш стратегический документ - подготовка к ISO9001, т.е. мы делаем акцент на политике в области качества. Определили принципы деятельности больницы, постоянно декларируем их нашим пациентам и вышестоящим организациям.

- Как Вы шли к этому успеху?

- Ещё 5 лет назад мы решили, что задача стационара заключается не в экстенсивности деятельности (увеличении количества коек), а в её интенсивности - нужно, по возможности, применять стационарозамещающие технологии, такие как дневной стационар, амбулаторно-консультативное отделение, расширение спектра услуг. Мы открыли дополнительные профили с учетом своей диагностической базы - нейрохирургическое отделение, челюстно-лицевую хирургию, расширили возможности травматологии. За 2000 г. в больницу в общей сложности обратилось 18 тыс. пациентов, а за 2008 - 53 тыс. (не считая 15 тыс. пациентов АКО). Показатель оборота койки стал 50, а был 21, т.е. увеличился в 2 раза. Недоброжелатели скажут, что мы выписываем недолеченных больных, поэтому койко-день снижается, но я считаю, что больница, цель которой - профессиональная деятельность, серьезные технологии, не должна излечивать пациента, она должна стабилизировать его состояние, а после этого перевести на первичное звено, где пациента, собственно, и должны долечивать. Только так можно эффективно использовать ресурсы стационара. К сожалению, проблема современной системы здравоохранения заключается в том, что больница подменяет первичное звено. А ведь больница, во всяком случае, наша - это высокий профессиональный уровень врачей, мощная диагностическая и лечебная базы. Мы должны лечить, а не долечивать.

Хотя мощностей у нас хватает. Даже когда в 2007 году закрылась ДГБ №19 им.К.А.Раухфуса, то город не почувствовал из-за этого проблем. Мы забрали у неё часть профили (нейрохирургию, офтальмологию,

челюстно-лицевую хирургию), взяли 15 тыс. пациентов. Не скажу, что было просто - все-таки на 5-6 тыс. больных в год увеличился поток, но мы стали активно использовать дневной стационар.

Мы значительно увеличили скорость обслуживания в приемном отделении. Если раньше дети здесь ждали 2-3 часа, то сегодня в среднем - 1,12 часа, и не просто ждут, а проходят рентген, УЗИ, лабораторные исследования, эндоскопию. Весь развитый мир так работает, и нам удалось создать интенсивный метод диагностики пациентов. Мы приблизили её к пациенту в первый же час его нахождения в больнице. Утром врач, придя на работу, имеет практически все обследования. А если диагноз уже ясен, лечебная и хирургическая тактика начинается достаточно быстро, и, разумеется, средняя длительность пребывания на койке, может быть уменьшена. А раньше как было в больнице? В пятницу поступает, в субботу-воскресенье никто не работает, не обследует, в лучшем случае в понедельник пациент попадет на обследование, что-нибудь забудут назначить, перенесут на вторник. Неудивительно, что койко-день большой!

Таким образом, этап пребывания пациента в стационаре, как наиболее дорогостоящий, в нашей работе сократился, и сегодня, работая по медико-экономическим стандартам, мы во главу угла ставим не койко-день, а именно стандарт. Какой его мы получаем - тяжелый, дорогостоящий или более легкий. И здесь важны определенные управленческие решения. В том числе высокие требования к персоналу. К сожалению, в госучреждениях принята определенная расхлябанность персонала, хамство и т.д. Такого не увидишь в частной клинике, и не только потому, что зарплата выше, но и потому, что в любой момент могут

указать на дверь. Придя в больницу, я стал создавать определенную корпоративную культуру. Говорил всем сотрудникам: "Наша стратегическая цель - стать лидером. А разве лидер может вести себя несоответствующим образом - брать деньги с больного или хамить ему и его родственникам? Мы должны быть благодарны пациенту за то, что он к нам пришел. Он, между прочим, по сути, принес нашу зарплату (наличными, как платную услугу, либо в страховом полисе ОМС или ДМС). Если ему не понравилось, как вы с ним разговариваете, и он ушел в другую клинику, с ним ушла ваша зарплата. Вы, таким образом, нанесли больнице материальный ущерб, и хотите, чтобы я вам за это платил зарплату". Когда я своим сотрудникам на цифрах показывал, какой ущерб может нанести больнице их неправильное поведение, это, поверьте, их впечатлило.

Так что у нас требования к персоналу достаточно высоки, поэтому к нам и не идет на работу столько, сколько мне хотелось бы. Если бы все стационары шли по нашему пути, предъявляли требования к персоналу, и условия были одинаковы, это было бы правильно. А если у меня требования высокие, то можно пойти туда, где они ниже.

- Когда Вы начинали руководить, у Вас были проблемы с персоналом?

- Да, первоначально были, потому что я стал усиливать исполнительскую дисциплину и просто выгонял врачей, которые не соответствовали нашим требованиям уважительного, корректного отношения к пациентам. Поборы, грубость, хамство были объявлены недопустимыми. Но все же, если тогда у меня работало 600 человек, то теперь - 1000. Приходят новые люди, которых привлекают созданные нами хорошие условия для работы. Да, у нас приходится много работать,

очень много, к сожалению или к счастью, но сегодня такие правила. Когда человек на ставку будет получать не менее 30 тыс. рублей, что было бы справедливо, столько не придется работать. Но сегодня для того, чтобы заработать эту сумму, надо, извините, вкалывать. Ничего худого в этом я не вижу, я сам - трудолюбив. Кроме того, мне приходилось бывать за границей, и знаете, там еще больше работают, чем мы, чтобы заработать и жить соответствующим образом.

- Разве это не сказывается на качестве работы?

- У молодых работоспособных людей - нет, а сотрудникам в возрасте напряженный график не рекомендуется. Но многих привлекает у нас возможность не получать, а зарабатывать, а также совершенствоваться в профессии.

Конечно, я не могу сказать, что мы достигли европейского уровня. У нас есть, что совершенствовать. К примеру, медицинский продукт, диагностические и управленческие процессы.

Зато многое нам удалось сделать без помощи КЗ в рамках собственных ресурсов и идей, не дожидаясь подсказок. У нас, например, не сестры убирают, а профессионалы уборщицы, в связи с чем исчезли жалобы от пациентов на грязь в палатах. Мы усовершенствовали процесс питания детей, заинтересовали морально и материально тех, кто готовит. Теперь нет жалоб, что еда невкусная, холодная и т.д.

- Нельзя ли подробнее?

- Мы создали отдел лечебного питания, где очень опытный врач, кандидат медицинских наук проводит постоянно занятия с буфетчицами, чтобы поднять значимость их работы. Он рассказывает им, как готовить блюдо, какой температурный режим у него должен быть, как его доставлять, как подавать. Людям приятно, что на



ИМП В связи с информацией, появившейся в городских средствах массовой информации об отсутствии государственной поддержки и закрытии Института раннего вмешательства, Комитет по здравоохранению сообщает, что данный институт является негосударственным образовательным учреждением повышения квалификации и оказывает методическую помощь и обучение специалистов по абилитации младенцев.

Необходимо отметить, что подобные Службы раннего вмешательства организованы в учреждениях петербургской системы здравоохранения, образования, социальной защиты. Они направлены на наиболее раннее (в первые три года жизни) выявление детей с отставанием или отклонением в психическом и речевом развитии, со зрительными, слуховыми, моторными и эмоциональными нарушениями, а также на коррекционное и развивающее обучение родителей таких малышей. Значительная работа специалистов службы раннего вмешательства направлена на помощь семье в создании оптимальных условий развития ребенка, поддержку родителей в воспитании ребенка.

Отметим, что сегодня в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях Петербурга функционирует 27 кабинетов, отделений абилитации младенцев, из них 14 от-

МЕЖДУ ПРОЧИМ

делений в детских поликлиниках в 12-ти районах нашего города. Один кабинет открыт в Городском центре восстановительного лечения детей с психоневрологическими нарушениями, в том числе, 12 кабинетов в Домах ребенка.

В кабинетах абилитации детских поликлиник работают 58 медицинских работников (комплектованность составляет 100%). В 2008 году в кабинетах абилитации городской системы здравоохранения было проконсультировано более 8500 детей.

В связи с тем, что Институт раннего вмешательства испытывает трудности с финансированием со стороны шведских спонсоров Комитетом по здравоохранению и ТФОМС Петербурга может быть рассмотрен вопрос о включении Института в систему ОМС при условии получения учреждением лицензии на право медицинской деятельности.

Город также может рассмотреть и вопрос субсидирования программы обучения родителей и работников кабинетов абилитации новым методам работы с проблемными детьми.

Однако официальных обращений директора петербургского Института раннего вмешательства в Комитет по здравоохранению и другие органы власти не поступало.

По информации пресс-секретаря Комитета по здравоохранению

МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

**учредитель и издатель телефонных справочников
«Медицина Петербурга» и «Медицина Северо-Запада»,
а также городской профессиональной газеты «Медицина Петербурга»**

ВЫПУСТИЛА «СПРАВОЧНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»

Формат А5, офсет; Полноцветная обложка; Объем - 84 страницы

Справочник содержит информацию по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в учреждении, правильной обработке рук, классификацию отходов в ЛПУ и правила их сбора, формы учетных журналов, а также алгоритмы введения лекарственных растворов и алгоритмы выполнения простых медицинских манипуляций.

Краткое содержание
Санитарно-противоэпидемический режим (нормативные док-ты, асептика и антисептика, дезинфекция, предстерилизационная очистка и контроль ее качества, стерилизация).
Рекомендации по мытью и антисептике рук (обычное мытье рук, гигиеническая дезинфекция, хирургическая дезинфекция, использование перчаток).
Генеральная уборка, Классификация отходов ЛПУ (правила сбора отходов в медицинских учреждениях, общий порядок проведения дезинфекции отходов и многоазового инвентаря).
Алгоритмы введения лекарственных растворов (набор лекарственного вещества из ампулы, внутривенное, внутримышечное (капельное), подкожное, внутримышечное введение).
Алгоритмы манипуляций (промывание желудка, постановка клизмы, газоотводной трубки, банок, горчичников, спринцевание влагалища, выполнения катетеризации).
Алгоритмы по забору биоматериала на различные виды исследований (взятие биоматериала из зева и носа на бак. исследование, сбора мочи на клиническое исследование, на микобактерии туберкулеза, на бак. исследование, сбор мочи на клинический анализ, по Нечипоренко, на сахар, по Зимницкому; исследование кала на яйца гельминтов, на скрытую кровь, на бак. исследование; алгоритмы действия мед.сотрудника в случае травмы или аварии с кровью или другими биоматериалами. Формы журналов учета.

Издание рекомендовано для медицинских сестер учреждений здравоохранения разной формы собственности, преподавателей и студентов медицинских колледжей и училищ.

Справочник согласован с главным эпидемиологом Санкт-Петербурга

СПРАВОЧНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Популярное издание. Выпущен дополнительный тираж.

Стоимость - 150 рублей + НДС (10%)

Тел.: 555-6119, 555-0650.

Наш адрес: ул. Вавиловых, 14 (Елизаветинская больница). Въезд: угол Северного и Светлановского проспектов. 5-этажный корпус (административный блок), 1 этаж, вывеска - «Медицинская ассоциация Санкт-Петербурга».

Часы работы: понедельник-четверг 10:00-17:00, пятница 10:00-16:00.

них обратили внимание, посвящают их в нюансы работы, и они работают лучше. Поначалу мы хотели вообще буфетчиц перевести с отделений в отдел лечебного питания, просто создать бригаду, как сделали с санитарками и уборщицами, их которых создали бригаду центра сервисных услуг. Но пока, по просьбе врача, не стали этого делать. Он считает, что прежде надо совершенствовать технологию приготовления пищи. Мы обновили оборудование, пищеблок, постоянно отслеживаем качество еды, сотрудники на отделениях опрашивают родителей, что они думают о питании в больнице. Но в дальнейшем будет также, как с уборкой – создадим комплексные бригады.

И, заметьте, для этого не требуется никаких дополнительных финансовых ресурсов. Да я, собственно, их ни у кого и не прошу. Прошу лишь свободы в управлении этими ресурсами так, чтобы не просто освоить данные мне деньги, как это делает большинство главврачей, а эффективно их использовать. А если у меня от эффективного использования остаётся дельта, то я хочу её вложить в свою больницу, а не отдавать в чужое учреждение, где просто не умеют (или не хотят) эффективно распоряжаться выделенными средствами.

- Ваш энтузиазм по поводу клининга не очень пока поддерживается Вашими коллегами – главными врачами.

- Да, к сожалению. Но я уверен, что для того, чтобы качественно убирать в больнице, надо иметь определенные знания, стыдно, когда при существовании новых технологий одним ведром и одной тряпкой убирают. Мы хотим сделать на нашей базе курс обучения уборщиц, которые будут работать в больницах. Но сначала надо обучить руководителей хозяйственных служб, главных сестер, как это делать, а потом уже устанавливать технологию в ту или иную больницу. Не сомневаюсь, что эффект будет.

- Помню, Вы начинали нововведения с малого, с вертушки на входе, например, и даже это вызвало бурю возмущения персонала...

- Когда я видел опаздывающий персонал и даже руководителей подразделений я задавал вопрос: «вот 9-30 уже, а конференция во сколько?» Какое замечание такой руководитель может сделать сестре или врачу, если сам нарушает дисциплину? Китайцы говорят: «Прежде чем сказать, что у соседа крыша в снегу, посмотри на свое крыльцо», т.е., прежде чем говорить, что у других плохо, посмотри, когда ты приходишь на работу, как сам исполняешь свои обязанности. Бывало, человек говорил, что работал до вечера, на самом деле – нет, а я ему с его слов оплачиваю две трети оклада. Я ввел компьютерную систему «вход-выход» с работы. Весь персонал был переведен на магнитные ключи, чтобы для начала определить, кто когда приходит на работу, и кто

когда уходит. Действительно, было большое сопротивление коллектива, но, в конце концов, все наладилось. Вся информация выводится на мой рабочий компьютер, и если я вижу, что человек уходит раньше с работы, я снимаю с оплаты эти часы. Кадровая служба это отслеживает.

Кроме того, мы систематизировали систему платных услуг, создали отдел платных услуг, и «левые» ранее пациенты, которые приходили к нашим врачам и платили им в карман, идут сразу в этот отдел, откуда уже можно и к врачу. Так мы значительно увеличили доходную часть больницы, одновременно прекратив нелегальную деятельность докторов.

- Какое ваше самое большое достижение за 5 лет?

- Оно в том, что мы по-другому относимся к системе качества. И начал я с того, что у меня каждый сотрудник имеет кодекс поведения сотрудника и декларацию, где описана наша миссия - «мы признаем и решаем интересы наших пациентов и его законных представителей (папы и мамы), мы благодарны нашим пациентам за то, что они позволили позаботиться о них».

Когда-то у российских медиков произошла ошибка в мышлении – почему-то стало считаться, что пациент нам должен быть благодарен. Ничего подобного! Вся европейская медицина ориентирована на пациента как потребителя. Пациент - это самый дорогой человек, потому что он дает врачу благосостояние. А у нас к нему относятся, как к постороннему человеку, нарушившему рабочий процесс. Я твердо решил поменять подобное отношение, и мы описали принципы иного отношения к пациенту. Идеала в этом, может быть, пока мы не достигли, но стремимся к нему, и достигнем благодаря нашей новой политике, которая немного по-другому сакцентирована, поскольку нас консультировали по сертификации по ISO.

Мне кажется, если бы Министерство обязывало нас, менеджеров здравоохранения, главных врачей идти по пути сертификации, то вопросы качества и доступности медицинской помощи давно были бы решены. Скажем, среди критериев ISO есть такие понятия, как определение руководителями предназначения организации, стратегии её развития, демонстрация на личном примере своей приверженности культуре и качеству. Но этого нет ни в одном государственном ЛПУ - сегодня медики приходят отбывать работу. А их воспитываю, что мы должны быть привержены политике больницы, иначе пусть идут в другое место. В ЛПУ вы не увидите «политику и стратегию организации в области качества», хотя в стандарте ISO 9000 есть такие понятия. Экспертиза истории болезни, контроль качества не получаются, если

мы не будем изучать потребности и ожидания заинтересованных сторон. В этом вопросе мы не сдвинемся ни на шаг, если в госучреждении не будет планирования управления улучшения работы с персоналом, определения и развития поддержки знаний и компетентности персонала.

Сегодня мы изучаем удовлетворенность пациентов, влияние организа-



ции на общество и т.д. По вышеназванным вопросам я написал целый отчет по международным требованиям.

- Есть ли у Вас ещё мечта, кроме получения международной лицензии?

- Да, это – государственно-частное партнерство. Считаю, что сегодня один из выходов из ситуации, создавшейся в здравоохранении, когда стыдно пациентам класть в обшарпанные палаты с кособокими тумбочками, свистящими окнами, дырявыми полами, плохим питанием, это - передача государственных услуг частному партнеру, инвестору, как это делают в Европе. Есть два пути – либо госучреждение передается в аутсорсинг управляющей компании, либо инвестору передается вся инфраструктура, а медицина по-прежнему управляется государством. При улучшении качества инфраструктуры медицинские процессы тоже становятся качественнее. Мне кажется более интересным вариант, когда полностью все передается в управление и медицина в том числе. В этом случае частный инвестор как партнер должен заключить договор с государством, которое передает ему свое учреждение в управление. Только в управление, а не в собственность, как думают некоторые.

Для нас вполне приемлем шведский вариант, при котором государство передало все первичное звено частному инвестору. Частный инвестор, пройдя тендер, получает на 5 лет, как минимум, госполиклинику. Он инвестирует в нее, чтобы эффективно использовать, чтобы получать по тарифу от государства за работу.

В итоге, выигрывают все - пациент, получающий качественную медицинскую услугу, частник, окупающий свои инвестиции за 3-5 лет, и государство, не надо объяснять, почему. Совершенно очевидно, что наше государство сегодня не справляется со всеми учреждениями здравоохранения. Давайте, для эксперимента хотя бы одну поликлинику отдадим в управление, ведь управление и менеджмент частников гораздо интереснее и правильнее, чем государственные. Для государства это безопасно, это же не приватизация, а для частника выполнять государственный заказ престижно, поэтому государственно-частное партнерство очень перспективно.

- А есть, кому отдать?

- Хотя бы мне в виде пилотного проекта. Я бы нашел инвестора. Уверен, что был бы положительный результат, если бы, правда, не мешала многоканальность. При одноканальном финансировании инвестору все понятно, но когда есть бюджетная инфраструктура, не очень понятно, как вкладывать деньги и как вернуть их назад. При полном тарифе это было бы реально.

Скажем, я давно хочу уборку больницы передать клининговой компании, сократив тем самым 300 ставок (6 млн руб. в год!), но это - функция комитета. Был бы один тариф, вопросов бы не было, а сегодня многоканальность финансирования является стопором в самостоятельном принятии решений. До 2005 года мы, кстати, работали по одноканальной системе. Да, тариф был низкий, но, по крайней мере, мы могли ремонты делать самостоятельно, могли «перебрасывать» статьи, платили за коммунальные услуги.

Очень показательна в этом плане ситуация с двумя лабораториями на территории нашей больницы. Одну из них, в отдельном стоящем двухэтажном корпусе, я, по согласованию с комитетом, отдал инвестору, который вложил 4,5 млн долл. в ремонт, оборудование. Теперь это – мощный лабораторный комплекс высшей категории, он может обслуживать несколько больниц. Я надеялся, что свою, маломощную, сокращу, а подпишу с этой лабораторией договор на обслуживание, как это делается в Европе. Но Комитет этого не одобрил, а жаль.

Беседовала
Виктория ЗАХАРОВА

ОБЪЯВЛЕНИЕ

МФУ Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию объявляет конкурс на замещение вакантной должности профессорско-преподавательского состава:

- доцент кафедры организации медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов – 1.0.

Срок подачи документов на конкурс - не позднее месяца со дня опубликования объявления в печати.

Документы направлять по адресу: 194044, Санкт-Петербург, Большой Самсониевский пр., 11/12, СПбГУВЭК, ученому секретарю.

НАЗНАЧЕНИЕ

МФУ 28 мая директором СПб НИИ фтизиопульмонологии назначен **ЯБЛОНСКИЙ Петр Казимирович**, ранее занимавший должность зам. гл. врача по хирургии в Городской многопрофильной больнице №2.

МАТЕРИНСКИЙ КАПИТАЛ ЧАСТИЧНО «ОБНАЛИЧАТ»

Пенсионный фонд России принимает заявления на выплату 12 тыс. рублей из средств материнского капитала.

Пенсионный фонд РФ принимает заявления на единовременную выплату в размере 12 000 рублей из средств материнского капитала, которые семьи смогут использовать на повседневные нужды.

Подать соответствующее заявление могут все владельцы сертификата на материнский капитал вне зависимости от того, сколько времени прошло со дня рождения второго* или последующих детей. При этом важно подчеркнуть, что данная мера носит временный характер. Так, если право на материнский капитал возникло с 1 января 2007 года по 30 сентября 2009 года, заявление на единовременную выплату необходимо подать не позднее 31 декабря 2009 года, если право возникло с 1 октября 2009 года по 31 декабря 2009 года – не позднее 31 марта 2010 года.

Пакет документов, который при подаче заявления необходимо представить в ПФР, минимален: паспорт заявителя, сертификат на материнский капитал и банковская справка о реквизитах счета, на который следует перечислить средства. В случае необходимости ПФР может запросить дополнительные сведения, а также уточнить информацию, которая содержится в заявлении и представленных документах. С момента принятия заявления в не позднее, чем двухмесячный срок, 12 тысяч рублей единым платежом будут перечислены на указанный заявителем счет.

Единовременная выплата из средств материнского капитала стала возможной с принятием Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях повышения уровня материального обеспечения отдельных категорий граждан», а также правил Минздравсоцразвития РФ, которые регламентируют этот процесс.

Таким образом, это стало еще одним из направлений использования материнского капитала, к которому держатели сертификата могут прибегнуть, не дожидаясь, пока ребенку, который дал право на его получение, исполнится три года. Напомним, что погашать жилищные кредиты средствами материнского капитала можно уже с 1 января 2009 года. При этом чтобы направить средства на улучшение жилищных условий, получение детьми образования и формирование накопительной части трудовой пенсии для женщин, по-прежнему необходимо, чтобы второму или последующему ребенку исполнилось три года.

Сумма материнского капитала на сегодняшний день составляет 312 тыс. 162 руб. Сертификат на материнский капитал получили уже почти 1 млн 172 тыс. российских семей.

Справочно: На получение материнского (семейного) капитала имеет права семья, в которой после 1 января 2007 года был рожден или усыновлен второй ребенок, либо третий, четвертый и последующие дети, если после рождения предыдущих детей это право не было реализовано.

По информации
Минздравсоцразвития

НОВОРОЖДЕННЫМ НАЧАЛИ ВЫПИСЫВАТЬ ПОЛИСЫ ОМС В РОДИЛЬНЫХ ДОМАХ

Комитетом по здравоохранению и Территориальным фондом ОМС Петербурга при участии страховых медицинских организаций города разработан порядок страхования новорожденных.

Отличительной особенностью страхования этой категории жителей Санкт-Петербурга является тот факт, что новорожденный еще не имеет документов, удостоверяющих его личность, и именно это до настоящего времени не позволяло страховым медицинским организациям выдать

ему полис ОМС.

С 1 июня 2009 года новорожденные будут получать полис обязательного медицинского страхования непосредственно в родильном доме при выписке. Для этого в каждом учреждении родовспоможения Санкт-Петербурга, независимо от его формы собственности и ведомственной принадлежности, организованы рабочие места представителей СМО, которые по заявлению матери будут осуществлять оформление и выдачу новорожденным полисов ОМС. Действие полиса начинается с даты

рождения ребенка.

Такое нововведение позволит молодым мамам в самый ответственный период адаптации малыша к новым условиям жизни не тратить время на посещения страховой медицинской организации для оформления полиса ОМС ребенка и обеспечит гарантии бесплатного получения новорожденным необходимой медицинской помощи.

По информации
пресс-секретаря Комитета
по здравоохранению

ГОСУДАРСТВО ВОЗЬМЕТ ПОД КОНТРОЛЬ ЦЕНЫ НА ЛЕКАРСТВА

Министр здравоохранения и социального развития **Татьяна Голикова** сообщила, что в самое ближайшее время государство введет перечень предельных цен на лекарства.

«Мы внесли в Правительство постановление, обязывающее регистрировать предельные цены на лекарственные средства, причем регистрировать не заявительно, а обязательно и по той методологии, которую мы разрабатываем», - заверила министр. **Татьяна Голикова** признала, что в некоторых регионах произошли «серьезные всплески цен, что было связано не только с тем, что произошло удешевление рубля, но и с тем, что в субъектах федерации устанавливаются достаточно высокие уровни торговых надбавок». Одновременно Росздравнадзор РФ будет осуществляться мониторинг цен на лекарственные средства, который и будет регистрировать предельные уровни цен.

Инициативу Минздрава комментирует эксперт фармацевтического портала Pharm-MedExpert.Ru, генеральный директор Национальной Дистрибьюторской компании **Настасья Иванова**: «Предельные цены на отечественные лекарства необходимо устанавливать с учетом их себестоимости и такие данные каждый российский производитель должен будет в обязательном порядке предоставлять. В отношении предельных цен на импортные медикаменты, большинство которых являются дорогостоящими препаратами, ситуация сложнее. Отправной точкой для установления предельной цены на лекарство должен стать прайс-лист каждого конкретного зарубежного производителя, заверенный местной Торгово-промышленной

палатой. Именно прайс-лист, а не таможенная декларация, поскольку даже для одного препарата, в случае, если его завозят сразу несколько поставщиков, цена может существенно различаться. Задача по установке предельных цен

сделать цепочку ценообразования на медикаменты более прозрачной и понятной. Декларирование оптовых цен производителем, а также фиксация отпускных цен на каждом этапе ценообразования - от завода или таможенного терминала до аптеки - позволит понять, по словам главы государства, сколько реально стоит тот или иной препарат. Эксперт **Настасья Иванова** считает, что «решающее значение будет иметь методика, по которой Правительство будет определять предельные цены, учитывающая особенности каждого региона, издержки логистики, характерные для конкретных территорий и т.д. При этом нужно учитывать цену возможной ошибки при неверном расчете предельной цены, результатом такого просчета станет отсутствие лекарства на рынке - его просто перестанут завозить в Россию. Особое внимание стоит обратить и на валютный курс, поэтому в предельную цену на импортные лекарства стоит закладывать также прогнозируемые изменения стоимости валют».

По словам заместителя председателя Правительства РФ **Игоря Шувалова**, элементы механизма регулирования цен на медикаменты уже существуют, в частности, есть список социально необходимых лекарств и механизм госрегулирования предельных цен производителей на них.

По информации Pharm-MedExpert.ru

невероятно сложна - сегодня в различных регионах России максимальные розничные надбавки на важнейшие и жизненно необходимые лекарства «прыгают» от 35% в Москве до 90% в Карелии!».

Напомним, что еще в марте 2009 года Президент России **Дмитрий Медведев** предложил производителям препаратов озвучивать их реальную стоимость, что должно



«ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»: ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ

В апреле в Москве проходил международный конгресс «Человек и Лекарство», в рамках которого состоялся сателлитный симпозиум компании **Геден Рихтер**. На нем специалистами, такими как руководитель отделения детской и юношеской гинекологии ГУ НЦАГиП, профессор **Елена Уварова** и **Инна Алесина**, руководитель проекта по репродуктивному здоровью фонда «Здоровая Россия», рассматривались вопросы применения эстроген-гестагенных препаратов в практике гинеколога.

Как было озвучено, в России в настоящее время гормональная контрацепция назначается все больше в лечебных целях. При этом не наблюдается уменьшения числа аборт, а гинекологическая патология растет. В чем причина? Каковы пути решения данной проблемы?

Наша страна по-прежнему входит в десятку лидеров по количеству аборт, что приводит не только к колоссальным экономическим потерям, но и необратимому нарушению репродуктивного здоровья женщин. Как было отмечено, репродуктивное здоровье и поведение женщины формируется с детства. Поэтому самого тщательного внимания требуют вопросы консультирования подростков, особенностей их сексуального поведения. Представленные на симпозиуме данные свидетельствуют, что менее трети девушек при сексуальном дебюте использовали контрацептивы, а 57,6% молодых людей применяли контрацептивные методы нерегулярно.

Согласно выводам Всемирной организации здравоохранения, к значительному снижению числа аборт приводит охват эффективной контрацепцией около 50% женщин. О правомерности этого вывода свидетельствует ситуация в странах Западной Европы, где гормональные контрацептивы используются для контрацепции 45% женщин, а среди 18-25-летних - 70%, и при этом отмечен самый низкий уровень аборт в мире. В то же время, когда гормональная контрацепция назначается больше

с лечебной целью, число аборт не уменьшается, а растет, как и гинекологическая патология. Причиной этому служит то, что женщины, применяющая препарат непрерывно (всего несколько месяцев), не может за этот период «ощутить» все преимущества метода гормональной контрацепции. Такое отношение к данной форме способствует появлению «мифов», снижая приверженность ей.

В качестве барьеров на пути использования гормональной контрацепции специалисты назвали сомнения в безопасности метода как докторов, так и населения вследствие недостаточной информированности, - зачастую довольно высокую стоимость препаратов и непонимание актуальности проблем охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи. «Для того, чтобы повысить приверженность гормональной контрацепции, необходимо предложить безопасный, надежный и экономичный препарат, - говорит **Инна Алесина**. В настоящий момент из представленного на рынке оптимальным соотношением безопасность/надежность/доступная цена обладает препарат «Новинет». Этот микродозированный препарат с минимальной гормональной нагрузкой и современным прогестином 3-го поколения представляет собой надежную контрацепцию и защиту с лечебным эффектом (косметический эффект при акне у подростков, миома матки и т.д.)».

Ася ЗАХАРОВА

ПОСОБИЯ ПОДРАСТУТ

По словам директора Департамента социальной защиты **Ольги Самариной**, с 2010 года изменится порядок исчисления пособий по беременности и родам, а также по уходу за ребенком до 1,5 лет, что позволит существенно увеличить их максимальные размеры. Планируется упразднить ограничение «верхним пределом».

Поскольку с 2010 года вместо Единого социального налога вводятся страховые взносы, начисляемые на заработок, не превышающий установленного предела в год (415 тысяч рублей в 2010 году или 34 583 рубля в расчете на месяц), то и размер пособия предлагается рассчитывать из среднемесячного заработка, на который начисляются страховые взносы. Максимальная сумма пособия будет определяться «естественным» образом как размер пособия в процентах к максимальному заработку, утрата которого на период временной нетрудоспособности страхуется и на который начисляются страховые взносы.

Так что уже сейчас можно рассчитывать, какими с 2010 года будут данные

пособия в конкретных ситуациях. Например, возьмем в качестве примера пособие по беременности и родам, которое выплачивается как 100% «застрахованного» заработка, то есть заработка, с которого будут браться страховые взносы.

При средней зарплате меньше величины, с которой берутся страховые взносы, пособие будет равно зарплате. Например, если женщина получает 20 тыс. рублей, то пособие по беременности и родам также составит 20 тысяч. А вот при зарплате больше величины, с которой берутся страховые взносы, например, 45 тысяч, пособие будет равно только «застрахованной» части ее заработка, то есть 34 583 рублям.

Все вышеперечисленные выплаты - федеральные. Кроме того, практически во всех регионах к ежемесячному и единовременному пособию делают какие-то надбавки. А потом из региональных бюджетов мать получает ежемесячное пособие на ребенка до достижения им возраста 18 лет и 23 лет, если он учится.

По информации Минздравсоцразвития

МЕЖДУ ПРОЧИМ

Подведены итоги исполнения бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования за 2008 год.

26 мая на заседании правительства Петербурга одобрен проект закона «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга за 2008 год».

Доходы фонда за минувший год составили 20 157 934,7 тыс. рублей, а расходы - 20 241 409 тыс. рублей. В рамках «Территориальной программы обязательного медицинского страхования» проводилось обязательное медицинское страхование неработающего населения, производились денежные выплаты участковым врачам и медицинским сестрам, была организована дополнительная диспансеризация работающих граждан, а также диспансеризация находящихся в стационарах детей-сирот и детей, оставшихся без опеки родителей, осуществлялось обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения льготных категорий граждан.

По информации пресс-службы губернатора

БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург

14-я Международная выставка по здравоохранению

Совместно с:
ФАРМАЦИЯ
Санкт-Петербург

Ленэкспо, Санкт-Петербург

7-9 октября 2009

Все лучшее для мира медицины!

www.primexpo.ru/hospital

Организаторы:
primexpo ITC GROUP PLC

Тел.: +7 (812) 380 6006/00
Факс: +7 (812) 380 6001
E-mail: med@primexpo.ru

БЕЗВОЗМЕЗДНАЯ ПОМОЩЬ АМЕРИКАНСКИХ КАРДИОХИРУРГОВ ДЕТЯМ СЗФО

с 31 мая по 5 июня в Петербурге работали известный детский кардиохирург из США Деннис Мэллоу и его напарник кардиохирург Джон Хейм (кардиохирургический центр Нового Орлеана), которые вместе с кардиологом Томасом Янгом и медицинской сестрой Джейм Грейсон приехали в наш город по приглашению Фонда медицинской науки и образования им. В.А.Алмазова. Это третий подобный визит американских врачей в Петербург.

В течение недели бригада из США выполнила 13 сложнейших операций детям с врожденными пороками сердца. Российские врачи, кроме известного детского кардиохирурга **Вадима Любомудрова**, заведующего кардиохирургией в ДГБ №1 подобными технологиями (операции Фонтана, Растелли, коррекция тотального аномального дренажа легочных вен и др.), к сожалению, не владеют.

Операции выполнялись в двух операционных Центра им. Алмазова, находящихся в больнице Святого Георгия. Планировалось прооперировать 15 человек, но после окончательной консультации двум девушкам в операции было отказано – к сожалению, помощь запоздала.

Во время уникальных операций американским хирургам ассистировали им молодые российские коллеги – кардиохирурги **Александр Морозов** из Центра им. Алмазова и **Сергей Марченко** из ВмедА, которые недавно прошли стажировку в клинике Йельского университета по программе Фонда Алмазова «Ценный опыт».

Операции были очень сложные, некоторые длились 9-10 часов, и заканчивались далеко за полночь.

Чтобы приехать к нам, хирурги взяли отпуск, выполняли они операции бесплатно. Дорогу врачам оплатил филиал Фонда Алмазова в США. В день приезда гостей 30 мая народный артист Владислав Чернушенко (член попечительского совета Фонда), хор и симфонический оркестр Государственной академической капеллы дали благотворительный концерт в честь 4-й годовщины фонда Алмазова и его гостей.

2 июня в отеле Амбассадор состоялась пресс-конференция, посвященная приезду кардиохирургов, на которой присутствовали **Мария Прокудина** – исполнительный директор Фонда, известный детский кардиохирург **Джон Хейм**, кардиолог **Томас Янг**, а также директор отеля «Амбассадор» Андрей Шарпапов, бесплатно предоставивший врачам лучшие номера отеля. Второй хирург в это время вместе с медсестрой проводили очередную операцию.

Разумеется, первый вопрос журналистов касался болезненной темы – почему российские детские кардиохирурги не могут делать такие же

сложные операции, как американские. – Американской кардиохирургии 40-50 лет, – сказал американский кардиохирург, и она прошла сложный путь. Вначале выполнялись только простейшие операции. После опыта работы с простыми дефектами хирургии стали переходить к сложным, и



результаты поначалу были неважные, постепенно менялись представления о том, как надо оперировать, мы перенимали опыт в Лондоне, и только спустя время стали достигать успехов. Прекрасно, что хотя бы некоторые российские врачи благодаря Фонду имеют возможность учиться у нас. За 2 года в Йельском университете прошли стажировку 15 докторов из СЗФО. Кардиохирурги были у нас 2 месяца, кардиологи – один. Но, конечно, этого времени для обучения мало. Опыт нельзя передать одним мановением, учиться нужно много лет, как минимум 3-4 года, и этот вопрос должен

Операции на сердце у детей выполняются практически только в Москве и Петербурге. Слишком велик поток российских малышей с более-менее простыми врожденными пороками сердца, и немногочисленные детские кардиохирурги успевают справиться только с ними. В итоге ежегодно в РФ погибает около 3 тыс. новорожденных с врожденными пороками сердца. А в США не остается не вылеченным ни один врожденный порок сердца.

стать делом российского правительства, а не благотворительных фондов. Например, в США есть программа подготовки молодых хирургов, а в России нет, а ведь, чтобы удовлетворить потребности кардиохирургии, необходимо выпускать ежегодно от двух до четырех кардиохирургов. – У вас очень талантливые хи-

рурги, заверил Джон Хейм, ничуть не хуже наших. Возвращаясь сюда, мы смотрим, как хорошо работают те, кто у нас учился. В свой первый приезд в 2006 г. мы делали операции, считающиеся несложными для США, и сегодня наши русские коллеги их уже выполняют. В этот раз операции гораздо сложнее. Надеемся, что потребность в наших приездах будет становиться все меньше, а учиться к нам будут приезжать из России все больше. Но для этого российское правительство должно определить приоритеты, понять, что пришло время обратить внимание на самые сложные случаи в кардиологии. Мне кажется, что ресурсы у вас распределяются неадекватно. В США, например, сложнейшие кардиооперации покрываются страховкой. Здесь это невозможно.

Говоря о ситуации с врожденными пороками сердца в США, американские доктора сообщили, что, по статистике, в год там рождается менее одного ребенка на 100 человек, операции нужны менее чем половине, меньше одного процента нуждается в экстренной помощи сразу после рождения. И получают её все незамедлительно за исключением крайне редких случаев, связанных с недостаточной ранней диагностикой в глубинке. – В СЗФО, с сожалением констатировали они, есть дети, у которых уже упущены сроки операции. Хотя статистика в России не отличается от американской – здесь 8 детей с врожденными пороками сердца на 1 тыс. чел. Но в Петербурге лишь 1 хирург такого уровня, каких в Пенсильвании пять, это великолепный доктор Вадим Любомудров, который оперирует всех петербургских детей с пороками сердца, но на Северо-Западе нужно 8-10 кардиохирургов.

– Деньги играют большую роль в здравоохранении, – высказал мудрую мысль американский хирург, и кардиохирургия очень дорогая область, в ней только тогда будут работать талантливые врачи, когда им будут хорошо платить. Как я уже сказал, нет разницы между способностями американских и российских врачей, но

все зависит от возможностей, которыми нам, американцам, жизнь дает гораздо больше. У нас была возможность пройти полноценное длительное обучение, а чтобы достичь мастерства нашего уровня нужно учиться 8-10 лет. Но это была наша цель, поскольку мы знали, что когда подготовка закончится, у нас будет очень хорошая работа и очень хорошая зарплата. (Журналисты поняли, что г-н Хейм в курсе того, сколько получают его российские коллеги).

На вопрос, почему хирурги привезли с собой медицинскую сестру, неужели их нет в Петербурге, Джон ответил, что в кардиохирургии необходима очень хорошая команда –

реанимационного – после университета выполняют учебную программу подготовки под наблюдением врача в течение года! – У наших медсестер очень большие возможности, сказал Джон, они умеют все то же, что и врач. (Добавим, и соответствующая зарплата – «МП»).

– У нас есть договор с Йельским университетом об обучении медсестер, но мы не можем найти тех, кто владел бы хорошо английским, а это необходимо, чтобы учиться, – с грустью заметила исполнительный директор Фонда. – Так же, – продолжила она, Йельский университет готов принять наших хирургов на несколько лет, как нужно, но у Фонда на это средств не хватает. Пора решать эту проблему на государственном уровне. И мы очень надеемся, что оно начнет поддержку в этом вопросе. Пока у нас выделяется достаточно денег на специализированные центры, оборудование, а на подготовку хирургов – нет.

Надо сказать, что американские хирурги не раз выражали свое искреннее удивление по этому поводу.

Андрей Шарпапов, являющийся членом попечительского совета Фонда, заметил, что при Николае П тем, кто был в попечительских советах, выдавали государственный мундир – чем больше взнос, тем выше чин. – Мы же ни на какие мундиры не претендуем, просто нам хочется, чтобы было больше российских кардиохирургов, сказал он.

Джон Хейм заметил, что американские врачи тоже не хотят личного признания. – Здесь мы получаем для себя столько же, сколько даем, – признался он, – знакомимся со страной, её жителями, прекрасными специалистами. Нам очень нравятся ваши врачи и медсестры. Видно, как они стремятся к знаниям. Даже в воскресенье, когда в городе был праздник, операционный зал был заполнен. – Ваши хирурги смогут все, надо только, чтобы их поддерживало государство, – сказал он в заключение.

Виктория ЗАХАРОВА

Кардиохирургия в России стала развиваться последние 20 лет. По количеству операций на сердце на душу населения мы ещё совсем недавно опережали только Африку и некоторые страны Азиатского бассейна. В США ежегодно выполняется в условиях искусственного кровообращения более 1 тыс. операций на млн населения, в Европе – 800-900, у нас до недавнего времени делали 50-70, меньше, чем в Южной Америке. Сейчас этот показатель приближается к 200 операциям в год.

хирурги, кардиологи, реаниматологи, те, кто читает эхокардиограммы и другие субспециальности. Только тогда будут хорошие результаты. Поэтому они взяли медсестру из своей команды, которая учит русских медсестер, как и какой инструмент подавать хирургу. – Ваши медсестры тоже ничем не отличаются от наших, утешил присутствующих американский хирург, – они так же хорошо знают свое дело. Правда, о подготовке медсестер в США он рассказал следующее. После операции за пациентом ухаживает только одна медсестра, поскольку уровень её подготовки столь высок, что она может абсолютно все. Чтобы работать в больнице, медсестра должна получить университетскую степень по сестринскому делу и затем в больнице 6 месяцев работать только под наблюдением врача. И это, между прочим, медсестры общего профиля. Медсестры сложного профиля – операционного,

СЛУЧИЛОСЬ

МП В Детской городской больнице Святой Ольги (ул. Земельческая, д. 2) открылись после ремонта палаты 2-го неврологического отделения, рассчитанного на 45 коек, и палаты 6-го неврологического отделения, рассчитанного на 40 коек.

На данных отделениях лечатся дети с органическим поражением ЦНС, психики и опорно-двигательного аппарата. 2-ое неврологическое отделение единственное в городе, где осуществляется экстренная госпитализация детей с данной патологией.

Содействие в проведении ремонта и укомплектовании палат бытовой техникой оказали участники Совета

Промышленников Выборгского района, в том числе руководство компании «Красная нить».

Медицинская помощь, оказываемая в данном стационаре, рассчитана на наименее защищенные и материально обеспеченные слои населения, стационар не оказывает платные услуги. Данная помощь имеет большое значение для пациентов больницы и для учреждения в целом.

Акция прошла в рамках программы взаимодействия Общественного совета Выборгского района и администрации по решению острых социальных проблем. Также в рамках этой программы 28 мая на заводе по переработке пластмасс им.

«Комсомольской правды» прошло подписание соглашения о создании социально-реабилитационного центра для детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и воспитанников детских домов. В соответствии с этим соглашением завод предоставит свою базу отдыха для проживания детей и сопровождающих их педагогов, организует питание, проживание и досуг детей, а Общественный совет будет способствовать духовному росту воспитанников центра, привлекая к этой работе ветеранов и заслуженных людей.

По информации пресс-службы губернатора



20-23 октября 2009

XIV РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ

ортопедия-травматология-протезирование-реабилитация

ИНФОРМАЦИОННО-ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР пл. Победы, д. 2, Санкт-Петербург, Россия

Тематика конгресса:

- новые технологии в травматологии и ортопедии;
- технические средства реабилитации, протезирование и ортезирование;
- развитие информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении;
- детская травматология и ортопедия;
- медико-социальная экспертиза;
- медицинская реабилитация и спортивная медицина;
- адаптивная физическая культура и спорт инвалидов.
- актуальные вопросы реабилитации людей пожилого возраста.

Адрес оргкомитета:

Россия, 191025, Санкт-Петербург, а/я 2
Телефоны/факсы: (812) 542 3591, 542 7291, 380 3155, 380 3156
e-mail: ph@peterlink.ru http://www.congress-ph.ru

СТРАНИЧКА ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ни для кого не секрет, что инсульт является тяжелым бременем для общества. 31% пациентов, перенесших ОНМК, требуют посторонней помощи для ухода за собой, 20% не могут самостоятельно ходить, лишь около 20% выживших могут вернуться к прежней работе. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество.

Размеры этой проблемы в Петербурге очень велики и будут увеличиваться по мере старения населения города. Так, в нашем городе численность населения старше трудоспособного возраста увеличится с 20% в 2003 году до 29% в 2016 году (на 9%) в общей структуре населения Санкт-Петербурга.

Всемирная Организация Здравоохранения, Всемирная Федерация Инсульта и Всемирный Конгресс по проблеме инсульта в июне 2004 года обратили внимание мировой общественности на то, что инсульт представляет собой глобальную эпидемию, которая является угрозой жизни и здоровью населения всего мира.

С 1995 года в Петербурге более активно, чем в предшествующее десятилетие, проводятся мероприятия по модернизации инсультных служб. Вместе с Комитетом по здравоохранению активными участниками этого процесса стали неврологи СПбГМУ и ВМедА.

Началась (и продолжается) реализация программы Российско-Британского партнерства; значительное число врачей, медсестер, методистов ЛФК прошли обучение за рубежом, создана база для обучения персонала, город стал лидером в РФ по освоению некоторых технологий. Постановлением правительства СПб №798 от 10.07.2007 был определен «План мероприятий по совершенствованию экстренной медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения в Санкт-Петербурге на 2008-2010 годы».

К положительным сторонам Плана мероприятий следует отнести:

- охват всего города, а не отдельных районов;
- соблюдение принципов этапности и преемственности в ведении больных с ОИМ и ОНМК;

В РОССИИ 2,1 МЛН ЧЕЛОВЕК, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

По данным медстатистики, на конец 2008 года в России было зарегистрировано 2,1 млн человек, больных алкоголизмом

«На конец 2008 года в России было зарегистрировано 3,3 млн человек, имеющих психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ», - такие данные медицинской статистики на конференции «Актуальные вопросы наркологии» привела директор Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения **Ольга Кривонос**. Из них, по ее словам, 2,1 млн человек - больные алкоголизмом, 358120 - наркоманей, 15154 человека - токсикоманей.

Директор Департамента подчеркнула, что обсуждаемые на научно-практической конференции вопро-

- введение и распространение передовых медицинских технологий, таких как тромболитическая терапия, мультидисциплинарный подход, ранняя реабилитация, первичная и вторичная профилактика инсульта.

Недостатки Плана заключаются в следующем:

- не предусмотрено финансирование обучения мультидисциплинарных бригад для работы с больными, перенесшими острый инсульт;
- не предусмотрено финансирование закупки дорогостоящего препарата «Актилизе» для проведения тромболитической терапии;
- не предусмотрены изменения в штатном расписании.

Организационные и методические мероприятия по совершенствованию экстренной медицинской помощи больным с ОНМК

В 2009 году были подготовлены новые Рекомендации по организации помощи и скорой помощи больным с инсультами в СПб, стандарты по ведению больных с ОНМК в условиях амбулаторной помощи и в условиях стационара, была разработана и внедрена автоматизированная система контроля качества экстренной медицинской помощи при ОНМК и разработана примерная форма единого выписного эпикриза для больных с ОНМК для всех этапов стационарного лечения.

С точки зрения образования и обучения запланированы мероприятия на телевидении и радио, в печати, лекции и выпуск медицинских материалов. Несмотря на это, делается очень мало. Во-первых, не хватает финансирования, все запланированные мероприятия выполняются не в полном объеме. Необходимо интенсифицировать усилия всех специалистов в этой области.

В план мероприятий входит повышение медицинской грамотности населения в целях своевременного обращения за медицинской помощью

сы организации наркологической медицинской помощи населению, медико-социальной реабилитации наркологических больных, медицинской профилактики наркологических заболеваний чрезвычайно важны.

По ее словам, с учетом сложившейся ситуации, а также с учетом особенностей формирования наркологических заболеваний, их длительного скрытого течения, основным направлением борьбы с ними должна стать первичная профилактика.

«В настоящее время, сказала Ольга Кривонос, в сфере здравоохранения разработан комплексный подход к формированию здорового образа жизни, особенно в среде детей, подростков, молодежи». Данное направление, является новым и реализуется в рамках приоритетного националь-

при возникновении ОНМК.

Вотпопешени организации обучения медицинского персонала, участвующего в оказании помощи больным с ОНМК, в Петербурге традиционно делается много. Для образования неврологов поликлиники и стационаров, терапевтов поликлиник проводятся:

- школы: инсульт и ХНМК (Сев. Ривьера: 2008 и 2009 гг.; СПбГМУ: ф-т постдипломного обучения, каф. неврологии, ГКДЦ №1 - №3 в 2007 - 2009 гг., около 85 слушателей);
- круглогодичный семинар: с сентября 2008 ведется постоянный для всех заинтересованных врачей города, по актуальным вопросам неврологии в рамках Школы инсульта (каждая последняя среда месяца в ГМПБ №2);
- выездные семинары по оказанию экстренной помощи больным с ОНМК для врачей неотложной помощи Выборгского и Приморского районов (проведены в 2008 году).

В ВМедА проходит чтение цикла лекций, посвященных актуальным вопросам эпидемиологии, патогенеза, диагностики, современного лечения и реабилитации инсультов, для врачей отделений интенсивной терапии, реанимационных отделений, сосудистой неврологии и поликлиники (ГБ №37 «Николаевская», МСЧ№122, ГИОВ, ГБ№40 и др.).

Кроме того, ВМедА:

- участвует в рабочем совещании «по улучшению качества оказания помощи больным с инсультами» для представителей медицинской администрации, заведующих поликлиническими учреждениями; станциями неотложной помощи Калининского района (октябрь 2008);

- участвует с лекциями, посвященными последним достижениям в тромболитической и нейропротективной терапии в Школах неврологов на базе санатория «Северная Ривьера» в марте 2008 и марте 2009 годов;

ного проекта «Здоровье».

Она отметила, что одним из основных направлений по реализации указанных мероприятий является создание у граждан мотивации к личной ответственности за свое здоровье и мероприятия по просвещению и информированию населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем сочетается с мерами по содействию в прекращении их употребления.

Этот комплексный подход, как подчеркнула директор Департамента, включает в себя создание сети центров здоровья, кабинетов профилактики, а также кабинетов здорового ребенка во всех учреждениях здравоохранения в каждом российском регионе.

По информации Минздравоохранения

- проводит семинар по скрининговой ультразвуковой диагностике тромботических и стенозирующих поражений магистральных артерий головы, чтение лекции по злокачественному течению церебрального инфаркта при тромбозе средней мозговой артерии в рамках заседаний ассоциации неврологов Санкт-Петербурга (октябрь, ноябрь 2008);

- участвует с циклом лекций в мастер-классе по нейроанестезиологии и нейрореаниматологии и подготовке методических материалов в рамках «Поленовских чтений» в апреле 2009 года;

- проводит обучающие сертификационные циклы по актуальным вопросам неврологии, нейрофункциональной диагностики, ультразвуковой диагностики в неврологии для врачей города (по плану кафедры);

- с 1997 года начала систематическое преподавание ультразвуковой доплерографии в неврологии. С 1997 года на базе кафедры создан Санкт-Петербургский филиал ассоциации Российский Доплеровский Клуб.

План создания системы по оказанию экстренной специализированной медицинской помощи больным с ОНМК включает в себя следующие мероприятия:

- информирование населения о целях и задачах, а также ходе выполнения мероприятий настоящего Плана в средствах массовой информации и создание системы информации населения о первой помощи при ОИМ и ОНМК;
- организация научно-методического центра по ОНМК и ведение единого регистра больных с ОНМК в ГУЗ «Городская многопро-

фильная больница №2» с ведением постоянно действующего семинара по ОНМК. Этот вопрос, к сожалению, практически совсем не решается;

- организация обучения мультидисциплинарных бригад амбулаторных отделений восстановительного лечения при ОНМК;

- организация подготовки специалистов службы скорой помощи, оказывающих экстренную медицинскую помощь больным с ОНМК.

Планируется дооснащение больниц, включенных в систему оказания специализированной медицинской помощи больным с ОНМК в Петербурге, включающее в себя:

- модернизацию отделений функциональной диагностики ГМПБ №2, Мариинской больницы, Елизаветинской больницы, Александровской больницы, больниц №15 и №31;
- организацию круглосуточного неотложного лабораторного контроля для больных с ОНМК и приобретение специального лабораторного оборудования в больницах №2 и №15, Александровской больнице;
- оснащение отделений восстановительного лечения в больницах №40 и №23, МСЧ №18.

Эти мероприятия, конечно, не достаточно для такого города, как Петербург, но все-таки, они помогут несколько улучшить ситуацию с инсультами.

Некоторые результаты внедрения программы:

- Увеличение доли больных, поступающих в течение первых 6 часов от начала инсульта с 3.2% в 2001 году до 26.8% в 2002; после 6-ти, но до 24 часов от начала инсульта - с 14.1% в 2001 году до 39.2% в 2002 году. В 2006

ПАМЯТИ ТОВАРИЩА

2 июня трагически погиб главный врач Кожно-венерологического диспансера №8 Красногвардейского района - Александр Григорьевич Звёздочкин.

Ушёл из жизни удивительный человек - ИНТЕЛЛИГЕНТ с большой буквы.

Александр Григорьевич Звёздочкин был профессионалом высочайшего класса, сумевший ярко проявить себя во всех областях медицины - в практическом здравоохранении (много лет проработал ординатором в клинике кожных и венерических болезней СПб ГМА им. И.И.Мечникова), в науке (закончил аспирантуру и успешно защитил кандидатскую диссертацию в СПб ГМА им. И.И.Мечникова), в организации здравоохранения (был заведующим отделением клиники кожных и венерических болезней с 1987 по 1988 гг. и с 1994 года работал в должности главного врача КВД №8). Имел многочисленные благодарности, грамоты и премии за хорошую работу.

Воспитанность, образованность, интеллигентность, порядочность, бескорыстие и надёжность этого че-

ловека поражала. В наш материальный век, казалось, что таких людей уже нет. Крайне отзывчивый, открытый он умел искренне радоваться за других и всегда приходил на помощь в трудную минуту. Всем сердцем болел за дело, за людей, с которыми работал и общался, и, особенно, за свою семью.

Медицинская общественность Красногвардейского района, дерматовенерологи города, администрация Красногвардейского района и многочисленные пациенты глубоко скорбят. Эта потеря для всех нас - невосполнима.

Низкий Вам поклон, дорогой Александр Григорьевич за Вашу нелёгкую, но такую нужную всем нам прожитую жизнь, короткую, но - насыщенную! Нам Вас будет не хватать!

Приносим искренние соболезнования семье Александра Григорьевича.

Администрация и коллеги из Красногвардейского района

году в первые 3 часа поступало 2,4% больных, 6 часов – 44,9% !!!, 24 часа – 26,8%, позже – 25,9%.

- Практически полное отсутствие тяжелых осложнений - пролежней, застойной пневмонии, контрактур конечностей.

- Снижение затрат на медикаменты.

- Повышение самооценки среднего медицинского персонала.

- Снижение текучести кадров.

Существенные сдвиги произошли и в плане диагностических мероприятий. К примеру, в ГМПБ №2 в 2007 г. КТ головного мозга пациентам с ОНМК выполнялось в течение 3-х суток, в 2008 году - в течение первых суток (чаще всего – в течение первых 2-х часов) пребывания в стационаре.

Системная тромболитическая терапия (ТЛТ) при ишемическом инсульте пока проводится небольшому количеству больных, тем не менее, эта методика постепенно начинает развиваться и внедряться в практику. Так, в Петербурге в 2005 – 2009 г. в разных стационарах с использованием ТЛТ было пролечено следующее количество пациентов:

ВмедА	15
ГБ №2	8
Маринская больница	9
ГБ №40	3
Николаевская больница	2
442 ОКВГ	2
1 ВМГ	3
ГИОВ	1
МАПО	4
Всего	47

С ноября 2008 г. по май 2009 г. в ГМПБ №2 ТЛТ была проведена в 5-ти случаях у больных, доставленных службой скорой помощи.

Согласно общей сводке по инсультам в стационарах города, нарастающим темпом растет летальность с 17,4% в 2006 году до 22,2% в 2008 году. Такие данные анализировать сложно, поскольку в Петербурге отсутствует хороший больничный регистр.

Очень остро стоит проблема обучения персонала. В нашем городе недостаточно специально подготовленных методистов ЛФК, работающих в острых и реабилитационных отделениях. По-прежнему логопеды отделений острого инсульта не проводят специального обучения по оценке и восстановлению глотания и по особенностям питания больных после инсульта. Необходимо ввести обязательное обучение таких логопе-

дов по проблеме дисфагии.

Проблемы отделений острого инсульта в Санкт-Петербурге

Ежедневно в большие ангионеврологические отделения поступает от 7 до 15 больных с ОНМК. В ряде больниц от 15 до 40% больных поступают на «непрофильные» койки, где и лечатся в течение 48 часов и более, что не может не ухудшать исходы инсультов (как летальность, так и восстановление функций). Таким образом, намечается тревожная тенденция увеличения летальности от инсульта в крупных отделениях города, хотя анализ затруднен из-за отсутствия госпитального и популяционной регистров.

Ежедневное поступление в крупные ангионеврологические отделения большого количества больных приводит к нехватке коек на отделениях и нехватке персонала (медсестер, специалистов ЛФК). Возможные действия в данной ситуации? К примеру, можно сократить койко-день, но, это приведет к тому, что отделения вынуждены будут резко интенсифицировать свою работу и нагрузка на персонал еще больше возрастет. Как следствие, будет увеличиваться количество госпитализированных больных с другими диагнозами (не инсультами). Поэтому сокращение койко-дня – это не выход. Можно увеличить число острых коек. Конечно, некоторое их увеличение требуется, но это очень дорогостоящее мероприятие и без конца этим заниматься невозможно.

Возможны действия

Это создание:

- реабилитационных коек в больнице;
- реабилитационных коек в городе;
- коек сестринского ухода;
- ТИА-клиник (амбулаторных клиник).

Городу нужны острые и реабилитационные койки - требуется прямой перевод больных из одних отделений в другие, возможность более раннего перевода пациентов, не достигших самообслуживания и даже самостоятельного передвижения. Поэтому необходимо побуждать реабилитационные стационары менять свои условия так, чтобы они могли брать несколько более тяжелых больных, по сравнению с теми, которые туда поступают сейчас. Наконец, для так называемых тяжелых «неперспективных» требуются возможности

своевременного перевода, инсультные койки в небольших неврологических отделениях, где такие больные могут находиться на долечивании. Эти вопросы очевидны, они давно ставятся и также давно не решаются.

Число больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА), которые госпитализируются в отделения острого инсульта, составляет 5-12%, койко-день значительно превышает 2-3 суток, хотя проблемы этих больных могут быть решены за 1-2 дня – далее они могут направляться на амбулаторное лечение. Организация специальных ТИА-клиник при крупных больницах могла бы уменьшить дефицит острых коек. Малые инсульты, ТИА и вестибулопатии в структуре ОНМК стационаров занимают значительное место. В 2007-2008 гг. они составляли 26%. Большая часть таких пациентов может получать помощь в амбулаторных условиях или совсем незначительное время в стационаре, с дальнейшей передачей этих больных в амбулаторную службу. Данную систему необходимо развивать, она поможет улучшить условия острой инсультной службы.

Поликлиническая помощь больным с ТИА и малыми инсультами на сегодняшний день в Петербурге неэффективна. Эту помощь можно организовать в специализированных ангионеврологических центрах, к примеру, в ГКДЦ №1, где имеется крупный отдел профилактики и лечения ИМК. Однако сегодня работа АНЦ превратилась по большей части в социальную помощь поликлиникам (туда направляются пациенты для проведения МСЭК, пациенты с головными болями, головокружениями, функциональными расстройствами нервной системы и т.д.). Работа такого отдела на сегодня требует существенной реорганизации с помощью Комитета по здравоохранению. АНЦ представляет собой уникальную структуру, где имеется хорошо подготовленный персонал. Потенциал этого отдела достаточно велик для дальнейшей реорганизации реабилитационной службы и службы вторичной профилактики в городе. Через ГКДЦ №1 может проходить около 9 тыс. первичных пациентов в год. Центр имеет возможность обследования для уточнения причин инсульта и ХНМК, индивидуального применения мето-

дов профилактики инсульта.

Таким образом, в отделе неврологии ГКДЦ №1 («ангионеврологическом центре») должны проходить обследование, лечение, наблюдение и количественную оценку результатов лечения подгруппы пациентов с высоким риском инсульта:

- все пациенты, перенесшие реконструктивные операции или ангиопластику на брахиоцефальных артериях;
- пациенты после тромболитической терапии;
- пациенты с неинвалидирующими инсультами, особенно трудоспособного возраста;
- пациенты с ТИА.

Специалисты должны четко понимать, что реабилитация больных после инсульта является необходимым условием для улучшения его исходов. Это создает условия для эффективной вторичной профилактики. Кроме того, стационарная реабилитация является дренажной системой для отделений острого инсульта.

Нуждаемость пациентов после инсульта в реабилитации очень велика:

- ранняя отсроченная реабилитация в стационарных условиях – 40,0% пациентов, перенесших инсульт;
- поздняя отсроченная реабилитация в стационарных условиях – 12,0%;
- реабилитация в амбулаторных условиях – 24,0%;
- реабилитации в домашних условиях – 20%;

Реабилитационная помощь в стационаре – что можно сделать? Необходимо увеличить количество реабилитационных коек для больных, перенесших ОНМК:

- дополнительно развернуть реабилитационные койки в стационарах скорой помощи для более быстрого

перевода больных с ОНМК на реабилитационную койку и освобождения острых коек;

- увеличить количество коек для отсроченной реабилитации больных после инсульта за счет перепрофилизации коечного фонда маломощных стационаров города.

Рассчитано необходимое количество коечного фонда в Санкт-Петербурге для проведения стационарной реабилитации пациентов после инсульта. Число таких коек составляет 1690. Необходимое количество амбулаторных центров и МДБ в городе для проведения амбулаторной и/или домашней реабилитации пациентов после инсульта составляет 17 и 41 соответственно.

Инсульт – проблема современной медицины, которая всегда будет требовать стационарной помощи. Поэтому койки для острого инсульта и реабилитации будут постоянно востребованы в стационарах мегаполиса. Необходима дальнейшая перепрофилизация коек в стационарах с увеличением числа острых и особенно реабилитационных инсультных коек. Помощь больному с инсультом – это тяжелая работа, требующая высокой квалификации всего медицинского персонала. Необходимы финансовые и профессиональные стимулы, которые привлекали бы медиков к этой работе.

По материалам Всероссийской конференции «Скорая медицинская помощь – 2009»

В.А. Сорокоуов (СПбГМУ) К.В. Голиков (ГМПБ №2)

Подготовила Елена ИГНАТЬЕВА

Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы в целях повышения качества медицинской помощи и активного вовлечения всех врачей в работу по улучшению КМП пациентам издала «Настольную книгу врача Елизаветинской больницы».



В связи с многочисленными обращениями о возможности приобретения книги выпущен дополнительный тираж для реализации ЛПУ города.

Книга содержит стандарты медицинской помощи в больнице по следующим профилям: хирургия, нейрохирургия, отоларингология, гинекология, урология, травматология-ортопедия, кардиология, неврология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, а также протоколы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком, протоколы оказания медицинской помощи пациентам с непрофильной терапевтической патологией.

Кроме того, в книгу вошли приказы и распоряжения Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главного врача больницы. Включены должностные инструкции врача и заведующего отделением, инструкции по ведению медицинской карты, алгоритмы выявления различных заболеваний, телефонный справочник сотрудников крупнейшего на севере Петербурга стационара экстренной медицинской помощи.

В книге отражен опыт организации системы управления качеством медицинской помощи в крупном многопрофильном стационаре.

По вопросам приобретения книги можно обращаться по тел.: 555-1505, 555-6688. Цена книги – 980 рублей (за наличный или безналичный расчет).

28-29 мая в Петербурге состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Скорая медицинская помощь-2009».

Организаторами мероприятия выступили: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, РАМН, Северо-Западное отделение РАМН, Межведомственный совет РАМН по скорой медицинской помощи, Российское медицинское общество, Комитет по здравоохранению Петербурга, СПб НИИ скорой помощи им. проф. И.И.Джанелидзе, Московский НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН, СПбМАПО.

На конференции в рамках программы обсуждались следующие вопросы и проблемы:

- Вопросы реформирования скорой медицинской помощи в рамках концепции долгосрочной программы экономического развития России «20/20».
- Новые технологии оказания скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме и це-

ребральном инсульте.

- Совершенствование организации скорой медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и церебральным инсультом.
- Новые технологии оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах пострадавшим в результате ДТП.
- Совершенствование организации медицинской помощи лицам, пострадавшим в результате ДТП в городах и на федеральных автомобильных дорогах: состояние и перспективы развития.
- Новые технологии оказания неотложной медицинской помощи больным с онкологической патологией и совершенствование организации неотложной медицинской помощи этим пациентам.
- Кадровое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми

заболеваниями и пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий.

- Оснащение многопрофильных стационаров, призванных оказывать гостеприимную помощь больным с неотложной онкологической патологией, острым коронарным синдромом, церебральным инсультом, пострадавшим в ДТП.
- Опыт положительного внедрения региональных целевых Программ в регионах.
- Опыт внедрения организационных и лечебных технологий оказания скорой медицинской помощи в зарубежных странах.

В работе научной конференции приняло участие более 300 научных сотрудников и врачей из России, стран ближнего и дальнего зарубежья.

В период проведения научной конференции проходила выставка современных образцов медицинского оборудования и лекарственных препаратов.

ВИЧ ПЕРЕСТАЛ БЫТЬ СОЦИАЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ежегодно в Петербурге количество ВИЧ-инфицированных увеличивается на 4 тыс. человек.

17 мая весь мир вспоминал жертв СПИДа. В России День памяти отмечается с 1992 года. Этот день призван привлечь внимание общественности к социальным и экономическим проблемам, связанным со смертельной болезнью. К большому сожалению, Петербург относится к числу трех территорий России, где отмечен самый высокий показатель зараженности ВИЧ-инфекцией. Сегодня ВИЧ перестал быть социальной болезнью. Теперь эта болезнь передается не только среди лиц группы риска. Около 35-40% новых случаев инфицирования регистрируется именно среди благополучных людей.

По оценкам экспертов, реальное количество заболевших составляет порядка 100 тыс. человек. О распространении и лечении ВИЧ-инфекции говорили в ходе пресс-конференции "СПИД в городе. Состояние проблемы", организованной АБН.

В Петербурге зарегистрировано более 33 тыс. ВИЧ-инфицированных. После 2002 года идет ежегодный прирост вновь выявленных случаев ВИЧ до 4 тыс. человек. Из этого следует,

что за эпидемией мы не успеваем. Возможности медицины ограничены. На текущий момент еще не получена ни одна эффективная вакцина. Даже если вакцина будет получена скоро, потребуются годы на ее производство и вакцинирование населения. Многие ошибочно думают, что ВИЧ является проблемой кого-то другого, и это не коснется их и их близких. Эта точка зрения доминирует во всех слоях общества, даже среди медиков.

"Это самая настоящая эпидемия. По мере увеличения количества обследований, число выявленных ВИЧ-инфицированных будет только увеличиваться", - считает руководитель Центра СПИД, академик РАН **Николай Беляков**. Он отметил, что на сегодняшний день проблема СПИДа уже "вышла" за рамки неблагополучных групп населения, таких как, например, наркоманы. "Заразиться может любой человек, - уверен Н. Беляков, - многие ошибочно полагают, что ВИЧ является проблемой кого-то другого, и это не коснется ни их самих, ни близких. Однако болезнь уже проникла и в социально благополучные слои населения".

По словам заместителя главного врача Центра по лечебной работе

Елены Степановой, от инфицирования вирусом до проявления первых клинических симптомов проходит от 2-х до 5-ти и более лет. Вирус "бьет" по иммунной системе, вызывая сопутствующие заболевания.

"Это мировая пандемия", констатировала главный инфекционист Комитета по здравоохранению Петербурга, профессор Аза Рахманова. Она отметила, что сейчас в мире 40 млн ВИЧ-инфицированных. Каждый год выявляется еще 5 млн новых случаев. При этом эксперт отмечает, что в последние годы в обществе возникла некая психологическая усталость от проблемы СПИДа: о ней стали меньше говорить.

Эффективная вакцина на данный момент так и не получена. Однако, по словам **Азы Рахмановой**, медики уже разработали активную противовирусную терапию, которая позволяет вернуть больного к полноценной жизни. "Это пожизненная терапия, которая позволила резко снизить смертность, повысить качество жизни больных. И это серьезный прорыв в медицине. Се-

годня существуют группы лекарств для всех трех ферментов вируса, которые позволяют проводить эффективное лечение. Например, в случае выявления у беременной женщины вируса, своевременное лечение позволяет родить ей здорового ребенка", пояснила А. Рахманова. По ее данным, в Петербурге количество случаев передачи ВИЧ от матери новорожденному составляет 7%, в России - 10%. Для сравнения в Германии этот показатель менее 1%.

По словам заместителя главного врача Центра по амбулаторно-поликлинической помощи, кандидата медицинских наук **Вадима Рассохина**, в мире существует более 26 препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, и в России сегодня те же возможности, что и на Западе. Лечение для больных полностью бесплатное.

В настоящее время в России работает 67 центров по лечению ВИЧ. В Петербурге - единственный центр, который имеет в своем составе стационар. В нем оказывается паллиативная

помощь больным СПИД.

Медики отвечают, что важное значение в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции имеет профилактика. Расходы на нее несравнимо меньше стоимости лечения, которое составляет порядка 200-300 тыс. рублей в год на больного. Как пояснила заместитель главного врача Центра по организационно-методической работе **Галина Волкова**, обследование на СПИД в России добровольное. Помимо нескольких групп, для которых оно обязательно - доноры, реципиенты органов, беременные женщины, заключенные.

Эксперты отметили, что на сегодняшний день борьба со СПИДом - это медико-социальная проблема. В российском обществе существует СПИД-фобия, предрасположение к больным, поэтому их не лечат в обычных стационарах, им сложно жить среди здоровых людей. "На Западе это давно пройденный этап", считают они.

По информации АБН

В ПРОДОЛЖЕНИЕ ТЕМЫ...

21 мая в Смольном состоялась рабочая встреча вице-губернатора Петербурга Людмилы Косткиной и управляющего по инвестициям в странах Восточной Европы и Азии Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией **Николаем Канто**.

Глобальный фонд - это уникальное глобальное частно-государственное партнерство, созданное для привлечения и распределения дополнительных ресурсов в целях профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии. Это партнерство между правительствами, гражданским обществом, частным сектором представляет собой инновационный подход к международному финансированию здравоохранения.

Начиная с 1 января 2009 года Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией стал в административном отношении независимой организацией, и действие его соглашения об административных услугах с ВОЗ было прекращено. Прекращение действия этого соглашения означает, что Глобальный фонд самостоятельно управляет своими административными службами (людские ресурсы, финансы, администрация, снабжение и информационные технологии). Начиная с 1 января 2009 года, Глобальный фонд может также

применять исключительно собственную корпоративную политику и управлять собственными данными, системами и административными процессами.

В связи с этим нашему городу предложено продолжить сотрудничество с Глобальным фондом в рамках программы «Туберкулез» и сформировать заявку на дополнительное привлечение финансовых средств Глобального фонда на 2009 год в сумме 30 млн долларов в расчете на весь Северо-Запад.

Вице-губернатор Людмила Косткина дала поручение Комитету по здравоохранению совместно с федеральным НИИ фтизиопульмонологии продолжить работу над заявкой в секретариат Глобального фонда, который управляет портфолио грантов, включая техническую оценку заявок, выдачу указаний о выделении средств для получателей грантов и осуществление финансирования грантов на основе результатов освоения средств. Как считает вице-губернатор, в первую очередь, в заявку должны войти профилактические мероприятия с лицами-БОМЖ и мигрантами, наркозависимыми и ВИЧ-инфицированными. В том числе, приобретение высокотехнологичного оборудования, позволяющего проводить диагностику туберкулеза на молекулярном уровне, а также социальное сопровождение больного.

18-20 июня состоится Международный конгресс «Актуальные направления современной кардио-торакальной хирургии».

Основные направления научной программы конгресса:

- Современные тенденции хирургического лечения аневризмы аорты.
- Симултантные операции на органах грудной клетки, в т.ч. при раке. Состояние проблемы и перспективы.
- Диагностика и хирургическое лечение патологии сосудов малого круга кровообращения (хроническая постэмболическая легочная гипертензия, стенозы легочных вен, артериовенозные мальформации).
- Перспективы развития региональных программ трансплантации сердца и легких.
- Видеоторакоскопия в современной кардио-торакальной хирургии.
- Стадирование рака легкого. Принципы и новации.
- Проблемы послеоперационных хирургических инфекций в кардио-торакальной хирургии.
- Травма груди.

Тел./ф.: 293-9910, 740-7462.

E-mail: amc@amorg.ru; amc@amcorg.ru

www.amcorg.ru

ЕДИНСТВЕННЫЙ ЕЖЕГОДНЫЙ ТЕЛЕФОННЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПРАВОЧНИК

Медицинская ассоциация Санкт-Петербурга, учредитель медицинских справочников "Медицина Петербурга" и "Медицина Северо-Запада" готовит к выпуску

ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК
"МЕДИЦИНА СЕВЕРО-ЗАПАДА"
Выходит в июне 2009 года 6-е издание

Тираж - 5000 экз., полноцветная обложка, формат А4, объем - около 420 стр.

СОДЕРЖАНИЕ:

БАЗА ДАННЫХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:

- ✓ органы управления здравоохранением
- ✓ главные специалисты Комитета по здравоохранению
- ✓ медицинское страхование
- ✓ образовательные и научные учреждения
- ✓ все медицинские учреждения, включая ведомственные и негосударственные
- ✓ аптеки (ГУП, по алфавиту, по номерам, аптеки при ЛПУ)
- ✓ стоматология
- ✓ представительства
- ✓ фармацевтические компании
- ✓ медицинская техника
- ✓ расходные материалы
- ✓ изделия медицинского назначения
- ✓ БАД, лечебное питание
- ✓ дезинфекция, дезинсекция
- ✓ медицинская мебель

БАЗА ДАННЫХ СЕВЕРО-ЗАПАДА:

- ✓ Архангельская область
- ✓ Вологодская область
- ✓ Калининградская область
- ✓ Ленинградская область
- ✓ Мурманская область
- ✓ Новгородская область
- ✓ Псковская область
- ✓ Республика Карелия
- ✓ Республика Коми

10% скидка постоянным рекламодателям

E-mail: medpet@mail.ru

medpet@pochta.ru

тел./факс (812) 555-0650, 555-6119

Редакционная коллегия:

председатель
Ю.Н. Коржаев,
главный редактор
М.А. Тайц,
помощник главного редактора
Т.А. Сухоцкая,
литературный редактор, корректор
В.Ю. Захарова

Контактный телефон
555-0650

Учредитель и издатель газеты
Медицинская ассоциация
Санкт-Петербурга

Газета зарегистрирована
Северо-Западным региональным
управлением Государственного
комитета по печати,
регистрационный номер
П0727 от 06.11.97.
Тираж контролируется
Северо-Западным РУ ГК
по печати и соответствует
действительности.

Мнение авторов не всегда
совпадает с мнением редакции.

Мы не имеем возможности
возвращать и рецензировать
рукописи.
При перепечатке или ином
использовании материалов ссылка
на газету обязательна.

За содержание рекламы
и объявлений ответственность
несет рекламодатель.

Адрес редакции:
195257, Санкт-Петербург,
ул. Вавиловых, 14.
E-mail: medpet@mail.ru

Подписано в печать: 10.06.2009
Дата выхода: 11.06.2009

Отпечатано
в ООО "Типографский комплекс
«Девиз»"
199178, СПб, В.О., 17-я линия,
д.60, лит. А, ком. 4Н.
Тел. 303-9495
Заказ № ТД-0001836
Тираж 2600 экз.
Цена свободная

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ
МЕДТЕХНИКА 190013, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Рузовская, дом 18

Аккредитованная испытательная лаборатория электромедицинской техники
Санкт-Петербургского государственного унитарного
производственно-торгового предприятия "Медтехника"

Свидетельство о регистрации ЭЛ рег. № 14-96/ЭЛ - 07 со сроком действия до 20 августа 2010г,
выданное МТУ Ростехнадзора по СЗФО

Аттестат аккредитации № РОСС RU.0001.22МЛ41 действителен до 06.02.2010г.

Проводит следующие виды испытаний и измерений:

Электротехнические измерения
Аттестация медицинских сосудов

Измерения в операционных блоках согласно требованиям РТМ 42-2-4-80

Испытания на постоянство параметров аппаратов для рентгеновской
компьютерной томографии по ГОСТ Р МЭК 61223-2-6-2001

Профилактические замеры в рентгенкабинетах в соответствии
с требованиями СанПиН 2.6.1.1192-03

Тел./факс: (812) 316-6210, 600-7552 (доб. 238, 275)
www.medtehnika.spb.ru e-mail: lab@medtehnika.spb.ru