

ИЗДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

В УПРАВЛЕНИИ МЕЛОЧЕЙ НЕ БЫВАЕТ

СТР.2-3...

В НОМЕНКЛАТУРУ ДОБАВИЛИ НОВЫЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

СТР.3...

ОТПУСКА ЗА НЕНОРМИРОВАННЫЙ РАБОЧИЙ ДЕНЬ...

СТР.8...



**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



КОРВЕЙ Новинка!

Мочевые анализаторы UriLit

Гематологические анализаторы HemaLit

Биохимические анализаторы BioLit

ООО «Корвей» 197046 Санкт-Петербург Петровская наб., дом 4
тел./факс (812) 703-43-49, 380-92-03, 230-29-77
www.corway.ru info@corway.ru

Ленинградская кинофабрика

ЦЕНТР ТЕХНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕМОНТА

- все виды ремонта и обслуживания мед. аппаратуры;
- сбор и переработка серебросодержащих кинофоторентгенматериалов;
- проверка контрольно эксплуатационных параметров всех видов рентгеновской техники, в т. ч. КТ; дозиметрический контроль;
- все виды электротехнических измерений и электромонтажных работ;
- освидетельствование сосудов под давлением.

НАШ АДРЕС: 195197, Калининский район, Минеральная ул., 13, литер Ч

kmofabrika@narod.ru т/ф 321-6307
www.lenkinofabrika.ru т/ф 321-6308

ТЕМА НОМЕРА

ЧТО ДЕЛАТЬ ЛПУ В ПЕРИОД КРИЗИСА

СОВЕТЫ БЫВАЛОГО

19-22 июня в Петербурге проходила научно-практическая конференция «Антикризисный менеджмент в медицинском учреждении», организованная НП «Единая медицина» и Координационным центром по СЗФО - Клинической больницей №122 им. Л.Г.Соколова ФМБА РФ. Первая часть конференции состоялась в больнице. Её главный врач Яков Александрович Накатис пообещал участникам конференции, что он и его сотрудники раскроют для них все секреты успеха медицинского учреждения, известного как ЦМСЧ №122. Он любезно позволил «МП» рассказать о докладах, сделанных на конференции, тем, кто по той или иной причине не смог поучаствовать в мероприятии. В этом номере мы предлагаем вашему вниманию выступление Я.А.Накатиса.

Открывая конференцию, Я.А.Накатис признался, что был удивлен, что люди во время системного кризиса думают о своем здоровье даже больше, чем в обычное время. Неожиданно они поняли, что главное богатство – здоровье, поэтому пока, по его словам, доход в его клинике есть, но по структуре он отличается, к примеру, от прошлого года. Так, 32% дохода, полученного от ДМС, упали до 19%, а доход от личных средств вырос с 34% до 43,5%, но это – разовый «принос», и трудно представить, что будет, если деньги у людей закончатся. Пока же за 5 месяцев доходная часть выросла на 28% (и только на 12% за счет наличных средств), но в то же время расходная часть увеличилась на 29,9%.

Главный врач выразил сожаление, что теперь все заработанные деньги клиника должна сдавать в казначейство и все остатки по счетам стали беспроцентными. Ещё недавно у клиники был счет в коммерческом банке с существенным процентом, который позволял сделать многое, но и тот пришлось закрыть.

Главный врач ЦМСЧ №122 рассказал, каким, на его взгляд, должно быть ведение предпринимательской деятельности в государственном учреждении здравоохранения, в том числе и в условиях кризиса.

«Невозможно сегодня существовать на подаяние государства, зависеть от него, уверен г-н Накатис, все законы на стороне производителя медицинских услуг, нам никто не запрещает заниматься внебюджетной деятельностью. Это дает возможность любому (при желании) зарабатывать оказанием услуг как за счет личных средств граждан, так и за безналичные, которые тоже являются средствами граждан, но «погруженными» в ДМС.

В свое время в поисках успеха, рассказал Яков Александрович, мы

нашли уникальные средства. В-первых, это **планирование**. Оказывается, пятилетки не являются советским нововведением, это мировая практика, которая вся упирается в долгосрочное и краткосрочное планирование. Без планирования жить нельзя.

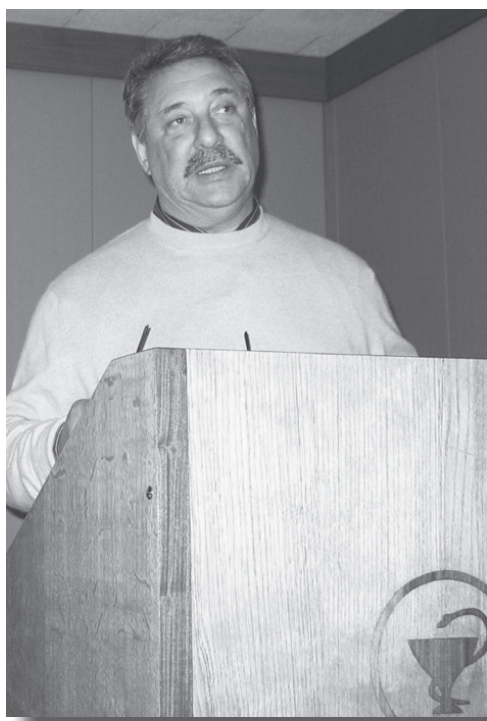
В 1999 г. **В.В.Титов**, являющийся ныне вице-президентом Ассоциации банков Северо-Запада, составил для нас первый стратегический план, который положил начало нашему успешному развитию. Мы его стали придерживаться, а затем начали дробить – делать на каждый месяц. Сегодня до 20 числа каждого месяца главный бухгалтер формирует финансовый план на следующий месяц и делает анализ выполнения плана за предыдущий месяц.

Отсюда следует, что в медицинском учреждении обязательно должны быть грамотные **финансист и экономист**, умеющие управлять финансовыми потоками.

Ключевая позиция руководства учреждения формируется под влиянием личной убежденности и внешних факторов, таких как общеполитическая обстановка в стране; законодательная база (наличие в ЛПУ грамотного юриста обязательно), позиция руководства субъекта Федерации и органа управления здравоохранением (в отношении этого пункта ЦМСЧ находится в выигрыше – это клиника федеральная, и городские законы, касающиеся здравоохранения, носят рекомендательный характер), формирование рынка платных медицинских услуг; внебюджетная деятельность, которую неправильно называют платными услугами.

Одна из задач руководителя – формирование коллектива энергичных единомышленников. Для успешной работы клиники руководителю, каким бы авторитарным он ни был, какое

бы образование ни имел, необходимо иметь действенную и сильную команду, считает А.Я.Накатис, – крайне важен подбор персонала на ключевые позиции. Например, клиника долго ис-



кала (и нашла) человека на должность начмеда, исходя из того, что начмед клинической больницы прежде всего должен быть талантливым организатором, владеющим экономикой и умеющим дисциплинировать медицинских работников.

– Роль руководителя я считаю настолько важной, сказал Я.А.Накатис, что даже создал положение о **фонде руководителя**, куда забираю 7% от всей доходной части. Эти деньги самолично распределяю между 74-ю руководителями. Из этого фонда за-

ведующие получают ежемесячно до 50% дополнительной внебюджетной заработной платы. И мое решение не обсуждается. Если, по моему мнению, руководитель что-то сделал не так, и я лишил его денег из фонда, объяснять, почему это сделал, не стану. Пусть думает. Конечно, порой мне трудно это делать, но я себя пересиливаю.

В то же время я должен выдать кредит доверия каждому руководителю, не давить на него, поскольку это может привести к краху. Руководители подразделений должны быть очень сильными и должны обладать корпоративной этикой – не тянуть одеяло на себя.

Через мнение руководителей необходимо формировать **мнение трудового коллектива**, несмотря на то, что в клинике ключевая фигура врач – именно на него идут пациенты. В то же время качество медицинской услуги зависит и от медсестры, и от парамедицинских структур,

следовательно, ключевой фигурой является любой работающий. Поэтому мнение сотрудников очень важно.

Особенно важно формировать мнение коллектива в отношении распределения денег. Однажды в клинике «взбунтовались» сестры-анестезисты, говоря, что они перерабатывают, а заработная плата не соответствует трудозатратам. Я собрал их, дал возможность высказаться, а потом предложил убрать вакантные ставки, то есть принять на работу семь сотрудников. – Тогда вы не будете перерабатывать, – сказал я. Конечно, они не захотели подобного решения вопроса.

Но с экономической и финансовой службами, которые мне дают расклад по зарплате, мы постоянно проверяем, чтобы в зарплате не было перекосов, поскольку «вылезти» за шкалу зарплаты себе позволить не можем, чтобы никого не обидеть и не спровоцировать недовольство обделенных.

Конечно, с коллективом работать трудно, но надо уметь преодолеть себя, посещать регулярно все свои коллективы, выслушивать претензии. Каждый сотрудник должен пообщаться с тобой лично, причем быть с тобой откровенным.

Мы вернулись к старой социалистической системе внутреннего хозрасчета, а **бригадный подряд** был у нас всегда. Раньше, правда, мы на 80% работали на плановую госпитализацию, а сегодня осуществляем до 40% экстренной, но всегда нам нужно было так строить работу, чтобы летом коллектив не оказался в простое. Все 1600 наших сотрудников должны иметь отпуск летом. Бригадный подряд позволяет сделать это без перерасхода заработной платы. У каждого должна быть внутренняя убежденность, что он работает на команду, а следовательно – на самого себя, и чем больше будет зарабатывать команда, тем больше заработает и он.

Важное внимание нужно уделять построению системы формальных

и неформальных **коммуникаций в коллективе**. Мы подкрепляем их материальными благами. Так, за каждого пациента по внебюджету, которого привел любой сотрудник, ему начисляются дилерские от 3 до 7%. Из суммы, внесенной пациентом, высчитываются только расходные материалы и лекарства, а на оставшуюся начисляются проценты. Сегодня дилерских выплачивается до 400 тыс. руб. ежемесячно.

Благодаря государству мы можем оказывать сотрудникам социальную поддержку. Все наши работники лечатся у нас бесплатно, как сотрудники Министерства атомной промышленности, а с прошлой осени и все члены их семей – муж (жена) и дети до 21 года. А если вдруг какого-то профиля у нас нет, и сотрудник затратил деньги на стороне, то при предъявлении финансового документа мы ему эти деньги частично или полностью (в зависимости от его социального положения) возмещаем. Мы также берем расходы на себя и при оплате ритуальных услуг. Осталась ещё и поддержка из далекого прошлого – беспроцентный кредит на срок до 1-го года.

Комплексный подход к решению проблем организации предпринимательской деятельности в медицинском учреждении, по мнению Я.А.Накатиса, требует учитывать **нормативно-правовую базу**. К ней относятся федеральное и региональное законодательство, документы Минздрава, развития РФ и самого учреждения, а также организационно-правовая форма и структура учреждения.

– По одному из пунктов **положения** нашего учреждения, – сказал главный врач, оно должно иметь законодательную внутреннюю базу – так называемый **экономический совет**, являющийся инструментом, который не дает тебе возможность принимать ошибочные решения. Даже если ты диктатор и имеешь возможность провести свое решение через экономический совет, этот совет может остудить твой пыл и приостановить твои действия.

Другой пункт касается **распределения** дополнительной, т.е. внебюджетной зарплаты.

Положение у нас существовало на протяжении многих лет, в течение которых мы, хоть и спотыкаясь, ползли к вершине, но здесь необходимо некое ухищрение, которое я настоятельно рекомендую всем руководителям. Оно проработано юристами, один из которых работает лично со мной, а второй – с клиникой. Они подсказали, что **положение не должно быть постоянным**. Нужно всегда обозначать его словом «временное», а в самом положении должен быть пункт, предусматривающий его же ликвидацию в течение, к примеру, 24 часов. В нынешнем положении мы не учли расходной части бюджета – процент вознаграждения начисляется только на доходную часть. Мы не учитываем расходную часть, которая в наше время увеличивается быстрее, чем доходная. Остановить этот процесс очень трудно. Мы решили, что должна быть комиссия, которая ежеквартально будет просчитывать расходную часть по лекарственному обеспечению, расходным материалам, даже затратам на вывоз мусора и т.д. Кроме того, мы

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; Тираж 999 экземпляров; 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, внутримышечное, внутривенное, внутримышечное (капельное), подкожное, внутримышечное введение).
Алгоритмы манипуляций (промывание желудка, постановка очистительной, сифонной, масляной 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 мокроты 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; алгоритм действия мед.сотрудника в случае травмы или аварии с кровью или другими биоматериалами. Формы журналов учета.

Издание рекомендовано для медицинских сестер учреждений здравоохранения разн. форм собственности, преподавателей и студентов медицинских колледжей и училищ.
Справочник согласован с главным эпидемиологом Санкт-Петербурга

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.

СПРАВОЧНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Библиотека
Медицинской Ассоциации Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург, 2003

решили в срочном порядке остановить рост заработной платы. Меньше мы зарабатывать, конечно, не будем, потому что у нас все накатано и мы пойдем вперед - что бы ни случилось. Так вот, существующее положение придется менять, и у нас есть для этого законные основания.

Мы проводим в жизнь философию **работы в круглосуточном режиме**. Диагностики, например, управляют оборудованием миллионной стоимости. Один МРТ стоит 265 млн руб. И наша задача - эти деньги, вне зависимости от того, откуда они пришли, возратить, причем в собственную "тумбочку", чтобы они на нас начали работать. Физический износ оборудования должен быть намного раньше морального, поэтому оно обязано работать круглосуточно. Сегодня вся техника работает у нас так. И, кстати, параллельно с принятием решения о покупке техники нужно принимать решение о том, как она будет работать, чтобы был положительный экономический эффект.

Необходимо проведение **внутреннего и внешнего аудита учреждения**. Вопросы качества стоят на первом месте. Как бы ни продавалась медицинская услуга, дешево или дорого, она должна быть качественной. Если она оказана не качественно, пациент не придет к нам больше, как бы мы его ни заманивали.

Мы создали внутренний аудит в виде отдела качества и достигли апогея - если мировая практика показывает до 5-7% случаев, в которых СМК накладывают штраф на производителя медицинских услуг, то у нас штрафных санкций всего 0,26%. СК нас не очень любят, т.к. штрафовать нас не за что. Хотя и сложности бывают, ведь не все пациенты выздоравливают. Но нужно было сломать самих себя и решить этот вопрос кардинально. Завершаем этот процесс созданием **электронной истории болезни**. Она будет построена так, что пока врач не закроет все ячейки, или сделает что-то неправильно, лист не закроется. Это жесткая система, но она необходима. К тому же сразу идет экономический учет. Сегодня мы проверяем это на ангиологической службе. Так вот, за 3,5 месяца она "съела" расходников на 20 млн руб. И это - бюджетные больные, городская квота,

личные средства граждан, ОМС, ДМС и т.д. Представляете, какой строжайший должен быть учет?! Причем, каждый рубль нужно положить в свою ячейку.

Что ещё подсказала жизнь? Руководителю учреждения необходим личный эксперт, личный консультант. Если я ответствен за 100 млн руб. оборота в месяц (в прошлом году консолидированный бюджет клиники составил 1 млрд 80 млн), то я как непрофильный специалист физически не могу управлять этими деньгами в плане крупных инвестиционных или закупочных проектов. Поэтому желательно найти доверительное лицо, не состоящее в штате клиники, которое будет создавать проекты с проработкой или прорабатывать уже созданные. Все покупки стоимостью больше 1 млн руб. должны экономически прорабатываться - нужно просчитать, выгодно их делать или нет. Конечно, наша клиника находится в несколько обособленном положении, т.к. в общем бюджете государственная часть не больше 25%. Остальные 75% мы зарабатываем, и, естественно, можем сами распределять. Но в эти 75% заложены и дополнительная зарплата, и коммунальные услуги, хозяйственное содержание, и это тоже нужно распределять, одновременно планируя, что жизненно важно можно купить. Скажем, за последние 2 года мы закупили наркозно-дыхательную аппаратуру. Каждый из 14 аппаратов стоит от 1 млн 100 тыс. до 1 млн 900 тыс., но это дало нам возможность, не останавливаясь ни на минуту, создать мощную реанимационную службу. В то же время мы не могли бы вложить в наркозно-дыхательный аппарат 1 млн одним ударом. Мы поступаем следующим образом - покупаем сразу 3-4, но по очень серьезной схеме, которая необходима во многом потому, что мы - бюджетное учреждение и даже в лизинг ничего не можем купить. Поэтому наша задача - найти серьезного инвестора, который не верит банкам, а верит в имя, силу организации. Этот инвестор или на собственные средства, или на взятые в кредит приобретает оборудование и дает нам его в долгосрочную аренду с правом или без права выкупа. Если это очень дорогая вещь, нам нет смысла её покупать и ставить на баланс. Но

мы постепенно выплачиваем за неё, и как только выплатим, она остается за инвестором, а мы составляем с ним новый договор и начинаем использовать её совместно, получая колоссальную 100%-ную прибыль.

Оприбыли в случае использования наркозно-дыхательной аппаратуры только в клинике говорить не приходится. Аппарат, чтобы окупиться, должен работать по нашим подсчетам без остановки 3,5 года, но при совместном использовании он окупается.

То же и с лучевой диагностикой. Нами приобретены самые современные ультразвуковые аппараты. Недавно купили цифровой рентгеновский аппарат, понимая, что он никогда не окупится, но без него нельзя. У нас было 3 рентгенаппарата, один из них старый, 2 работают в круглосуточном режиме, правда, их компенсируют немощно 3 КТ и 2 МРТ. Новая машина - на 3 рабочих места, мы распланировали, что будем за неё отдавать по 1 млн в месяц в течение 18-20 месяцев, но этот миллион она будет зарабатывать, т.е. выходить в ноль.

Среди других необходимых для успешной работы факторов Яков Александрович выделил:

- подбор партнеров, отдельных консультантов и консалтинговых организаций;
- выявление проблемных областей и поиск "точек лидерства", разработка соответствующих планов;
- выбор и развитие конкурентноспособных медицинских технологий, бизнес-планирование.

- В клинике должен быть отдел маркетинга, уверен главврач, - мы должны знать, что делается у конкурентов, какие там цены, услуги. Мы находимся в постоянном поиске. Сделали карту СПб, чтобы увидеть, какое место занимает наше учреждение, и какие клиники находятся вокруг, чтобы просчитать, что именно нам нужно развивать. Например, рядом с нами находится больница с 300 офтальмологическими койками, с классными специалистами и оборудованием. У нас было всего 30 коек, неудивительно, что они пробуксовывали. Тогда мы сократили отделение до 18 коек, поставили супероборудование, и теперь оно переполнено. Это называется правильный маркетинговый ход.

Я.А.Накатис считает обязательным создание **внутренней инфраструктуры**, необходимой для введения предпринимательской деятельности; введение необходимых должностей медицинских и немедицинских специалистов, центров, отделов и отделений, других подразделений. Учреждению нужны направления, непосредственно разрабатывающие «внутриучрежденческую» правовую базу (отделы маркетинга, договоров, финансовый, редакционно-издательский, платных услуг, качества, экономического совет). Конечно, не всем медицинским работникам нравится, что у нас много таких подразделений, ведь у нас более 600 внебюджетных должностей с нулевой государственной дотацией, только в отделе договоров работает 6 специалистов с высшим экономическим образованием. Но их работа приносит клинике ощутимый успех, и мы их труд оплачиваем достойно.

Ни у кого не вызывает возражений, что необходима система дополнительного подготовки в области экономики и менеджмента здравоохранения медицинского и вспомогательного персонала. У нас организован отдел перманентного обучения и информации сотрудников о продвинутой философии развития в коммерческой деятельности. Мы вынуждены научить коммерции всех сотрудников. Специалисты читают лекции по вопросам организации и коммерции, их прослушивают все сотрудники, которые, ответив затем на определенные вопросы, получают зачет, что впоследствии скажется на присвоении им категории. В течение двух лет наши сестры обучались определенным вещам, затем все были аттестованы, и получение теперь квалификации - дело техники.

В заключение Я.А.Накатис заметил, что руководитель медицинского учреждения должен быть в курсе всех событий, несмотря на наличие множества отлично работающих служб. Процесс управления очень трудный, и надо помнить, что мелочей в нем нет - любая маленькая наработка дает свои большие плоды.

Подготовила
Виктория ЗАХАРОВА

ИДУТ ОТЧЕТЫ И ВЫБОРЫ

Нынешний 2009 год - год отчетов и выборов в Территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской области организации профсоюза работников здравоохранения РФ. Закончится отчетно-выборная кампания в ноябре 2009 года проведением конференции территориальной организации, а сейчас она проходит в первичных организациях профсоюза. Большинство председателей профсоюзных организаций вновь избраны на новый срок полномочий.

К концу июня во всех районах прошли районные отчетно-выборные конференции. Мы поздравляем председателей районных организаций: **Мордасову В.П.** (Адмиралтейский РК), **Васильеву О.М.** (Василеостровский РК), **Арсеньеву Р.Е.** (Выборгский РК), **Бурмистрову Т.В.** (Калининский РК),

Словохотову В.А. (Кировский РК), **Пирожинскую И.Л.** (Колпинский РК), **Вороховскую О.С.** (Красногвардейский РК), **Куринову В.С.** (Московский РК), **Осыжину Л.И.** (Невский РК), **Гринь Т.М.** (Красносельский и Петродворцовый РК), **Крылову Л.А.** (Фрунзенский РК), **Смелянскую Л.В.** (Центральный РК), **Галиулину Р.А.** (Волховский РСПП), **Орлову Н.Н.** (Выборгский (обл.) РК), **Коронову О.В.** (Тихвинский РСПП) с успешным завершением отчетно-выборной кампании и избранием на новый срок.

Всем избранным председателям первичных организаций профсоюза мы адресуем свои поздравления и пожелания успешной работы!

В.А.Дмитриев,
председатель Теркома
профсоюза работников
здравоохранения

СРОК СДАЧИ АКТА О НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ

24 мая 2009 года вступил в силу Федеральный закон от 7 мая 2009 г. №80-ФЗ «О внесении изменений в статью 230 Трудового кодекса Российской Федерации».

Теперь, согласно закону, работодатель обязан в трехдневный срок после завершения расследования несчастного случая на производстве составить соответствующий акт в трех экземплярах.

Один из них должен быть передан пострадавшему или его представите-

лю. Второй экземпляр и копии материалов расследования направляются в исполнительный орган страховщика. Третий вместе с оригиналами материалов расследования хранится у работодателя в течение 45 лет.

Напомним, что в прежней редакции статьи сроки сдачи акта установлены не были.

Г.Н.Малушко,
технический инспектор ЦК
профсоюза по Санкт-Петербургу
и Ленинградской области



НОВОЕ

НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ДОПОЛНИЛАСЬ ПЯТЬЮ НОВЫМИ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМИ

Минздравсоцразвития России разработало 2 приказа, согласно которым действующая Номенклатура специальностей дополнена 5 новыми специальностями: «Медико-социальная экспертиза», «Пластическая хирургия», «Косметология», «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение», «Водолазная медицина».

«До этого времени, ни в одном вузе нашей страны эти специальности не были выделены как самостоятельные. Хотя услуги по этим специальностям оказывались в полном объеме, - подчеркнула заместитель министра **Вероника Скворцова**, - Раньше студенты, обучающиеся по ним, получали навыки в рамках других специализаций. Например, по словам заместителя министра, часть врачей-специалистов, работающих в эндоваскулярных лабораториях, по образованию является врачами-рентгенологами, часть - является «выходцами» из сосисудистых хирургов и часть - из терапевтов, кардиологов, неврологов. На стыке этих специальностей родилась новая специальность, и появилась необходимость ее выделения в самостоятельную, - сообщила она. - Одним из приемлемых вариантов ее наименования стало «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение».

В связи с этим, отметила Вероника Скворцова, появилась потребность в введении новых специальностей, которой предшествовала большая работа, продолжающаяся на протяжении многих лет. «На данный момент мы смогли реализовать необходимость выделения этих специальностей как самостоятельных», - сказала заместитель министра.

Приказами определены квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием, в том числе к специалистам рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения, медико-социальной экспертизы, косметологии, водолазной медицины и пластической хирургии.

«На данный момент Минздравсоцразвития России совместно с образовательными учреждениями высшего и дополнительного профессионального образования разрабатывают образовательные программы профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов по новым специальностям», - добавила Вероника Скворцова.

В ближайшее время планируется назначение главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России по новым специальностям, а также определение учреждений, координирующих работу по этим специальностям.

* Приказ Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 года №415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» и приказ Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2009 года №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»

По информации
Минздравсоцразвития



телефон
рекламного
отдела

газеты

"Медицина Петербурга"

555-0650

ЛИЧНОСТЬ НА ФОНЕ ДЕЛА

Я ЖИВУ, ЧТОБЫ РАБОТАТЬ!

Весной нынешнего года главный врач Санкт-Петербургского Городского клинического онкологического диспансера Георгий Моисеевич Манихас указом президента РФ «О награждении государственными наградами» за достигнутые трудовые успехи и многолетнюю плодотворную деятельность был награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством II степени».

Надо сказать, что большинство представителей медицинского мира Петербурга восприняли это награждение с удовлетворением, что случается далеко не всегда. – Кого как не Манихаса награждать? – сказал один из них, – заслужил.

Хотя отношение медицинской общественности к главному врачу онкодиспансера назвать однозначным нельзя. Многие ему завидуют, считают его везунчиком. Не раз я слышала такую фразу «Ну, это же Манихас! У него же все есть, не то, что у нас». Правда, в этот момент я думаю: «Да, у онкодиспансера есть побольше, чем у многих наших стационаров, но ведь это – заслуга главврача и воспитанного им коллектива». Еще 8 лет назад, когда диспансер переехал в здание бывшей МСЧ на проспекте Ветеранов, все только за голову хваталось – столько предстояло работы. А сегодня, к примеру, ГКОД не имеет ни копейки из федерального бюджета по проектам борьбы с социально значимыми заболеваниями или на осуществление высоко технологичной медицинской помощи, причем при наличии федеральной лицензии на осуществление этой деятельности. – Считается, что у нас и так хорошо, к нам приезжают набираться и делиться опытом и из России, стран СНГ и Европы, – смеется Георгий Моисеевич.

Возможно, это умение Манихаса смеяться, как бы ни было трудно, и порождает мнение, что все ему дается легко, хотя это, наверное, не так. Кстати, возможно, что и из-за обаятельной улыбки Манихаса женщины-журналисты (а, может, и не только журналисты) ставят его в тройку самых привлекательных и харизматичных менеджеров городского здравоохранения. Приходить к нему на пресс-конференции и тем более брать интервью чрезвычайно приятно, он всегда открыт, честен, корректен и предельно вежлив.

Я – ВРАЧ В ТРЕТЬЕМ ПОКОЛЕНИИ

Георгий Моисеевич Манихас родом из Рыбинска. Он уверен, что ему было предначертано стать врачом. Его дедушка был неврологом, психиатром, образование получил еще до революции в Германии. Между прочим, учился вместе с Вольфом Мессингом, дружил с ним. И, кстати, тоже обладал даром гипноза, лечил с его помощью детей от ночного энуреза.

Отец работал дерматологом. Он окончил 2-й Московский медицинский институт в 1942 году, сразу был отправлен в воздушно-десантные войска, а после демобилизации в 1958 году стал главным врачом. Мама – хирург-окулист, оперировала, заведовала отделением Городской больницы им. Н.И.Пирогова.

– Я жил во врачебной среде, с ее терминологией, проблемами, радостями и бедами, рассказывает Георгий Моисеевич, в кругу нашей семьи были врачи всех специальностей. Да и детское окружение тоже было из медицинской среды.

В 1966 г. Георгий Манихас окончил школу и уехал с другом поступать в медицинский институт во Владивосток. Одной из причин такого решения он называет романтику (в то время был очень популярен фильм «Коллеги» о судовых врачах). Во Владивостоке как раз собирались открыть факультет судовой медицины, правда, не открыли, и юноши поступили на лечебный. Георгий хорошо учился, работал в СНО, был лауреатом конкурса студенческих работ Сибири и Дальнего Востока. – Я уже тогда был предан хирургии, признается Георгий Моисеевич, у меня

были очень хорошие учителя, они поощряли наше стремление быстро начать работать. Первую аппендэктомию мне доверили уже после 3-го курса. На протяжении всей учебы я работал. Был санитаром, фельдшером,



Фото М.Кузнецовой

и.о. врача скорой медицинской помощи, фельдшером травмпункта.

Кроме того, Г.Манихас, как и все яркие представители его поколения, принимал активное участие в общественной работе. А это – и комсомольская деятельность (на последнем курсе – секретарь комсомольской организации факультета), и стройотряды (инженер районного штаба стройотрядов, трижды – командир стройотряда).

Получив диплом, Георгий остался работать в институте, был назначен заместителем декана родного факультета, одновременно работал онкологом Краевого онкологического диспансера во Владивостоке, а через три года поступил в аспирантуру по хирургии.

– Учителя были прекрасные, вспоминает он, они меня очень поддерживали и оказали на меня большое влияние и как на врача, и как на личность. Многие мои поступки созвучны тем взглядам на жизнь, которые были

у меня в то время. Ведь Рыбинск был передовым городом, там находилась госпитальная база Ленинградского фронта. А люди, особенно медицинские работники, прошедшие войну, особенные. Мы, к сожалению, уже сильно от них отличаемся. Не хватает нам того духа и культуры, настоящего милосердия, взаимного уважения с пациентами, сопереживания общей боли, которая и в военное, и в мирное время – одна – человеческая.

ЛЕНИНГРАД

– Жизнь шла своим чередом. Я вовремя выполнил свою научную работу, получил необходимое образование, и самое главное – нашел свою половинку, с которой вместе уже 37 лет, – рассказывает Георгий Моисеевич. С будущей женой Г.М.Манихас учился на одном факультете, правда, «разглядел» ее только на последнем курсе. Молодые люди в 1972 г. поженились, в том же году родился сын Алексей, который стал впоследствии продолжателем медицинской династии. Георгий Моисеевич считает, что сын – лучший

подарок в его жизни, который сделала ему жена. Людмила Владимировна закончила клиническую ординатуру по ЛОР-болезням.

Молодая семья начала самостоятельную жизнь. Георгию нравилось во Владивостоке. – Это был замечательный город, говорит он, где быстро, лет через пять, становясь коренным жителем. Мы дружили домами, даже целыми подъездами. Сейчас, к сожалению, все изменилось.

И вдруг в «Медицинской газете» появилось приглашение в ленинградское здравоохранение, и молодые люди решились круто изменить свою жизнь. Приехали в Ленинград, и им предложили работу в Калининском районе. – Жена начала работать врачом оториноларингологом, а муж – заведующим хирургическим отделением 96-й

предложили возглавить поликлиническое отделение Ленинградского городского онкологического диспансера. – Признаюсь честно, поначалу это меня не привлекло, – говорит Георгий Моисеевич, – и потом я не раз думал о том, как часто люди не ценят поступающие им предложения. А тогда сказал: «Ну что такое за поликлиникой? Неинтересно это». Мне все-таки хотелось заниматься активной хирургией. Я рассказал о своих сомнениях отцу. И он ответил: «Ленинград один, и диспансер такой тоже один. И предложенная тебе работа – большая ответственность и большая честь. Тем более, что в диспансере хирургическую работу ты найдешь всегда». Об ответственности я часто говорю и молодому поколению, и коллегам. В нашем городе у медицины такие глубокие и ценные традиции и такие возможности для развития, что ни с одним городом нас не сравнить.

В итоге, я принял предложение. Надо сказать, что в поликлинике тогда просто кипели страсти. Дело в том, что там работали профессионалы старшего врачебного возраста. В недавнем прошлом маститые хирурги-онкологи, которых поставили на самое трудное место – на диагностику в поликлинику. Но сами понимаете, что может получиться, когда все маститые в одном небольшом пространстве... Кроме того, в поликлинике мне при-

В институте (Г.М.Манихас - 3-й справа)



шло столкнуться с очень сложными ситуациями. Несмотря на то, что я уже был кандидатом наук, многого не знал. В стационаре все-таки работать проще. Больной лежит и целый день в твоем распоряжении. У тебя есть время посоветоваться, обсудить его с коллегами, заведующим. А в поликлинике ты с больным один на один. Времени очень мало, а ты должен сам поставить диагноз, назначить лечение, определить его трудоспособность, т.е. провести экспертизу. И от этих твоих первых шагов зависит здоровье, а порой и жизнь пациента. «Зубры» в нашей поликлинике делали это идеально, но работать с ними было сложно. И все же я справился – ведь опыт работы с коллективом у меня уже был, и мы в итоге нашли общий язык. Поликлиника стала успешно работать, но управлял я ею недолго, поскольку в 1989 г. коллектив выбрал меня главным врачом диспансера. Думаю, кстати, что это правильно – предоставлять людям самим решать, кто будет ими руководить, и, по крайней мере, при назначении руководителей нужно советоваться с коллективом.

РУКОВОДИТЬ НУЖНО УЧИТЬСЯ!

Еще работая в поликлинике, Г.М.Манихас обучался системе управления в Университете марксизма-ленинизма. Георгий Моисеевич вступил в партию только в 1986 г., когда был провозглашен новый взгляд на

партию. – С критикой в адрес партии я согласен, говорит он, но я всегда шел по жизни в соответствии со своими взглядами и принципами, которыми не поступался, так как встречал много коммунистов (как, впрочем, и беспартийных), с которых можно было брать пример. И одно могу сказать точно – партийная школа подготовки специалистов управления как в экономике, так и в партийном строительстве была на чрезвычайно высоком уровне. На факультете народного хозяйства, который готовил руководителей всех отраслей, я получил огромный багаж знаний. Обучали нас настоящие профессионалы. Все, чему меня научили, очень мне пригодилось в дальнейшей работе. Сегодня те, кто выпускался вместе со мной, занимают или занимали высокие руководящие должности.

Специфика деятельности руководителей в том, что у них нет права на ошибку и нет времени на ее исправление. Сегодня, обладая большим опытом, я многое бы сделал не так. Неслучайно за рубежом руководителей меняют каждые 5 лет – по горизонтали или вертикали. Тем самым хорошим руководителям с солидным опытом дают возможность исправить свои ошибки на новом месте. Правда, руководитель там не держится за место, т.к. на любом месте он сохранит прежние условия жизни. Он спокойно изучает список вакансий и предлагает себя.

А какой руководитель Вы?

– В принципе, я сторонник коллективных решений, обсуждаю с подчиненными многие вопросы, стараюсь не навязывать свое мнение. Если мое решение расходит с мнением части коллектива, ищу возможность убедить, что я прав, найти слабые места в доводах оппонентов, поскольку моя задача – иметь как можно больше сторонников. Например, создание новых отделений или технологий.

Я не боюсь сказать, что чего-то не знаю, всегда могу признать свою ошибку, но упрекаю иногда коллег, что их нужно заставлять это сделать.

НА ПРОСПЕКТЕ ВЕТЕРАНОВ

В 2001 году диспансер переехал в здание на проспекте Ветеранов, где ранее находилась медсанчасть, а затем больница Кировского завода. Переезд сопровождался длительным скандалом – было много противников закрытия больницы. И все же это случилось. – Нам пришлось очень сложно, – признается Георгий Моисеевич, – во многом из-за того, что перемещался коллектив. Пришли люди с Березовой, Красной Связи, из 3-х отделений 8-й больницы, и были оставлены все сотрудники медсанчасти, желающие с нами работать. Ими нужно было управлять, не снижая при этом темпов работы. Мы были должны продолжать качественно работать в условиях, которые трудно было назвать человеческими. Переезды и объединение выпали на зимний период. Медперсонал ходил в ватниках и жилетках под халатами, больные лежали в палато, окна были закрыты матрасами. Мы встретили настоящую разруху и в материально-техническом состоянии здания, и в головах работников МСЧ. А вы видели наш диспансер сегодня? Мы провели крупнейшие реконструктивные ремонтные работы, в это же

Заслуженный врач РФ, д.м.н., чл.-корр. РАЕН, главный врач СПб ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», заведующий кафедрой онкологии факультета последипломного обучения ГМУ им. акад. И.П.Павлова Г.М.Манихас является автором 193 научных трудов, 4 монографий и 3 патентных изобретений. Под его редакцией издано 6 научно-практических сборников научных работ.

Заслуги Г.М.Манихаса как ученого и организатора широко известны в России и за рубежом. Он является членом Пленума и Правления Ассоциации онкологов России, членом Правления научного общества онкологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, членом Американской Ассоциации клинических онкологов (ASCO), членом Координационного Совета главных врачей Санкт-Петербурга, а также членом редакционных советов журналов «Российский онкологический журнал» и «Паллиативная медицина и реабилитация».

Г.М.Манихас стал одним из инициаторов создания общественной организации Ассоциации помощи онкологическим больным – «Антирак», вице-президентом которой он является с 1991 года.

у профессора В.С.Шапкина и коллег возглавляемой им кафедры. Но надо сказать, что эти взгляды легли на подготовленную почву – на базу Рыбинской медицины, которая была моим истоком. Мне дважды посчастливилось проходить практику в Рыбинске, наблюдать за работой медиков уже не детским взглядом, а глазами студента медицинского института, перенимать их профессионализм, теплоту, доброту и сердечность, вынесенные из воен-

поликлиники.

В поликлинике супруги работали до 1984 года. Потом Георгия Моисеевича пригласили работать в войсках за границей, и он с женой уехал в Монголию, где 3 года оперировал в военном госпитале.

ДИСПАНСЕР

После возвращения Г.М.Манихас решил заняться преподавательской деятельностью, но неожиданно ему

время ежегодно на 2 тыс. увеличивая количество пролеченных больных. В этом году их количество составит уже около 30 тыс. Мы пришли к новым технологиям даже в отношении санитарок. Они проходят недельный курс обучения, после чего становятся просто королевами уборки. И это всё удалось при столь сложном коллективе, который по всем меркам формируется в течение 5-7 лет!

При этом понимания ситуации и просто человеческого сочувствия, к удивлению, мы встречали и встречаем довольно редко.

- А чего Вам сочувствовать? Вам только завидовать можно. У Вас же Программа!

- Да, у нас Программа. Но она же не для нас, а для больных – хорошо финансируются лекарства, питание, но остальное – зарплата, коммунальные платежи как у всех, по одним и тем же тарифам. Эту Программу мы предложили сами и доказали, что она необходима. Но ведь была же Программа по совершенствованию стационаров-тысячников, а каждый стал тянуть одеяло на себя, в то время как нужно было действовать сообща.

- А Вы завидуете кому-нибудь?

- Разумеется, но зависть у меня здоровая. Бываю за границей, завидую тому, как у них. Возвращаюсь и делаю так же. А кто из нас не завидовал в свое время одноразовым шприцам, уровню жизни европейских врачей? Но такая зависть мотивирует на деятельность. Зависть плоха, когда идет на разрушение, а когда на созидание – она необходима. Мне, к сожалению, завидуют не всегда по-белому. Вот, говорят, тебе всё дают. Ну, во-первых, далеко не всё. Во-вторых, мы все были на одном и том же старте. Но, согласитесь, если в одной больнице тепло, чисто, все улыбаются, а в другой – все наоборот, это зависит не от программы. На создание человеческих условий времени и денег много не нужно, нужно лишь желание. Конечно, есть вещи, которые от нас не зависят. Но чистый халат, вымытая, пусть и не покрашенная дверь, порядок на столе в ординаторской или сестринской, в палате и буфете зависят только от нас.

Да, многое мы смогли сделать благодаря организации хозрасчетных услуг. Видите, на мониторе, который стоит у меня на столе в кабинете, я могу видеть все, что происходит в операционных, и картинка открывается как обзорная, так и из камеры лампы над операционным столом или с экрана лапароскопической стойки. Такие же мониторы в актовом зале и в конференц-залах всех клинических отделений. Недавно мы проводили международную школу, и все могли наблюдать за операциями и задавать вопросы в комфортных условиях. Это также способствует демонстрационному и учебным целям – теперь у нас всегда есть четкая запись всех действий, т.е. в ближайшем будущем, кроме электронной истории болезни, электронной аптеки, будет регистрация всех манипуляций. Мы всегда сможем проанализировать, как проходила операция, какие решения принимали хирурги в сложных ситуациях, и были ли они адекватны. Мы сможем внедрять информационные технологии, завязанные на программах по онкологии, скринингу молочной железы и т.д. Телемедицина в наше время это – не роскошь, а необходимость. Так вот, первые фрагменты этой системы мы приобрели на средства от хозрасчетной деятельности.

Но, к сожалению, в отношении платных услуг, у нас довольно напряженные отношения с Комитетом по здравоохранению. Ещё совсем недавно он был ярым противником платных услуг в нашем учреждении, не думая о таких тонкостях, что в год мы лечим 300-400 иногородних и иностранных пациентов, кроме того, по собственной инициативе за платными

услугами к нам обращаются пациенты, которым необходимо лечение доброкачественных образований и неопухолевых заболеваний. Например, больные с большими миомами матки. Для нас это – простая рутинная операция, и её успех предопределен. Желание получить эту услугу у нас вполне оправдано и законно, и если человек в состоянии заплатить за неё, то почему бы нам её не оказать? Ни один бюджет, ни одной страны полностью медицину не оплачивает. И для нашего диспансера хозрасчетные услуги – большое подспорье. Простой пример – мы должны были сдать в эксплуатацию отделение реанимации, но из-за кризиса финансирование на мебель было урезано, но как же без мебели? Куда поставить современнейшее оборудование, которое поставят нам по Программе? Даже такую мелочь, как лоток, нам тоже на что-то надо купить. И средства из хозрасчетных услуг, которые мы оказываем, хоть, к сожалению, и в минимальных размерах, позволили нам закупить медицинскую мебель. И отделение было своевременно открыто во многом благодаря платным услугам.

Мы очень долго и тщательно создавали систему хозрасчетных услуг. Лет десять приучали всех к тому, что пациент должен прийти в кассу, а врач должен отправить туда пациента, что должен быть договор, ответственность учреждения перед пациентом и ответственность врача перед учреждением и пациентом. Нас буквально заставили эту систему сломать. Но как можно в нашей финансовой ситуации

Начало пути (Г.М.Манихас - 1-й слева)



прожить без платных услуг?!!!

- Но Вы же не хотите сказать, что в Вашем диспансере врачи не получают денег от пациентов?

- Давайте не будем фанатизировать. На Руси - и в Союзе, и в России во все времена всегда были люди, которые считали достойным предложить денежное вознаграждение врачу, учителю, не говоря уже о парикмахере или банщике. Никто их не осуждает, правда? Плохому, безрукому, безголовому, безмозглому врачу денег даже не предложат. Значит, деньгами отмечают отличительный труд и талант. Значит, деньги, если, конечно, они не вымогаются, вид благодарности. А благодарность созвучна благородству и присуща только благовидному поступку. В нашем диспансере уже лет 20 существуют два правила, две причины, по которым человек без разговоров увольняется сам. При поступлении на работу каждый получает эту информацию и принимает эти условия. Это – появление на работе в нетрезвом виде (за 20 лет был всего один случай) и вымогательство во всех его видах. Таких случаев было больше – я расстался по причине мздоимства с шестью врачами и несколькими медсестрами. Достаточно письменного или даже устного заявления больного о том, что медицинский работник потребовал денег за медицинскую услугу или слишком категорично настаивал на благодарности пациента, как на следующий день этот работник в диспансере уже не работает. Но я отношусь

к противнику благодарности, считаю, что плохо, когда врач не хочет благодарить – значит, грош ему цена.

ДОСУГ И СЕМЬЯ

На вопрос о досуге главный врач улыбается: «Хотя я стараюсь работать, чтобы жить, меня многие упрекают, что я живу, чтобы работать. Моё утро начинается в 6 утра, в 7 я должен быть на колесах, с 8 до 9 у меня личное время, чтобы подумать, посмотреть и обсудить с коллегами сложного больного, разобраться в неотложной ситуации. Встреч на это время я никогда не назначаю. В остальное время любой сотрудник может ко мне обратиться, хотя есть и официальное время приема.

У нас 3 базы – здесь, на Ветеранов, больница в Песочном, комплекс на Березовой. Так вот, если на каждой базе я хотя бы по разу в неделю побываю, что мне остается? Какой досуг? Мой досуг – в машине. Там я занимаюсь всей электронной частью моей работы, чтением прессы, документов и т.д.

- Как к этому относится Ваша жена?

- Мне очень повезло с женой. Благодаря Людмиле Владимировне стали возможны все мои успехи. Вы же знаете – короля делает свита, и свита у меня замечательная и большая. Это – коллектив диспансера, коллектив кафедры и, самое главное – семья. Во главе её стоит моя жена. Она мне очень помогает. Её все знают, она всех знает. Она – настоящий доктор, очень понимающий человек.

- И никогда Вас не упрекает за то, что многого лишена из-за Вашей работы?

- Единственное, за что упрекает, это когда я дома остаюсь включенным в рабочий процесс. И, собственно, её главная задача – отключить меня, что ей прекрасно удается. Хотя, каюсь, иногда ей приходится исполнять роль статиста. Ведь очень часто нам не столько нужен совет, сколько чтобы тебя выслушали и прореагировали. Решение ты и сам примешь, если, конечно, не будет давления со стороны руководства.

Как вы понимаете, на неделе семейного общения крайне мало. Поэтому досуг, конечно, посвящен семье. Я очень люблю своего внука Георгия, мы с ним большие друзья. В выходные нам обязательно надо встретиться. Кроме того, жена всегда готовит список дел на субботу.

Если же говорить о культурной части досуга, я имею в виду посещение театров, концертов, музеев, то в этом вопросе нужно себя строго контролировать в части режима и графика работы. Надо себя заставлять. И это непросто. В театре мне удается бывать раз в 2-3 месяца, хотя я его очень люблю, выставки посещаю чаще. Но надо признаться, что во многом это возможно благодаря активным друзьям, которые меня туда приглашают. Я люблю кино, но, в основном, в отпускное время.

Умудряюсь одновременно читать 3-4 книги, и это – помимо профессиональных, а также работ своих учеников.

Мы с женой очень любим путешествовать и используем для этого любые возможности, не жалея денег. Мы их не копили, тратим очень быстро. Не люблю, когда они лежат мертвым грузом. Жалеть о них не надо. Вроде того, я уверен, что чем больше ты тратишь, тем больше будешь зарабатывать. Жаль, что так не получается со временем, которого не хватает.

- Сегодня Ваш сын Алексей работает в Вашем диспансере, возглавляет отделение. По этому поводу злые языки проходят до сих пор...

- Мой сын выбрал профессию сам, шел к своей специальности по тому

пути, по которому должен пройти настоящий врач. Да, сегодня он возглавляет отделение в диспансере, но начинал он в нем санитаром, одновременно обучаясь в институте. Затем проходил там медсестринскую и врачебную практику. После института сын поступил в клиническую

Мужская половина семьи Манихас с почетной наградой



ординатуру в НИИ онкологии, там же закончил аспирантуру, защитил диссертацию. В общей сложности обучение и работа составили более 7 лет. И это – время, необходимое для обучения хорошего специалиста.

Отделением лечения опухолей молочной железы (хирургия и химиотерапия) заведовала у нас изумительный доктор А.А.Щипкова. Часто она, полуслушая, говорила, что передаст отделение только Алексею, ведь он, даже работая в НИИ, приходил на отделение при любой возможности. И когда Анна Александровна неожиданно скончалась, администрация диспансера (а не я один!) доверила ему это отделение, потому что знала, что он хороший специалист. Не скрою, назначить сына на эту должность мне было нелегко – я боялся, что меня за это будут упрекать. Упрекать не стали, но вот всякие неприятные намеки звучат до сих пор. Но скажу честно, сегодня я не жалею, что решился на этот шаг, мне за сына не стыдно, он – настоящий профессионал и прекрасно справляется с работой. Его отделение – на уровне мировых требований по качеству, объему и результатам. А намеки будут всегда, это – жизнь.

- Что Вас беспокоит в современном здравоохранении?

- Последнее время, даже с высоких трибун мы слышим нелицеприятные суждения о нашей медицине. Это – безответственно. Наша медицина сегодня находится на таком уровне, что нам можно позавидовать. Мы тесно общаем-

ся на уровне своих специальностей. Я, к примеру, знаю всех ведущих онкологов страны и главных врачей диспансеров. Они, в свою очередь, знают нас и могут правильно оценить наш труд, исполнение нами своих задач и наши результаты. Хотя для нас самое главное – оценка пациента. И когда пациентов провоцируют жаловаться по любой причине и по любому поводу, то жалуются лишь те, кто вообще любит это делать. Мне кажется, что если человек хочет решить проблему, он не жалуется, а пытается её решить. А Петербург и по сей день – город звезд медицины. Здравоохранение наше находится на очень высоком уровне. И когда вдруг чиновники разного ранга начинают упрекать нас за плохую работу, хочется их спросить – были ли они на обычном приеме в поликлинике, на вызове скорой помощи, знают ли они, на каком пределе сил работают петербургские медики. Обидно, когда люди оценивают то, чего не понимают. Да, к сожалению, есть врачи, которым больные противопоказаны, но таких не много.

- Нет сомнения, что Вы – человек счастливый. Нет сомнения, что Вы можете добиться всего, что нужно Вам, а вернее, Вашему делу, собственными умом и характером. Но все же, чего бы Вы себе пожелали?

- Себе как главному врачу на сегодняшний день могу пожелать как можно меньше самоуспокоенности. Опыт и годы притупляют остроту восприятия действительности, и можно какие-то вещи упустить. А делать этого нельзя. Раньше я никогда не уходил от борьбы, сегодня, когда понимаю, что борьба из-за непрофессионального руководства не может привести к положительным результатам, бывает, смиряюсь с действительностью. И это неправильно, успокаиваться нельзя!

Хотелось бы также, чтобы тебя слышали и понимали. К сожалению, сегодня мы друг друга плохо слышим, значит, плохо понимаем, и это приводит к разобщенности, чего в медицине быть не должно. Мне очень жаль, что в последнее время институт главных врачей ослаб. Исчезли наша сплоченность, единодушие, единый порыв, чувство локтя, взаимная поддержка, которые были раньше. Утрачена и роль Комитета по здравоохранению, который на самом деле должен быть объединяющим органом. Сплоченности, к сожалению, не способствует и появление многочисленных ассоциаций, ни одна из которых не выполняет необходимой роли объединения. А ведь мы же делаем одно дело, доля ответственности у всех одна, нам надо объединяться, помогать друг другу. А сегодня, когда бывают затруднения, круг людей, с кем можно как посоветоваться, так и разделить радость или невзгуду, увя, невелик.

Виктория ЗАХАРОВА



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

ПОЗДРАВЛЯЕМ!



МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ – 40 ЛЕТ!

В этом году Санкт-Петербургский медико-генетический центр отмечает 40-летний юбилей. В 1961 г. в Ленинграде была организована первая в стране лаборатория медицинской генетики во главе с академиком С.Н. Давиденковым, выдающимся ученым, основоположником клинической генетики. В 1969 году на базе поликлиники создается Медико-генетический центр (МГЦ), специалисты которого впервые в стране стали оказывать помощь по предупреждению наследственных и врожденных заболеваний, профилактике инвалидности и снижению смертности пациентов.

Можно считать, что именно это событие послужило основанием для создания первой отечественной медико-генетической службы в системе практического здравоохранения. С первых шагов деятельности установились тесные научно-практические связи с учебными и научными медицинскими институтами, центром медицинской профилактики, а также со всеми ЛПУ города и, прежде всего, с учреждениями детства и родовспоможения и др. Это было взаимодополняющее сотрудничество по освоению и внедрению нового раздела медицины - медицинской генетики. Уже с 1970 года силами центра началось массовое обследование новорожденных в родильных домах на наследственные заболевания.

Об итогах 40-летней работы центра, развитии медико-генетической помощи, о внедрении и освоении новых методов профилактики и диагностики наследственных и врожденных заболеваний нам рассказали заместитель главного врача по клинко-экспертной работе, к.м.н. **Константин Павлович Карпов** и заведующая консультативным отделением МГЦ, к.м.н. **Лидия Викторовна Лязина**.

Расскажите о целях и задачах медико-генетической службы, о развитии ее в нашем городе.

К.Карпов: Развитие медико-генетической службы (МГС), как подотрасли медицины, было связано с двумя дополняющими друг друга задачами: необходимо было практического внедрения накопленных знаний о клинической генетике и освоением врачами специфики работы с пациентами, имеющими наследственные и врожденные заболевания. Спецификой этих заболеваний является то, что некоторые из них относятся к группе редко встречающихся, а поэтому сложных в диагностике и лечении.

Целью медико-генетической службы является оказание помощи по предупреждению и своевременной диагностике наследственных и врожденных заболеваний, так как большую долю их составляют инвалидизирующие, неизлечимые болезни, проявляющиеся множественными пороками развития, задержкой интеллектуального развития.

Таким образом, профилактика инвалидности и снижение смертности является основной задачей Санкт-Петербургского медико-генетического центра в области медицинского государственного обеспечения населения Санкт-Петербурга.

Не так давно прошла конференция, посвященная 40-летию медико-генетического центра. Расскажите о ней.

Л.Лязина: Диагностический медико-генетический центр с 40-летним опытом работы является уникальным учреждением, единственным в России по структуре, направлениям и объемам работы среди подобных учреждений данного профиля. В связи с этим Министерством здравоохранения и социального развития России было принято решение о проведении в Петербурге Всероссийской научно-практической конференции с международным участием по медицинской генетике «Современные технологии профилактики наследственных болезней и детской инвалидности». Нам есть, чем гордиться. За этот период, более чем в 19 тыс. семей с уточненной наследственной и врожденной патологией было проведено медико-генетическое консультирование, т.е. все необходимые мероприятия по

профилактике рождения будущего ребенка с подобной патологией, в том числе с использованием методов дородовой диагностики, при этом каждая семья была настроена на рождение здорового потомства. Следует сказать, что в первые годы образования медико-генетического отделения за консультацией обращалось до 700 семей в год. Отрадно отметить, что стремительное развитие медико-генетической службы в последнее время привело к её востребованности. Так, только в 2008 г. нашими врачами проконсультировано более 12.500 семей, из них более 5500 семей обратились первично.

Расскажите подробнее о работе медико-генетической службы.

К.К.: Врачи центра выделяют четыре направления работы медико-генетической службы.

Первое направление на предупреждение зачатия больного ребенка. Здоровье малыша зависит от здоровья родителей, прежде всего, матери. Чтобы родить здорового ребенка нужно осмысленное активное желание будущих родителей. Беременность необходимо планировать. Первым звеном в этом процессе является женская консультация. Врач-гинеколог совместно с терапевтом и другими специалистами проводят оценку физического и репродуктивного здоровья супругов. При необходимости семья может быть направлена в Медико-генетический центр на консультацию.

При наступлении беременности будущие мамы проходят специальное обследование. Это – **второе направление, оно связано с предупреждением рождения больного ребенка.**

Используются методы дородовой (пренатальной) диагностики.

1. УЗИ.

В 2007 году проходила научно-практическая конференция в МГЦ посвященная 15-летию с момента организации системы 2-х уровня УЗИ в Санкт-Петербурге, которая к настоящему времени является одной из самых совершенных систем организации УЗИ-службы для мегаполиса. В результате процент выявления врожденной патологии плода в СПб является одним из лучших в стране.

Основная работа по УЗИ-скринингу, безусловно, ложится на врачей женских консультаций. Для этого в женской консультации делают УЗИ I уровня. При выявлении какого-либо отклонения от нормы у плода врач направляет беременную на УЗИ II уровня в Медико-генетический центр. Надо признать, что диагностика на первом уровне осуществляется все более качественно, пациенты все чаще приходят к нам уже с правильно установленными диагнозами. Для этого в СПб есть все необходимые предпосылки – оснащенность оборудованием, прохождение курсов усовершенствования врачей УЗИ, их участие в научно-практических семинарах, оказание специалистами МГЦ консультативно-методической помощи (консультации, совместные УЗИ пациентов, обучение на рабочем месте). II уровень УЗИ направлен на многостороннюю проработку «подозрительного» случая с целью

предотвращения диагностических ошибок. Кроме подтверждения (исключения) порока развития и верификации (установки) диагноза в МГЦ оказывается помощь лечащему врачу в ведении семьи, столкнувшейся с неожиданной проблемой: консультирование у ведущих «смежных» профильных специалистов (неонатологи, хирурги, кардиологи, неврологи, нефропатологи и т.д.) которые не только уточняют прогноз, но и предоставляют сведения о возможностях медицины Петербурга. Этот этап называется проведением пренатального консилиума, без которого в настоящее время не осуществляется окончательная пренатальная диагностика. Кроме этого – сотрудники МГЦ постоянно работают над сбором и систематизацией данных о врожденных пороках развития (ВПР), что является необходимым для совершенствования диагностики.



2. Пренатальный биохимический скрининг.

Исследование специфических белков сыворотки крови в I и II триместрах беременности позволяет выявить группу риска по хромосомным болезням и некоторым врожденным порокам развития. Таким женщинам предлагают провести пренатальную инвазивную диагностику, при которой проводится забор плодного материала для исследования хромосом плода или молекулярно-генетического анализа.

Если в результате всех обследований выявляются врожденные пороки или наследственные болезни, несовместимые с жизнью или грубо инвалидизирующие будущего ребенка, то семья может решить вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

К третьему направлению относится раннее послеродовое выявление наследственных заболеваний до их клинического проявления. Дети с некоторыми наследственными болезнями, связанными с нарушениями обмена, при рождении ничем не отличаются от здоровых новорожденных, и заболевание проявляется со временем. Если их лечение начать максимально рано, это обеспечит им нормальное физическое и психомоторное развитие. В рамках Национального проекта «Здоровье» проводится массовое обследование новорожденных (неонатальный скрининг) для раннего выявления пяти болезней – фенилкетонурии, врожденного гипотиреоза, муковисцидоза, адреногенитального синдрома и галактоземии. Дети, у которых выявлены отклонения по результатам обследования, незамедлительно поступают под наблюдение

врачей медико-генетического центра и других специалистов. Им сразу назначается соответствующее лечение и реабилитационные мероприятия.

Однако методами пренатальной и неонатальной диагностики в настоящее время выявляются еще не все врожденные пороки и наследственные болезни. Поэтому **четвертым направлением остается оказание соответствующей помощи детям, родившимся с врожденными и наследственными болезнями.** Малыши с корригируемыми пороками развития получают хирургическое лечение с последующей медицинской, социальной и правовой реабилитацией.

В Петербурге сформировался уникальный тандем, объединивший федеральный медико-генетический центр (ФМГЦ) и Городской МГЦ. Возглавляет ФМГЦ главный специалист по медицинской генетике Коми-

тета по здравоохранению, член корреспондент РАМН, профессор **В.С.Баранов**, под руководством которого, кроме научно-практической разработки новых методов диагностики (лечения), проводится обследование на особо редкие заболевания. Кроме того, ФМГЦ совместно с МГЦ разрабатывает стратегию развития медико-генетической службы в Петербурге, адекватную современному уровню медицинской генетики и состоянию генетического здоровья жителей нашего города.

В свою очередь Городской МГЦ осуществляет непосредственно консультирование и обследование всех нуждающихся жителей города, в том числе при проведении массовых обследований. При этом происходит непрерывное развитие материально-технической базы на основе передовых технологий и внедрение новых методов, в том числе при поддержке ФМГЦ.

Расскажите о пренатальной диагностике? Какое место занимает она в работе центра?

Л.Л.: Как уже говорилось, МГЦ осуществляет свою **диагностическую функцию:** пренатальный скрининг, неонатальный скрининг, селективное выявление пациентов с наследственной и врожденной патологией. Пренатальный скрининг (дородовая диагностика) занимает значимую часть в работе МГЦ. Его задачей является выявление врожденной патологии, в т.ч. синдрома Дауна, как наиболее частого хромосомного синдрома, а также ВПР, ещё до рождения ребёнка. Данный аспект работы проводится совместно с ЛПУ города (женские консультации) и родильным домом №17 (главный врач – главный специалист по пренатальной диагностике при Комитете по здравоохранению – **А.В.Михайлов**). К сожалению, синдром Дауна является неизлечимым, инвалидизирующим заболеванием. Силы и средства государства направлены на то, чтобы данную патологию выявить ещё до рождения ребенка. С этой целью проводится массовый скрининг беременных женщин на биохимические маркеры I и II триместров, с учетом данных УЗИ. При этом сделано все, чтобы обследование было удобным для женщины. Так, забор крови проводится в женской консультации, и образцы крови направляются к нам в биохимическую

лабораторию. Отбирается группа беременных повышенного риска по хромосомной патологии плода по результату биохимического исследования, и тогда женщина вызывается через женскую консультацию на прием к врачу-генетику - женщины до 35 лет – в наш центр, 35 лет и старше – в ФМГЦ.

За последний год пренатально выявлено больше детей с синдромом Дауна, чем родилось. Так, было выявлено 56 плодов с синдромом Дауна внутриутробно – в большинстве случаев беременность была прервана. В 2008 году родилось 39 детей с синдромом Дауна.

Почему идет такое распределение женщин по возрасту?

К.К.: В настоящее время пренатальному обследованию женщин старше 35 лет придается большое значение в связи с тем, что на одну рожицу данного возраста приходится большая частота хромосомных заболеваний у плода.

На сегодня все лабораторные исследования сыворотки крови по территориальной программе пренатального скрининга проводятся в нашем МГЦ. Обследование женщин старше 35 лет проводится в 1-м триместре, что связано со снижением эффективности обследования данной группы во 2-м триместре. Возрастной риск рождения ребенка с болезнью Дауна для данной группы не позволяет правильно интерпретировать данные при обследовании во 2 триместре. Все результаты скрининга, полученные в нашем центре, также изучаются и в ФМГЦ - мы совместно корректируем методику обследования, предотвращаем возможность ошибки. Таким образом, мы можем проконсультировать и очень сложные случаи в пределах территориальной программы, и при этом можем при необходимости внедрить данные методы для повсеместного обследования. Благодаря этому с каждым годом количество обследуемых женщин по территориальной программе становится все больше.

Вы отметили, что в прошлом году родилось 39 детей с синдромом Дауна? Почему же все-таки рождаются такие дети?

Л.Л.: Мы не являемся директивной службой. Ведь любое обследование – это в первую очередь право женщины. Мы не раз сталкивались с тем, что не всегда женщина хочет проходить обследование. Были случаи, что при внутриутробном выявлении синдрома Дауна женщины отказывались от прерывания беременности. К примеру, в прошлом году две женщины отказались прерывать беременность, зная, что у них родится ребенок с синдромом Дауна. Это было их право, дети родились и воспитываются в семьях. Наша задача проинформировать семью о рождении ребенка с данной патологией и дать ей право выбора. В остальных случаях причиной рождения детей с синдромом Дауна явилось позднее обращение женщины в женскую консультацию. Скорее всего, все зависит от отношения самой женщины к проблеме рождения такого ребенка. Наверное, эти вопросы нужно поднимать среди населения и больше его информировать. Необходимо ориентировать женщин на то, чтобы они не боялись медицинских обследований, понимая, что в любом случае право выбора только за ними.

Можно ли «пропустить» синдром Дауна, используя все методы?

Л.Л.: Исследование хромосомного набора (кариотипирование плода) позволяет определить с очень высокой степенью достоверности (99,9%)

наличие синдрома Дауна у плода. Но для этого необходимо взять плодный материал. Этот метод имеет ряд осложнений, в частности – угроза прерывания беременности. Если говорить о неинвазивных методах пренатальной диагностики, которые включают в себя УЗИ и биохимическое исследование крови, то их эффективность достигает 80-90%. Бывают случаи, когда проведенные неинвазивные методы исследования не позволяют заподозрить синдром Дауна.

Если женщине показана инвазивная диагностика, мы информируем ее об этом. Естественно, мы рассказываем ей и об осложнениях данной диагностики. Всегда есть риск выкидыша. Но, по сравнению со среднестатистическим риском при данном исследовании риск невынашивания беременности повышается всего на 1%. Риск – незначительный, но если для женщины это первая долгожданная беременность, то любое упоминание даже о небольшом риске невынашивания вызывает бурю эмоций и переживаний у женщины.

К.К.: Проблема заключается еще и в том, что женщина изначально должна знать о методах пренатальной диагностики. Если она сдает кровь, не понимая всей значимости анализа, то зачастую она отказывается от дальнейшего исследования. Т.е. для нее переход момента от сдачи анализа крови к необходимости принятия решения о проведении кариотипирования является непреодолимым, потому что она изначально может не знать, для чего сдать кровь. В женской консультации женщинам должны объяснять для чего проводится анализ крови, что в случае, если определяется риск рождения ребенка с хромосомным заболеванием, от нее потребуются принятие ответственного решения. Я думаю, это в известной степени помогло бы и нашей работе.

Следует еще отметить, что последний приказ Минздрава ограничивает прерывание беременности на поздних сроках – после 24-25 недель. В связи с этим, если и выявляются маркеры после 25 недель, то инвазивную манипуляцию мы не проводим. На сегодня вся наша работа направлена на то, чтобы выявить синдром Дауна на ранних сроках.

Помимо хромосомных патологий мы выявляем плоды с тяжелыми множественными врожденными пороками развития. Здесь большая заслуга ЛПУ города и нашего отделения пренатальной диагностики. В 2008 году при проведении УЗИ было выявлено более 400 случаев врожденных пороков развития, и в случаях тяжелого неслезлимого порока беременность была прервана. Вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности решается после консультации специалистов соответствующего профиля в зависимости от выявленной патологии. Если выявляется врожденный порок развития, то прежде чем давать семье рекомендации по прерыванию, ей нужно пройти консультацию у соответствующих специалистов. И только

после прохождения консилиума, который дает заключение, что этот порок неоперабелен и неизлечим (ряд пороков излечимы), семье дается рекомендация по прерыванию беременности. В любом случае, решение о прерывании беременности остается за семьей.

- Расскажите о проведении неонатальной диагностики в МГЦ

К.К.: Неонатальный скрининг относится к 3-му уровню профилактики. С июня 2006 года благодаря реализации национального проекта



в сфере здравоохранения расширен массовый скрининг новорожденных. В настоящее время их обследуют на 5 заболеваний: фенилкетонурия, муковисцидоз, адрено-генитальный синдром, врожденный гипотиреоз, галактоземия.

- Почему именно эти заболевания?

Л.Л.: Во-первых, частота этих болезней достаточно высока. Она составляет 1:2000-1:9000 новорожденных, за исключением галактоземии. Во-вторых, при рождении часто отсутствуют клинические проявления данных заболеваний, а для профилактики осложнений, летальности требуется раннее начало лечения. С 2006 г по 5-ти заболеваниям выявлено 96 детей, соответственно назначено раннее лечение. В этих же семьях своевременно проведено медико-генетическое консультирование. В Петербурге охват новорожденных неонатальным скринингом составляет 100%, подтверждение диагноза и лечение в основном приходится на 14-16-й день жизни, это очень хорошие показатели. Это стало возможным благодаря слаженной работе всех ЛПУ города, включая родильные дома и детские поликлиники. Данные заболевания мы рано выявили, рано начали лечить детей, соответственно обеспечили им хорошее качество жизни в дальнейшем и профилактику проблем интеллектуального развития, нарушений соматического здоровья и т.д.

- Чем еще занимается МГЦ?

Л.Л.: Мы также консультируем семьи при подозрении на наследственную патологию для уточнения диагноза, направленные врачами городских ЛПУ. Клинические признаки ряда заболеваний могут проявляться

не с рождения, а манифестируют в детском и старшем возрасте. Врачи-генетики осуществляют выезды к детям в родильные дома и детские стационары. В настоящее время известно более 5000 наследственных заболеваний. В ряде случаев диагноз ставится только по клиническим признакам, и нет возможности подтвердить его на лабораторном уровне. Совершенствование возможностей цитогенетической и биохимической лабораторий позволяет подтверждать клинические диагнозы. В цитогенетической лаборатории помимо стандартного цитогенетического исследования внедрена FISH – диагностика, позволяющая диагностировать ряд микроделеционных синдромов: Ангельмана, Прадера-Вилли, велокардио-фациальный и др. Используются возможности других медицинских учреждений, Федеральных медико-генетических центров.

Поставка в МГЦ нового для Российского практического здравоохранения – tandemного масс-спектрометра ставит на новый уровень диагностику, а в дальнейшем и лечение многих тяжелых, но редко встречаемых, а поэтому и трудно диагностируемых заболеваний. Tandemный масс-спектрометр позволяет выявить редкие заболевания аминокислотного обмена, нарушения окисления жирных кислот. В частности, тирозинемии, гомоцистинурии, цитруллинемии и ряд других. На сегодня мы только осваиваем масс-спектрометр, и наша задача – «отработать» на нем возможности диагностики для обследования в дальнейшем селективных групп детей с тяжелой патологией. При этом перед нами ставятся и новые задачи, касающиеся прежде всего тесной взаимосвязи лечащих врачей и специализированных центров.

- Расскажите подробнее о взаимодействии с врачами других ЛПУ? Случаются ли ошибки в их работе?

К.К.: Во многом эффективность работы медико-генетической службы зависит от грамотной организации и осведомленности специалистов ЛПУ города, ведь, в основном, врачи других специальностей направляют пациентов в МГЦ. Следует сказать о понимании и знании вопросов медицинской генетики врачами города, практически на любой конференции рассматриваются заболевания с наследственной и врожденной патологией. В свете пожеланий, хотелось бы обратить внимание врачей на соблюдение показаний направляемых контингентов в МГЦ согласно распоряжениям Комитета по здравоохранению, а также на осторожность при постановке диагноза наследственного синдрома при отсутствии молекулярно-генетического подтверждения. Профессионализм врачей нашего города высок, и иногда мы сталкиваемся с ситуацией, когда

направляются пациенты уже с поставленным редким наследственным синдромом. Консультация специалиста генетика должна быть непременно, ведь диагноз влечет за собой не только прогноз по заболеванию, но и прогноз потомства.

Как ясно из вышесказанного, работа Комитета по здравоохранению по развитию медико-генетической службы проводится постоянно, имеет хорошие результаты и направлена на предоставление в полном объеме всей медицинской помощи в рамках территориальной программы.

Весь порядок взаимодействия медико-генетической службы с лечащими врачами прописан в документах Комитета по здравоохранению и отработан в практических взаимосвязях, особенно это касается более старых направлений работы. Учитывая специфичность медико-генетической помощи, единичные случаи необоснованного направления в МГЦ не воспринимаются нами как ошибка, т.к. в конечном счете правильное оказание медицинской помощи является более приоритетным.

Если же врачи ЛПУ и, прежде всего, женских консультаций начинают ошибаться при массовых скринингах и, например, необоснованно направляют беременных женщин во 2-м триместре для сдачи крови, когда им это не показано, т.к. они уже обследованы в 1-ом триместре, то происходит избыточное расходование ресурсов, и возникает опасность задержки обследования действительно нуждающихся в этом пациентов. При нарушении врачами женских консультаций да и самими беременными диагностических сроков как взятия образцов крови для исследования, так и УЗИ – мы фактически не можем оказать помощь тем, кому она должна быть оказана. Ошибки при массовых скринингах для нас являются очень важными, и мы принимаем меры для того, чтобы их в дальнейшем избежать: издаем новые нормативные документы, непрерывно ведем работу с врачами женских консультаций.

- Какая работа ведется в этом

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 вытущен 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 нефрофильной 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).

направлений?

К.К.: Совместно с Федеральным медико-генетическим центром мы направляем в Комитет по здравоохранению письма, где обосновываем меры для предотвращения ошибок и предлагаем издать методические рекомендации. В частности, недавно создана методическая рекомендация, которая на основе изучения результатов 2008 года в рамках имеющегося распоряжения позволила отрегулировать часто повторяющееся нарушение порядка направления к нам, о котором я уже упоминал. Нельзя забывать, что любая необоснованная диагностика приносит не только экономический, но и моральный ущерб. Женщина сдает кровь повторно, она повторно переживает и может впасть в заблуждение относительно правильности результатов выполненных исследований. Поэтому мы должны проводить работу на основании изучения материалов и принятия на самом высшем уровне, т.е. на уровне главного специалиста по медицинской генетике, на уровне специалистов нашего центра, главного врача МГЦ, предложенный Комитету здравоохранения.

По результатам переписи 2002 г. были уточнены социально-экономические показатели состояния нашего общества. Были приняты меры по улучшению уровня жизни граждан в том числе, была принята президентская «программа здоровья», которая продолжается по настоящее время. В рамках реализации этой программы увеличилось количество видов обследования новорожденных, позволяющих предотвратить развитие заболеваний и инвалидизацию. Перепись населения, которая будет производиться в 2010 году, позволит изучить результаты осуществляемых программ и при необходимости корректировать их для повышения качества оказания медицинской помощи.

Беседовала Елена ИГНАТЬЕВА



9 июля губернатор посетила Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А.Алмазова (бывший НИИ кардиологии), расположенный на ул. Аккуратова, 2. Здесь ведется поэтапное строительство нового клинко-поликлинического комплекса общей площадью 42 тыс. кв. м.

Губернатор ознакомилась с ходом работ по возведению нового перинатального центра, осмотрела открывшийся совсем недавно операционный блок, побывала в отделениях магнитно-резонансной терапии, функциональной диагностики, гематологии, а также в научной фундаментальной библиотеке.

В.И.Матвиенко обсудила с руководством центра, какую помощь может оказать город для скорейшего завершения этого крупного федерального проекта. Губернатор напомнила, что

строительство нового комплекса зданий на улице Аккуратова началось еще в 1988 году, однако затем из-за финансовых трудностей стройка на долгие годы была заморожена и продолжилась лишь в 2004 г., по распоряжению Президента России. В 2006 г. были открыты поликлиника и крупнейшая в городе станция переливания крови, а в мае этого года началась работа кардиохирургической клиники Центра.

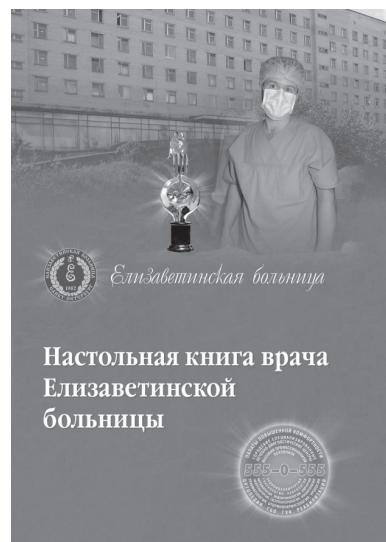
В.И.Матвиенко подчеркнула, что по своему оснащению и возможности оказания высокотехнологичной помощи Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А.Алмазова несколько не уступает лучшим европейским клиникам. Губернатор особо отметила, что две трети пациентов центра – петербуржцы. Жителям Северной столицы ежегодно выделяется 1800 квот на сложные операции, проводимые в центре, но, по словам В.И.Матвиенко, город будет

МЕЖДУ ПРОЧИМ

добиваться увеличения этой цифры, чтобы в течение года полностью ликвидировать очередь на получение высокотехнологичной кардиологической медицинской помощи.

Правительство Петербурга также сделает все возможное, чтобы создание всего комплекса Центра имени В.А.Алмазова было завершено в срок. Город выделит дополнительно землю под строительство лечебно-реабилитационного корпуса для перинатального центра, поможет в согласовании документации по проекту центра трансплантологии, а также выделить деньги на строительство удобной подъездной дороги. «Это будет настоящий медицинский город, объединяющий лечебные клиники, науку и подготовку кадров», - подчеркнула губернатор.

По информации пресс-службы губернатора



Настольная книга врача Елизаветинской больницы

НОВОСТИ ТЕРКОМА

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОПЛАЧИВАЕМЫЕ
ОТПУСКА ПЕРЕСТАЛИ БЫТЬ ВНЕ ЗАКОНА

Первый этап борьбы с «экономическим кризисом» начался в Санкт-Петербурге намного раньше, чем в США и странах западной Европы - в конце 2007 года - с проверки финансово-бюджетной деятельности учреждений здравоохранения комиссией контрольно-счетной палаты Санкт-Петербурга. Такие проверки лечебно-профилактических учреждений в районах Санкт-Петербурга продолжались и в 2008 году. Контрольно-счетная палата Санкт-Петербурга в процессе этих проверок «неожиданно» заметила отсутствие в городе нормативного акта, которым бы определялись порядок и условия предоставления дополнительных отпусков работникам с ненормированным рабочим днем и предъявила руководителям учреждений претензии по нецелевому использованию бюджетных средств. При этом не обратили внимание на то, что во всех проверяемых учреждениях действовали локальные нормативно-правовые акты - коллективные договоры, определявшие на основании 119-й статьи Трудового

кодекса Российской Федерации (ТК РФ) предоставление дополнительных отпусков работникам с ненормированным рабочим днем.

Главы администраций некоторых районов Петербурга тем не менее поспешили вышеуказанные отпуска отменить. Потом вышло распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга об отмене отпусков работникам с ненормированным рабочим днем. Процесс экономии бюджетных средств, нарушающий конституционные права граждан, пошел в Санкт-Петербурге полным ходом. В Калининском районе администрация пошла дальше по пути экономии бюджетных средств, подключив к ее решению отдел по борьбе с экономическими преступлениями УВД района.

С самого начала этой «антикри-

зисной политики» Территориальный комитет профсоюза работников здравоохранения неоднократно обращался к вице-губернатору Петербурга



Л.А.Косткиной, губернатору Петербурга В.И.Матвиенко с требованием срочно разработать и ввести в действие постановление правительства Санкт-Петербурга о порядке и условиях предоставления ежегодных дополнительных отпусков работникам с ненормированным рабочим днем, а до вступления его в законную силу отменить решение о приостановке предоставления таких отпусков работникам медицинских учреждений Санкт-Петербурга, как противоречащее 5-ой и 119-ой статьям ТК РФ и нарушающее конституционные права граждан.

За несколько месяцев прессинга правительства города по защите прав работников отрасли Территориальный комитет профсоюза вынудил вице-губернатора Косткину Л.А. издать распоряжение о создании комиссии по разработке вышеуказанного постановления, и к 1 августа 2008 года такая комиссия была создана. Казалось бы, процесс восстановления справедливости начал набирать обороты, но не тут то было - помешали отпуска и командировки чиновников администрации Санкт-Петербурга. Настоящая работа над проектом постановления началась только в ноябре-декабре 2008 года, т.е. в момент разрастания мирового кризиса.

К концу 2008 г. проект постановления правительства был создан. Максимум в течение месяца можно было произвести юридическую экспертизу проекта постановления, его согласование с заинтересованными комитетами и отраслевыми профсоюзами, подписать и ввести в действие, однако на все перечисленные мероприятия администрации Санкт-Петербурга потребовалось почти полгода. Видимо, за это время удалось провести экономии бюджетных средств, которые не выделялись на оплату отпусков сотрудникам учреждений бюджетной сферы Санкт-Петербурга.

Чтобы городские власти не смогли позабыть о скорейшей необходимости принять данное постановление, в целях защиты прав работников отрасли Территориальный комитет профсоюза неоднократно в письменной форме обращал внимание прокурора города и Генерального прокурора РФ на недопустимые действия администрации Санкт-Петербурга в части касающейся отмены отпусков работникам с ненормированным рабочим днем.

Наконец, через полтора года переписки, обращений, чиновничьей волокиты 22 июня 2009 года губернатором Санкт-Петербурга В.И. Матвиенко подписано постановление «Об утверждении Порядка и условий предоставления ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска работникам с ненормированным рабочим днем в учреждениях, находящихся в ведении исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга». Полугодовая борьба Территориального комитета профсоюза работников здравоохранения увенчалась успехом - права медицинских работников восстановлены!

От редакции: документ вступает в силу со дня официального опубликования. На 16.07 не опубликован.

Н.С.СОЛОМИН
гл. специалист Теркома
профсоюза работников
здравоохранения
(на фото)

МЕЖДУ ПРОЧИМ

Губернатор В.И.Матвиенко провела 11 июля выездное совещание по вопросам развития социальных учреждений и благоустройству территорий Кировского района.

В специализированном (коррекционном) детском доме №1 В.И.Матвиенко осмотрела построенный по ее поручению физкультурно-оздоровительный комплекс, а также побывала в женской консультации №20 и Городском клиническом онкологическом диспансере.

Здание женской консультации было построено еще в 60-е годы и было признано аварийным. После проведенной реконструкции помещения значительно расширено за счет присоединения части помещений соседнего дома, с которым она теперь соединена пристройкой. В.И.Матвиенко отметила, что в новом виде женская консультация, обслуживающая большой микрорайон, соответствует всем необходимым требованиям. В ней есть

даже бассейн для оздоровления беременных женщин, дневной стационар, физиотерапевтическое отделение, комплекс подготовки беременных к родам, операционный блок для малых гинекологических операций.

Городской клинический онкологический диспансер размещается в бывшей больнице Кировского завода, которая, как отметила В.И. Матвиенко, к моменту реконструкции находилась в полуразрушенном и полузаброшенном состоянии.

С 2005 года мы поэтапно приводим онкодиспансер в порядок. То, что было раньше и теперь - это небо и земля, - сказала губернатор. Она отметила, что сегодня Городской клинический онкологический диспансер стал больницей-тысячником. В нём созданы все условия для диагностики и лечения больных. Губернатор подчеркнула, что нужно еще два-три года, чтобы довести под ключ все отделения и блоки больницы.

**По информации
пресс-службы губернатора**



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

БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург

Совместно с:
ФАРМАЦИЯ
Санкт-Петербург

14-я Международная
выставка
по здравоохранению

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

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Президиум Российской академии медицинских наук, Северо-Западное отделение РАМН объявляет конкурс на должность **директора Новгородского научного центра Северо-Западного отделения РАМН.**

Срок предоставления документов - 1 месяц со дня публикации объявления.

Документы направлять по адресу:

**197376, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., 71, Президиум СЗО РАМН.
Телефон для справок 234-3466.**



Городская поликлиника №102 поздравляет с днем рождения Юрия Сагадаевича САВЕЛЬЕВА, заведующего Центром амбулаторной хирургии, заслуженного врача Республики Бурятия и Российской Федерации, доктора медицинских наук, которому 16 июля исполнилось 70 лет.

Юрий Сагадаевич является основоположником амбулаторной хирургии в России и Ленинграде - Санкт-Петербурге. Много сил и заботы отдает людям. Долгие годы сотрудничает с ВМЕДА, СПбГМУ.

Центр является учебной базой по амбулаторной хирургии. Хотим пожелать Юрию Сагадаевичу здоровья, творческих и профессиональных достижений.

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 РУГК
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: 16.07.2009
Дата выхода: 17.07.2009

Отпечатано
в ООО "Типографский комплекс
"Девиз"
199178, СПб, В.О., 17-я линия,
д.60, лит. А, ком. 4Н.
Тел. 303-9495
Заказ № ТД-0002430
Тираж 2600 экз.
Цена свободная