

ИЗДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

ФИНАНСОВЫМ РЕЗЕРВАМ МЕШАЕТ КАЗНАЧЕЙСТВО

СТР.2...

ШКОЛЫ ПРОТИВ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ

СТР.3...

АТТЕСТАЦИЮ И СЕРТИФИКАЦИЮ «ПЕРЕКРОЯТ» В СЕНТЯБРЕ

СТР.4-5...



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



Новинка!

Мочевые
анализаторы
UriLit



Гематологические
анализаторы
HemaLit



Биохимические
анализаторы
BioLit



ООО «Корвэй» 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 кинофторентгенматериалов;
- 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:

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

195197, Калининский район,
Минеральная ул., 13, литер Ч

ТЕМА НОМЕРА

КАЗНАЧЕЙСТВО В НАШИХ УСЛОВИЯХ БЕЗНРАВСТВЕННО!

В "МП" №11 мы начали рассказывать о научно-практической конференции «Антикризисный менеджмент в медицинском учреждении», которая была организована НП «Единая медицина» и Координационным центром по СЗФО и прошла в июне в помещении клинической больницы №122 им. Л.Г. Соколова ФМБА РФ (ЦМСЧ №122). Первый материал был посвящен докладу главного врача клиники Я.А. Накатиса. Сегодня предлагаем нашим читателям познакомиться с содержанием ещё одного выступления, сделанного на конференции.

Вице-президент Ассоциации банков Северо-Запада, к.э.н., доцент **Виктор Васильевич Титов** посвятил свое выступление вопросам управления рисками в деятельности медицинских организаций и привлечения инвестиций в здравоохранение. Представляя докладчика аудитории, Я.А. Накатис сообщил, что, по его мнению, благодаря именно Виктору Васильевичу ЦМСЧ №122 стала такой успешной. «Он всего за 10 дней со 100-процентным попаданием создал план нашего развития, - сказал г-н Накатис, - мы даже смогли «не зайти» в кризис 1993 года. Он умел и научил нас работать с «короткими» деньгами. Мы работали очень оперативно, имели беспроцентные остатки по счетам, могли делать подвиги».

В.В.Титов считает, что информация о банковской системе СПб и её проблемах необходима руководителям ЛПУ. - Не исключена вторая волна кризиса, - говорит он, - и хотя медицинские госучреждения, вроде бы, и защищены, т.к. финансируются за счет бюджета и имеют временное преимущество на рынке, поскольку профицит прошлого года бюджета даст возможность более-менее успешно финансировать основные статьи городского бюджета. Но в следующем году региональных запасов уже не будет, и финансирование здравоохранения может существенно осложниться, хотя Президентом среди приоритетных направлений названа и медицина.

По словам В.В.Титова, у нас резко увеличивается число организаций с иностранным капиталом. В СПб и СЗФО 80 банков, 20 из которых контролируется (полностью или частично) иностранным капиталом. И в Восточной, и в Центральной Европе роль таких банков, их влияние на экономику будут велики.

В Петербурге - 41 банк. К сожалению, кризис сильно ударил по банковской структуре - мы потеряли 2 серьезных банка - лицензии отозваны у крупнейшего прогрессивного «КИТ-финанса», который, к счастью, попал в госпрограмму финансового оздоровления, и ВЕФК, бывшего «Петровского», который стали спасать, потому что в нем более 2 млн счетов пенсионеров.

В 93-м году мы с «Петровским» очень активно и успешно работали, заметил г-н Титов, с их помощью мы

узнали, как можно за один день принять решение и получить кредиты. А.Я.Накатис добавил по этому поводу: «В течение двух лет мы имели возможность управлять остатками на счетах по телефону, даже смогли создать жировую прослойку, которая до сих пор работает в виде беспроцентных кредитов. Это придумал Виктор Васильевич. Был период, когда мы «играли



в короткие деньги» - давали их банку на 5 дней при ставке 180-200%. Не вовремя принятое решение могло привести к ежедневным финансовым потерям. В течение дня нужно было решить вопросы с поставщиками, приобретением оборудования в долларовых ценах. Чуть-чуть зазевался и - проблемы».

В.В.Титов считает, что в СЗФО Петербург является реальным финансовым центром. Несмотря на кризис, банковская система развивается, хотя темпы роста существенно замедлились. Сама по себе система слабая, но всё же нам приходится рассматривать банки как основной инвестиционный источник развития экономики - 80% активов на финансовых рынках принадлежат банкам. Но они достаточно слабы по сравнению со многими импортными банками, где вклад меньше 50 тыс. долларов даже не рассматривается. Их активы превышают капитал всей банковской системы России.

Государство недостаточно помогает банкам, сетует г-н Титов, оно должно предоставлять преференции

всем, а «накачивает» деньгами только свои банки, чем дает последним конкурентное преимущество. Так, «КИТ-финанс» является филиалом «Сбербанка», и он до недавнего времени находился на 2-й строчке среди банков. Сейчас на 2-е место выходит Банк «Санкт-Петербург», которому оказывают поддержку правительства Москвы и Петербурга. Из-за оказывае-

их роста упали. Так, по статистике Центрального банка, в 1-м квартале 2008 г. ипотечных кредитов было выдано 4 млрд руб., в 2009 г. - 1,5 млн. Многие банки обещают, что дадут кредиты, а на самом деле - не дают. Что касается инвестиций в медицину, то в первую очередь любые кредиты и инвестиции - вопрос обеспечения (залог, поручительства и т.д.). Например, в свое время Я.А.Накатису удалось взять огромные кредиты благодаря тому, что он сумел найти поручителей.

Кризис преподнес важные уроки, - сказал В.В.Титов, - тяжело тем, кто полностью кредитовался, не имея собственного запаса прочности. По хорошему, чтобы принять серьезное инвестиционное решение, на 30-40% за счет накопления прибыли должны быть собственные ресурсы. Это доказывает мировая статистика. Там, где «ныряешь полностью», риски велики. С этим был связан ипотечный кризис в США, хотя на самом деле он возник из-за того, что создавались очень простые условия для получения нулевых (без первого взноса) кредитов. Был быстрорастущий рынок жилья. Жилье дорожало, и всем хватало, но когда цены стали падать, начались проблемы. Отсюда следует, что накопления нужны. Нам необходимо восстанавливать сберегательную культуру. Например, в Европе, чтобы получить ипотечный кредит, нужно внести сумму от 30% кредита. Если ты кредитуюсь, а у тебя нет ни машины, ни квартиры, любая неприятность, которая с тобой произойдет, станет большой проблемой для членов твоей семьи. Рынок же страхования жизни в РФ дискредитирован полностью.

По словам В.В.Титова, в нынешней ситуации, на что и какие нужны деньги организации - вопросы принципиальные. Поэтому каждой организации нужно иметь стратегический взгляд на развитие, план, чтобы знать, как, в каком направлении ты собираешься развиваться. К примеру, у руководителя крупнейшего американского госпиталя на столе нет ничего, кроме стратегического плана. Его задача - обеспечивать развитие этого плана. Побывав на партнерских выездах в США, докладчик видел, как происходит выбор объекта для инвестиции. - В США существует стройная система - у них даже больше социализма, чем у нас было, - говорит он, - с самого низа идет обсуждение, какого типа

их роста упали. Так, по статистике Центрального банка, в 1-м квартале 2008 г. ипотечных кредитов было выдано 4 млрд руб., в 2009 г. - 1,5 млн. Многие банки обещают, что дадут кредиты, а на самом деле - не дают.

Что касается инвестиций в медицину, то в первую очередь любые кредиты и инвестиции - вопрос обеспечения (залог, поручительства и т.д.). Например, в свое время Я.А.Накатису удалось взять огромные кредиты благодаря тому, что он сумел найти поручителей.

Кризис преподнес важные уроки, - сказал В.В.Титов, - тяжело тем, кто полностью кредитовался, не имея собственного запаса прочности. По хорошему, чтобы принять серьезное инвестиционное решение, на 30-40% за счет накопления прибыли должны быть собственные ресурсы. Это доказывает мировая статистика. Там, где «ныряешь полностью», риски велики. С этим был связан ипотечный кризис в США, хотя на самом деле он возник из-за того, что создавались очень простые условия для получения нулевых (без первого взноса) кредитов. Был быстрорастущий рынок жилья. Жилье дорожало, и всем хватало, но когда цены стали падать, начались проблемы. Отсюда следует, что накопления нужны. Нам необходимо восстанавливать сберегательную культуру. Например, в Европе, чтобы получить ипотечный кредит, нужно внести сумму от 30% кредита. Если ты кредитуюсь, а у тебя нет ни машины, ни квартиры, любая неприятность, которая с тобой произойдет, станет большой проблемой для членов твоей семьи. Рынок же страхования жизни в РФ дискредитирован полностью.

По словам В.В.Титова, в нынешней ситуации, на что и какие нужны деньги организации - вопросы принципиальные. Поэтому каждой организации нужно иметь стратегический взгляд на развитие, план, чтобы знать, как, в каком направлении ты собираешься развиваться. К примеру, у руководителя крупнейшего американского госпиталя на столе нет ничего, кроме стратегического плана. Его задача - обеспечивать развитие этого плана.

Побывав на партнерских выездах в США, докладчик видел, как происходит выбор объекта для инвестиции. - В США существует стройная система - у них даже больше социализма, чем у нас было, - говорит он, - с самого низа идет обсуждение, какого типа

оборудование необходимо клинике, что нужно закупить, как развиваться, зарабатывать, получать бонусы. На каждом уровне это обсуждает комиссия, в результате формируется нужное количество инвестиций. Правда, руководство имеет право вето, иначе будут перекосы. Оно же формулирует первоочередные задачи.

Такую технологию, когда в создание стратегии вовлекаются руководители клиники всех уровней, нужно создавать и у нас. Но, к сожалению, государственные ЛПУ находятся в казначействе, и необходимого для стратегического развития накопительства у них нет. Они не могут создать финансовые резервы, необходимые для развития, и это - аксиома. Резерв необходим, чтобы не задерживать зарплату. В США, к примеру, нет ЛПУ без 2-х месячного запаса, обеспечивающего выплату заработной платы, даже если прекратились денежные поступления. Если есть дополнительные ресурсы доходов, должен быть запас. А сегодня у наших ЛПУ основная проблема - где взять деньги. Им не на что осуществлять инвестиции.

Итак, по мнению вице-президента Ассоциации банков Северо-Запада, для полноценного развития ЛПУ необходимы:

- стратегический взгляд на развитие;
- система отбора, выбора, приобретения на всех уровнях. Любому руководителю полезно принимать в этом участие, понимая при этом, что их ценят;
- создание и использование возможностей благотворительных фондов, особенно у нас - обслуживающие организации должны нам помогать, потому что «кормятся» за наш счет. Необходимость существования благотворительных фондов в комментариях не нуждается.

Кроме того, должны быть согласованные действия органов здравоохранения, чтобы механизм финансирования ЛПУ был понятен: как именно организация, имеющая источники дохода, может создавать свой ресурс. То, что сейчас деньги в казначействе, и ЛПУ ничего не может получить, в условиях инфляции даже безнравственно - нужно забирать оттуда деньги, чтобы они не лежали мертвым грузом. И нужно разрешить организациям держать в коммерческих банках накопительные счета. Но за всё это надо бороться!

Подготовила Виктория ЗАХАРОВА

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

Аккредитованная испытательная лаборатория электро медицинской 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.0001.22МТ41 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.medtechnikaspb.ru e-mail: lab@medtechnikaspb.ru



7-8 октября в гостинице «Сокол» (Батайский пер, д. 3А) состоится IV международный научный конгресс «Рациональная фармакотерапия и клиническая фармакология».

Проблемы рациональной фармакотерапии в настоящее время имеют особое значение в связи с наличием большого количества лекарственных средств на фармацевтическом рынке. В рамках данного научного форума предполагается обсудить проблемы фармакотерапии основных острых и хронических заболеваний, вопросы фармакоэпидемиологии, фармакоэкономики и лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений, методологические подходы к организации лечебного процесса. В работе конгресса примут участие ведущие ученые России, Европы и США.

Оргкомитет конгресса приглашает принять активное участие в работе форума и в обсуждении данного круга проблем, имеющих большое клиническое и социально-медицинское значение.

Участие в конгрессе врачей, провизоров, фармацевтов, студентов, государственных служащих - бесплатное. Вход на заседания, симпозиумы и семинары - свободный. Все участники обеспечиваются материалами конгресса.

Дополнительная информация:

Молоковский Дмитрий Сергеевич, тел.: 8-921-935-9991;

Белов Григорий Николаевич, тел.: 8-921-886-4786.

clinicpharm@mail.ru

www.clinicpharm.ru

РАЗМЫШЛЕНИЕ НА ТЕМУ...

ПОМОГУТ ЛИ БОРЬБЕ С ВИЧ БЕСПЛАТНЫЕ ПРЕЗЕРВАТИВЫ?

Об этом говорили участники круглого стола «Профилактика ВИЧ-инфекции в Петербурге: презервативы и другие меры защиты», который состоялся в ИА «Росбалт». По информации организаторов мероприятия, недавно в городском правительстве обсуждался вопрос о мерах по предупреждению ВИЧ-инфекции (Петербург занимает пятое место среди российских регионов по ежегодному приросту ВИЧ-инфицированных и первое – на Северо-Западе). Чиновники констатировали, что цены на такую важную вещь для профилактики этой инфекции, как презервативы, слишком высоки, и приняли решение к нынешней осени разработать концепцию по предупреждению ВИЧ-инфекции, в рамках которой, помимо всего прочего проводить масштабные акции по раздаче презервативов.

Участники круглого стола рассказали о мерах по предупреждению ВИЧ-инфекции и болезней, передающихся половым путем, а также обсудили механизм реализации плана бесплатной раздачи презервативов среди молодежи с учетом мирового опыта осуществления подобных акций.

НАРКОМАНАМ - ПРЕЗЕРВАТИВЫ БЕСПЛАТНО!

Так, главный инфекционист Комздрава, заведующая кафедрой инфекционных болезней с курсом лабораторной диагностики СПИДСпбМАПО **Аза Рахманова** сказала, что задача будущей программы - повышение информированности населения в плане способов распространения этого заболевания. - У нас идет генерализация поведения, считает гл. инфекционист, связанная с тем, что эпидемия перемещается в обычные группы населения. К примеру, женщины, никогда не употреблявшие наркотические вещества, но имевшие сексуальные контакты с наркопотребителями, нередко заражаются ВИЧ половым путем. Понимание населением этой проблемы и его информированность поставлены во главу угла при подготовке программы. Около 22 млн руб. выделено правительством на этот раздел работы, что в три раза больше, чем в 2007 году.

Кроме того, увеличились суммы, выделенные на профилактическую работу с наркопотребителями. В городе есть специальные пункты для наркопотребителей, куда могут обращаться страдающие наркотической зависимостью, чтобы получить информацию о ВИЧ, а также БЕСПЛАТНО – презервативы.

Правительство Петербурга оказывает и собирается оказывать впредь поддержку беременным ВИЧ-инфицированным, закупает для них самые современные препараты. В Петербурге более 3 тыс. родивших женщин с ВИЧ-инфекцией, но только у 225-ти из них родились инфицированные дети, половина из которых находится сегодня на лечении. Если ВИЧ-инфицированные женщины, будучи беременными, постоянно принимают определенные препараты, это делает возможным рождение у них здоровых детей.

К сожалению, в городе отсутствует культура использования презерватива как метода предохранения от инфекций, передаваемых половым путем. Многие считают, что он не дает 100%-ной гарантии, и, следовательно, незачем тратить на него деньги? Но при правильном использовании презерватива гарантия есть, просто надо уметь им пользоваться, читать памятки. Многие, кстати, оправдывают свою халатность в плане ИПП высокой стоимостью презервативов, но это на самом деле, уверена главный инфекционист, просто несознательность, ведь многим их предлагают бесплатно!

ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ В ШКОЛЕ НЕОБХОДИМО!

- считает **Павел Кротин**, главный врач городского консультативно-диагностического центра для детей и подростков «Ювента», который рассказал, что в его центре и молодежных консультациях ежегодно диагностируется 30-40 ВИЧ-инфицированных. Все они утверждают, что заразились половым путем, т.е. являются жертвами. Но психологи специально поговорили со всеми, и выяснилось, что каждый из инфицированных хотя бы раз попробовал употребить наркотики. Презервативы же на 100% защищают от ВИЧ. Не еди-

ничны случаи, когда женщина живет с ВИЧ-инфицированным, а сама - не инфицирована, и их ребенок тоже не инфицирован. - СПИД – не самая страшная инфекция в плане заражения, - уверен П. Кротин и приводит в пример “развращенную” Голландию, где на каждом углу в кофешопах можно свободно купить наркотики, но где с первого класса вводится сексуальное образование, и в результате половая жизнь начинается там на полтора года позже, чем у нас. В Голландии средний возраст вступления в половую жизнь - 17 лет, причем в 90% случаев первый половой акт уже защищен и чаще всего - презервативом. Там они, кстати, тоже не дешевые, но в то же время большое их количество раздается бесплатно. - Именно доступность, говорит главный врач “Ювенты”, в Голландии презервативов и шприцов для наркоманов способствует снижению уровня инфицированных. Мы говорим о росте ВИЧ в Африке, в Азии, но он наблюдается и в США, потому что там такая же проблема с половым воспитанием, как и у нас. У нас – потому что секс считается западной угрозой, а там, потому что - коммунистической. Россия и США - две страны, где половое воспитание запрещено, поэтому в них самое большое количество беременностей. Разница лишь в том, что у них больше родов, а у нас больше аборт.

- Да, было бы оптимально выдавать презервативы в школах, говорит г-н Кротин, но школы этого не допустят. Было специально обучено 700 волонтеров, которые были готовы пойти 1 декабря в Международный день СПИДа по всем школам и рассказать о СПИД и защите от него. С комитетом по образованию все было оговорено, но в школах сказали: “Приходите, пожалуйста, рассказывайте о ВИЧ, но о презервативах ни слова”. Плакаты на данную тематику ни одна школа не согласилась повесить, аргументируя это тем, что они развращают молодежь. Павел Кротин не винит школу, она, по его словам, заложница системы, борьбы родителей с необходимостью полового воспитания. Родители любят писать в прокуратуру письма на эту тему, а закон у нас таков, что прокуратура может, опираясь на обращения граждан, посадить прогрессивного директора школы.

ОДНО НЕЛОВКОЕ ДВИЖЕНИЕ, И У ТЕБЯ – ВИЧ!

Заместитель председателя Комитета по здравоохранению по вопросам оказания медицинской помощи населению **Олег Гриненко** имеет непосредственное отношение к работе с молодежью при Комитете по молодежной политике, где профилактикой наркозависимости занимается 1000 волонтеров. – В основном мы имеем дело с молодежью группы риска, сказал он, за год на индивидуальном воспитании и коррекции поведения находилось 4 тыс. несовершеннолетних. - То, о чем мы говорим сегодня, заметил г-н Гриненко – это элементарные морально-этические нормы, гигиена, отношение к здоровью, карьере, жизни. У нас, видимо, слишком дешевая медицина, раз человек может позволить себе не задумываться о том, что завтра он может быть инфицирован ВИЧ и будет всю оставшуюся жизнь платить за лекарства.

- Я задавал вопрос многим молодым людям, сказал он, по поводу того, что нужно сделать, чтобы у них в кармане всегда лежал презерватив, чтобы секс был по-настоящему защищен? Отвечая на блиц-опрос для молодежи 16-25 лет, они говорили, что нужен автомат, где было бы ком-

фортно покупать презервативы. Они должны стоять и внутри, и снаружи аптеки, потому что в аптеке не всегда удобно купить через фармацевта – это не конфиденциально. Автоматы должны быть в кинотеатрах, кафе, барах, ресторанах, спорткомплексах, общественных туалетах. Нужно активизировать рекламу безопасного секса на телевидении, в кинотеатрах перед фильмами. Презервативы не должны быть бесплатными, пусть они стоят хотя бы рубль, чтобы их приобретение было сознательным. Предлагались также такие креативные решения, как кармашек для презерватива на паспорте или на одежде, создание музея презервативов и т.д.

- У нас очень разная молодежь, говорит представитель КЗ – и та, которая под следствием и та, которая волонтерит и несет идеи здорового образа жизни в массы. И процент молодежи, которая думает о будущем, растет. Мальчики, например, перестают курить. Правда, растет процент курящих женщин, но, может, хоть мужчины возродятся. В настоящее время, считает г-н Гриненко, у нас только 30% молодежи, которая готова быть активной для будущего, и призывает всем миром “навалиться” на просветительство, на то, что связано с привитием поведенческих норм, потому что культура питья и культура секса – ничем не отличаются с точки зрения опасности. Одно неловкое движение – и у тебя ВИЧ. Сегодня правительство работает над просветительством, развивает программы по профилактике и информированности.

Павел Кротин тоже считает, что нынешняя молодежь настроена очень активно по отношению к своему здоровью, это показали результаты анкетирования. И приводит в пример такое заболевание как сифилис – раньше не было ни дня без этой ИПП, сегодня она встречается всего 5-6 раз в год.

ЧЕМ ДОРОЖЕ, ТЕМ НАДЕЖНЕЕ

Начальник отдела маркетинга одной коммерческой структуры **Дмитрий Попов**, остановился на адекватности цены «резиновых изделий №2» на российском рынке. Они поступают в аптеку по цене 30 рублей, а после наценки продаются по 50 рублей за пачку. Если сравнивать цены в Европе и России, то в Европе небрендированные презервативы стоят 4 евро, брендированные - до 7 евро за упаковку, т.е. у нас цены ниже (*Но у нас и зарплаты намного ниже! И в процентном соотношении 25-летний инженер в Швейцарии на свою зарплату может купить гораздо больше презервативов, чем его коллега в России – В.М.*). Есть, конечно, презервативы различных ценовых категорий, даже по 2 рубля, но доверять их качеству г-н Попов не советует – лучше, говорит он, покупать брендовую продукцию компаний, которые следят за качеством своих изделий и могут гарантировать их безопасность. К сожалению, у нас много “серого” ввоза. Из 400 млн ввозимых в РФ штук в год, лишь половина брендовых. И мы сталкиваемся с контрафактом, очень хорошо подделаным, правда, не в смысле качества, а в смысле внешнего оформления.

Д.Попов порекомендовал при покупке презервативов обращать внимание на качество печати на упаковке, на орфографические ошибки, нанесение номеров, даты изготовления, качество фольги, но признал, что рядовому потребителю отличить контрафакт затруднительно. Единственной гарантией качества может быть покупка презервативов в известных точках продаж (сетях, известных магазинах),

а не в палатках и киосках. На вопрос, производятся ли качественные презервативы в России, он ответил, что в нашей стране ни одна компания этим не занимается, а производства европейских мировых компаний перенесены в Юго-Восточную Азию, где легче вырабатывать латексную смесь, но контроль качества там обеспечен на самом высоком уровне. Сегодня ООН декларирует программу снижения вреда, пропагандируя воздержание, верность и презерватив, которые рекомендует раздавать бесплатно. Но г-н Попов считает, что бесплатная раздача не всегда означает бесплатный презерватив под рукой. Лучше предоставить возможность приобрести презерватив в доступных местах и по доступной цене.

КОНДОМАТЫ СЕБЯ НЕ ОПРАВДАЛИ

Юрий Петров, советник по коммерческим вопросам организации, которая официально распространяет презервативы с 1994 года, сообщил, что их учреждение интересуется тем, как происходит покупка презервативов человеком, желающим себя защитить. Мы участвовали в грантах, чтобы сделать доступными презервативы для молодежи, а также в акции распространения американских презервативов определенного названия со слоганом «Возьми с собой!», развивало культуру секса. - У нас есть опыт по кондоматам, - сказал он, в свое время мы установили их в ЛДМ, на вокзалах, но проект не мог себя содержать даже в обслуживании, хотя аренда, как у социального проекта, была невысока. И цены на презервативы были невысокие, и продавались изделия по одной штуке: казалось бы, очень удобно, но всегда существовали проблемы с мелочью, с разменом. Проект, как бизнес, оказался несостоятельным, и организация кондоматов демонтировала. Теперь есть идея возродить автоматы с баннотами, но пока она несостоятельна.

Ю.Петров рассказал, что его организация проводило много фокус-групп, выясняя, насколько важна для потребителя цена. Оказалось, что она на 4-м месте после известности марки, доверия к ней и доступности. Да, цена презервативов сейчас – рыночная, потому что они не раскупаются так, как сигареты, которые вешаются над кассами.

Всего 28% людей заявили, что они используют презервативы, да и то не всегда, а от случая к случаю. Это говорит об отсутствии у людей достаточной мотивации, и здесь без властей не обойтись. - Разумеется, ВИЧ – не проблема №1, у государства есть задачи более срочные и важные, сказал г-н Петров, но надо все же заниматься этим сейчас, чтобы через 10-20 лет получить здоровое поколение. Наша задача общая – донести до людей, что презерватив НЕОБХОДИМ. Мы готовы участвовать в любых соцпроектах, быть социально активными, с тем, чтобы помочь и поделиться тем опытом, который у нас есть, выступить консультантами, причём, на безвозмездной основе. Пока же наши проекты – просто «галочки» в правительстве.

МЫ ДОЛЖНЫ ПОЛНОСТЬЮ ПЕРЕНЯТЬ ОПЫТ ГОЛЛАНДИИ

Наталья Евдокимова, секретарь правозащитного комитета Совета Петербурга заявила, что Россия участвует во многих международных проектах, и денег туда переводит очень много. В городе было принято 3 социальных программы по профилактике ВИЧ-

инфекции, они все финансировались, потому что были защищены законами СПб, сейчас это просто перечень мероприятий, что означает финансирование по остаточному принципу. Правительство должно изыскать деньги и распределить их по комитетам. При этом, большую часть усилий надо направить на детей, рожденных с ВИЧ.

- Мы должны полностью перенять опыт Голландии, - говорит Н.Евдокимова, а ведь 12 лет назад наш комитет по образованию попытался создать подобный проект и осуществить его в 3-х школах, однако это закончилось штрафами, судами, инфарктами и инсультами, круглым столом с представителями религии, общественных объединений. Результат – у школьников нет никаких сведений о своем теле. И дети, и родители должны получать половое воспитание. Его отсутствие – большой минус нашего общества. Необходимость применения презерватива должна быть в подкормке, а сегодня покупать его считается стыдным. - Надо воспитывать нравственность и мораль, сказала г-жа Евдокимова, - помня, что мы живем в ином обществе. И это - не разврат, а просвещение. Мы знаем, что, открыв форточку, простудимся. Мы должны знать, что незащищенный секс – это опасный секс.

Она рассказала, что в Колпино самое большое количество ВИЧ инфицированных, потому что там наркодиллеров «крышует» милиция, в результате чего каждый второй подросток употребляет наркотики, уже несколько лет там не работает ни один дворец культуры, ни один центр, где дети могут быть хоть чем-то заняты.

Н.Евдокимова сообщила, что в этом году 300 тыс. презервативов было куплено для “Ювенты” и молодежных консультаций, их раздали за 3 месяца по 100-150 штук в руки. Сегодня только по 30 штук в руки (и молодежь смеется – “надо каждую неделю за ними ходить”) выдается на приемах у специалистов – гинеколога и уролога. Это – святое дело. Это мотивирует человека на поход к врачу. – Но на этот год, к сожалению констатировала она, - нам не дали ни копейки, нет и уверенности в том, что дадут на 2010 год, финансирование уже урезано на 2 млн!

Цена в кондоматах будет выше, чем в рознице. Но мы должны говорить не об этом. Есть первичная профилактика, а есть критичная. На критичную мы тратим все деньги, а на первичную руки не доходят, а ведь она обходится дешевле.

Мы должны предпринять все меры, чтобы сдвинуть проблему полового воспитания в школе с мертвой точки. Нужно, чтобы этого потребовало общество, попросили родители! Если уж навязывают православное воспитание, то возможен и факультатив полового просвещения. Школьники могут для этого приходить к специалистам в молодежную консультацию или в “Ювенту”.

Павел Кротин поддержал Н.Евдокимову в необходимости первичной профилактики, а, следовательно, полового просвещения. - До 15 лет мы не можем выдавать презервативы без разрешения родителей, есть закон, что до 16 лет нельзя жить половой жизнью, но ведь дети живут, - сказал он, - по информации ЮНИСЕФ, о нашем центре знает 44% молодых людей, мы думали, что это мало, оказалось, что это астрономическая цифра. 28% пришли к нам, но, к сожалению, уже с проблемами. А нужно, чтобы к нам обращались за первичной профилактикой.

Виктория МАКСИМОВА

3

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

ПЕРЕКУЁМ ВРАЧЕЙ НА МЕДСЕСТЕР?!

11 августа Комитет по здравоохранению провел совещание, посвященное вопросам подготовки, переподготовки, переобучения специалистов, возможности взаимодействия комитетов занятости с образовательными учреждениями. Рассказать о совещании, которое проходило довольно бурно и коснулось самых разных вопросов, мы попросили Ирину Владимировну Бубликову – главного специалиста по управлению сестринской деятельностью СЗФО и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, директора медицинского колледжа №1.

- Совещание было создано по инициативе управления кадров КЗ. На нем присутствовали руководители кадровых служб городских ЛПУ, представители Комитета по занятости, директора всех образовательных учреждений медицинской направленности. На совещании было рассмотрено несколько важных тем.

Первая из них, и послужившая, собственно, поводом для совещания, стала деятельность Комитета по занятости, связанная с тем, что на сегодняшний день в связи с кризисом во всех сферах деятельности, а особенно в коммерческих структурах, предполагается высвобождение большого количества работников. Планируется также сокращение административных служб. На правительственном уровне предлагается и даже требуется сформировать планы по переподготовке высвобождающихся людей, чтобы они после увольнения не оказались на улице. Эта работа по составлению планов ведется особенно активно в течение последнего кризисного года. В КЗ поступило предложение создать в образовательных учреждениях городского здравоохранения специальные подразделения, которые будут заниматься переподготовкой людей, а также сформировать базу данных на предполагаемых увольняемых медицинских работников. Но, как вам хорошо известно, система здравоохранения не предполагает большого количества увольнений, поскольку в ней, наоборот, существует проблема нехватки кадров. Что касается переобучения людей других специальностей, а нам было предложено сформировать для этого учебную программу на 1000 часов (10 месяцев), то мы провели совет директоров образовательных учреждений и проанализировали наши специальности (медсестра, фельдшер, акушерка). В итоге мы пришли к очевидному выводу, что за 10 месяцев не сможем обучить им представителей других специальностей с иным, пусть и самым престижным образованием, за исключением медицинского. За 10 месяцев ни фельдшера, ни лаборанта не сделать. У нас есть утвержденная программа, как за 10 месяцев врача переобучить на медсестру или фельдшера, в крайнем случае, если использовать дистанционное обучение, модульный план, месяцев за 7. Но это – врачи! Мы подали эту информацию в комитеты по занятости и по науке и высшей школе, заявив, что наши учреждения готовы переобучить на медицинских сестер высвобождающихся врачей (а они все-таки будут высвобождаться). Мы можем за 8-10 месяцев подготовить младшую медицинскую сестру (санитарку), но это не дипломированная специальность, оплата труда мизерная, никто не захочет учиться,

чтобы работать на грязной, трудной, низкооплачиваемой работе. Наша система особенная, и мы не раз объясняли это Комитету по занятости, пытались сделать это и на совещании при участии кадровиков ЛПУ.

Но социальная напряженность нарастает, в связи с чем правительство рассылает директивы – отчитаться по существующим программам и опережающим программам обучения. Опережающие программы у нас есть. Мы можем подготовить конкретного специалиста по определенной специальности для крупной больницы, которая будет по плану КЗ специализироваться в той или иной области. Например, для открывающегося онкологического диспансера в Песочном мы подготовим медсестер по специализации «онкология». Но нам поставили в вину, что мы не заключаем договоры с Комитетом по занятости на обучение, в то время как он готов нам это оплачивать. Но кого мы будем обучать? Этот вопрос мы и хотели поставить на совещании. Мы решили встретиться с представителем комитета по занятости, выслушать его предложения, рассказать о нас. Кадров – большая тема для нас, так что не удивительно, что совещание прошло в напряженной обстановке. Кадров нам не хватает, но ведь комитет по занятости с ними нам помочь не сможет! Наши люди не стоят на бирже труда и работу не ищут. Медсестра – крайне востребованная специальность.

Представитель комитета занятости рассказал о таких возможностях комитета, как краткосрочные программы переобучения, оплата временных работ (если вы найдете работников, к примеру, для уборки территории больницы, то Комитет по занятости обещает их труд оплатить).

Мы же ещё раз пояснили, что не можем принимать участие в таких краткосрочных программах в силу специфики системы здравоохранения.

- Но разве нельзя по краткосрочной программе обучать массажистов, косметологов, парамедиков? Им же не нужно знать латынь, фармацевтику и другие сложные дисциплины.

- Это дело будущего. Ещё 25 лет назад, будучи молодым директором, я изучала опыт подготовки парамедиков за границей, в частности, в Великобритании. Конечно, парамедиков не нужно учить долго. Они на муляжах изучают технику прямого и непрямого искусственного дыхания, могут пострадать на улице сделать инъекцию, поставить капельницу и т.д. Их задача – сохранить жизнь, не навредить и довести до больницы. По моему мнению, это очень грамотный подход, но для него необходимо волевое решение на уровне Министерства образования, и ждать его, видимо, придется очень долго. Вот, скажем, нынешнее распоряжение Минздрава о формировании специальных бригад для помощи при

ДТП. В эту бригаду, считает оно, нужен врач-анестезиолог-реаниматолог и медсестры по анестезиологии-реаниматологии. Медсестер мы подготовим из обычных медсестер без проблем, у нас есть специальная



в скором времени студентам медицинских вузов будет запрещено работать медицинскими сестрами. Неужели это возможно? И не приведет ли это к закрытию ЛПУ?

- Все работающие медсестры должны иметь диплом медсестры. В настоящее время готовятся новые нормативные документы, где это будет четко прописано. Сегодня Минздравсоцразвития запретил врачам работать на должности медсестры, и это правильно. Сестры обучаются по абсолютно иной программе, нежели врачи. Во врачебной программе нет психологии общения, сестринских диагнозов, ухода и т.д. Минздравсоцразвития выпустил рекомендательное письмо о том, что на должностях среднего медперсонала имеют право работать люди с дипломом и сертификатом медицинской сестры. Следом выйдет письмо о том, что студенты не имеют права работать на должностях медсестер.

- Но на последних курсах практически все студенты так работают, и, в среднем, до 20% среднего медперсонала – студенты. Конечно, администрация и кадровики ЛПУ в шоке. Что же им делать?

- Этот вопрос можно решить. Необходимо совместная работа ЛПУ, вузов и средних образовательных учреждений сферы здравоохранения. Можно посылать студентов в медицинские колледжи на вечернее отделение, где все общемедицинские предметы им будут зачтены, а переподготовка врача на медсестру занимает 10 месяцев. Пусть человек учится на врача в институте, а на вечернем отделении – на медсестру. Когда он закончит, сможет работать медсестрой, пока не станет врачом. А если у него не будет диплома медсестры, он сможет работать только санитаркой.

Но хотелось бы сказать, что только в нашей стране кажется нонсенсом факт, что врачу нельзя работать медсестрой. Только у нас профессия медсестры всегда рассматривалась как ступенька для получения врачебного образования. Но во всем мире медсестра и врач – две параллельные, абсолютно разные специальности в одной системе – здравоохранения – и вокруг одного предмета – пациента. У них разные задачи, разные подходы, разная подготовка, разное мировоззрение, разные планы и карьерный рост. Есть два высших образования – врач и медсестра. И, кстати, нигде в мире сестринское образование не называется средним! Но во всем мире врач никогда не станет руководить больницей или её подразделением, т.к. его в течение 12-13 лет учат ставить диагнозы и лечить, и он такую дорогую специальность, такое дорогое образование на административную работу не променяет, да ему и не позволят, поскольку там он не будет полностью использовать свои знания. Руководят люди с дипломами разного уровня медсестер. Это экономически грамотно. Только у нас нет в этом отношении порядка, хотя сегодня наше российское образование соответствует международному – дает две параллельные специальности.

- Да, только оплачиваются они по-разному. У нас многие мед-

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

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

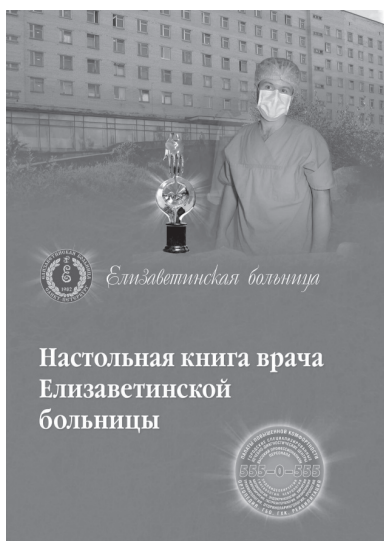
Книга содержит стандарты медицинской помощи в больнице по следующим профилям: хирургия, нейрохирургия, отоларингология, гинекология, урология, травматология-ортопедия, кардиология, неврология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, а также протоколы оказания медицинской помощи пострадавшим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

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

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

По вопросам приобретения книги можно обращаться по тел.: 555-1505, 555-6688.

Цена книги – 980 рублей (за наличный или безналичный расчет).



сестры стремятся во врачи не по призванию, а чтобы больше получать. Да и работа у наших медсестер резко отличается от работы медсестер в развитом мире. Она и тяжелее, потому что слишком много пациентов, и, извините, проще – поскольку медсестре при таком количестве пациентов некогда применять колоссальные знания, полученные во время учебы.

– Вы правы. Но сейчас в этом отношении многое меняется. Наш министр Т.Я.Голикова – экономист, поэтому понимает, что менять надо всю систему здравоохранения, обязанности, номенклатуру и зарплату. Если мы хотим иметь много медсестер на разных должностях, включая руководящие, мы должны им достойно платить, но, правда, и одновременно иметь должный уровень образования, компетентности. Честно говоря, сегодня даже медсестры, получившие высшее сестринское образование, по уровню знаний и умению, складу своего характера и мышления не тянут на европейский уровень. Поскольку система сестринского образования неправильно построена по наполняемости. Первый уровень мы привели в соответствие с европейским, а высшее сестринское образование – пока нет – оно готовит, так сказать, “недоученно-менеджер здравоохранения”, но меня часто главные врачи просят найти толкового специалиста в этой области, а я вижу их очень мало, хотя есть и яркие звездочки. Надо уметь планировать, анализировать, не все с этим справляются.

– Но если вернуться к проблеме, обсуждаемой на совещании, то нужно время, чтобы подготовить из студентов медицинских вузов врачей!

– Поэтому это совещание я считаю крайне актуальным. Уже сейчас, не дожидаясь приказа министерства, кадровики, главные сестры, да и главные врачи должны озаботиться этим вопросом и начать планировать совместную работу КЗ, ЛПУ и образовательного учреждения как среднего, так и высшего, с тем, чтобы специалистам, получающим высшее образование, параллельно давать среднее. Иначе действительно придется закрывать ЛПУ.

Приказ появится не завтра и не послезавтра, возможно, в начале года. Какое-то время, пока не пойдут проверки, можно будет закрывать на него глаза, но после проверок студентов заставят увольнять да еще и оштрафуют. Пока время в запасе есть! Но уже с 1 сентября администрации ЛПУ нужно искать общеобразовательные учреждения, заключать с ними договоры на подготовку группы из врачей для работы в качестве медсестер. Например, если наш колледж заключает с главным врачом договор, я прихожу в вуз, рассказываю студентам, что на старших курсах они не смогут работать в больнице без диплома медсестры, и предлагаю им заключить договор-контракт – мы набираем желающих студентов в группу, учим, но они должны пойти работать именно в это ЛПУ. Надо продумать механизм этого «именно».

В вуз может пойти и пригласить на работу с предварительным обучением и представитель ЛПУ.

Думаю, что нужно создать рабочую группу по разработке плана мероприятий по работе с вузами для создания параллельного обучения. Возможно, в виде пилотного проекта нужно проработать тройственное взаимодействие – ЛПУ, вуз и среднее образовательное учреждение.

Замечу, кстати, что выпускникам вузов не всегда удается найти работу врача, а с дипломом медсестры работу по специальности они найдут всегда.

В целом, на совещании мы говорили о том, что в ожидании скорых зако-

нодательных перемен в обязательном порядке необходимо проанализировать кадровый состав наших ЛПУ, выявить несоответствие дипломов занимаемой должности и настроить общеобразовательные учреждения обеспечить им переподготовку в максимально удобное для работающих людей время.

Например, несколько лет назад возникли кадровые проблемы с медсестрами, которые имеют дипломы санитарных фельдшеров. В свое время они закончили программу санитарного фельдшера, были приняты на работу в ЛПУ. Тогда никаких



программ “сестринской философии” или “управление сестринским делом” не было, им надо было научиться уколам и уходу за пациентом. Сегодня у них уже значительный стаж работы, высшие категории. И тут выходит приказ о соответствии диплома занимаемой должности. Естественно, они должны пройти переподготовку. Такая программа делается в нашем колледже. Было предложено и всем образовательным учреждениям сделать такую программу, но никто не захотел браться за такое хлопотное дело. Во-первых, надо сравнить две программы, во-вторых, сделать эту программу, а самое главное – построить систему, используя дистанционные методы, учитывая опыт работников. Сначала нужно проверить их практические навыки, найти пробелы в их знаниях, и для каждого построить линию обучения, чтобы они получили образование. И мы это сделали. Проводили занятия в вечернее, удобное для них время. Было поначалу много желающих, а потом наступило затишье. Но когда мы проверили соответствие выданных сертификатов дипломам и категориям, оказалось, что у многих они не совпадают – люди самых разных специальностей работают медсестрами. А они, повторяю, должны иметь диплом медсестры и сертификат медсестры. Присваивать им категорию – это нарушение. Я предложила кадровикам посмотреть своих работающих сотрудников и при выявлении несоответствия диплома направлять к нам на переподготовку. Сложность в том, что это – второе среднее образование, а значит, платное. Здесь существуют разные варианты. Стоимость обучения невысока – 1600 руб. в месяц. Можно платить, когда хочешь – хоть раз в неделю, хоть за целый год. Некоторые ЛПУ платят за своих сотрудников, другие оказывают им матпомощь (8000 рублей за семестр). Некоторые медсестры, желающие работать, оплачивают обучение сами.

На совещании я задала вопрос представителю Комитета по занятости, не могут ли они оплачивать нам эту переподготовку в рамках своей 10-ти месячной программы. Оказалось, что нет. Но, думаю, нам все-таки

удастся вместе с ними решить этот вопрос.

– На совещании также поднимался в очередной раз вопрос о сертификации. Расскажите, пожалуйста, подробнее.

– Этой проблеме больше 10 лет! Закон об охране здоровья граждан был принят в 1995 году, в 54-й статье написано: «К медицинской деятельности может быть допущен человек, имеющий диплом о высшем или среднем профессиональном образовании и сертификат специалиста. В том же году вышел приказ Минздрава, четко прописывающий, как выглядит

этот сертификат, а также гласящий, что сразу после получения среднего специального образования сертификат НЕ нужен, т.к. только что студенты прошли государственную практику и как выпускники допущены к профессиональной деятельности под контролем старших товарищей. По прошествии 5-ти лет работника направят на повышение квалификации, т.к. за это время его знания устареют, в системе здравоохранения многое изменится. В конце обучения человек

получает удостоверение о повышении квалификации и сдает экзамен из 3-х частей (тестовый контроль, практические навыки и собеседование), в результате чего ему выдается сертификат специалиста. Через следующие 5 лет человек снова повышает квалификацию и подтверждает сертификат. Такой порядок был утвержден законом. Когда два министерства объединились, они, как вы помните, объявили все принятые Минздравом документы не действительными. А закон об охране прав граждан никто не отменил. Попробовали возобновить закон о сертификации, он не прошел юридическое согласование. Вышел новый приказ, я, в частности, участвовала в его создании, но он снова не прошел согласование. Но у Министерства достаточно проблем и без сертификации, поэтому о ней благополучно постарались забыть, но регионы забыть не могут, потому что им трудно существовать в таких ножницах – закон гласит, что работник должен иметь наряду с дипломом сертификат, а в природе такого документа не существует! Раньше бланк сертификата, как и диплома, был документом строгой отчетности, который печатал Гознак. На каком основании теперь он должен его печатать? Как он выглядит? Какого он цвета? И сегодня регионы печатают бумажки кто во что горазд. Я обращалась в Министерство по этому поводу неоднократно, нам посоветовали принять решение на уровне региона. В итоге, мы приняли решение сохранить прежний подход и выдавать сертификаты по-прежнему, в отделениях и центрах повышения квалификации по той же технологии – раз в 5 лет или после специализации. Бланки сертификатов мы покупаем в Москве во всероссийском учебном центре. Но возникла другая проблема. Нашу лицензионную комиссию не интересует, что нет приказа о сертификате – она руководствуется законом о защите прав граждан. И требует, чтобы мы давали сертификаты всем выпускникам. Но на основании чего? И где их брать? Как директор колледжа №1 и главный специалист я делала на бланке строгой отчетности приказом КЗ заявку в Москву на дипломы, который печатает нам Гознак, и вклю-

чила в заявку сертификат. Получила в ответ просьбу дать действующий документ Министерства образования, где прописана форма сертификата. Но такого документа нет! Значит, нет и сертификата!

Будучи в последний раз в Москве, я от имени совета директоров и всех медиков среднего звена передала просьбу в Министерство в первую очередь решить вопрос о сертификации специалистов. Насколько я знаю, планируется новый закон о здравоохранении, где будет прописан закон о сертификации. Но пока отсутствие должной нормативной базы приводит к очень большим сложностям в деятельности ЛПУ.

– Значит, можно принимать на работу без сертификата?

– Можно, и об этом я еще раз сказала кадровикам на совещании. Дело в том, что в существующем сегодня Трудовом кодексе нет ни слова про сертификат. А это – основной документ, регулирующий отношения работодателя и работника.

Кроме того, приказ о сертификате отменен, и если в лицензионной палате вдруг его попросят, кадровик в ответ может попросить документ, в котором говорилось хотя бы, как выглядит этот сертификат.

И лицензионная комиссия обязана дать лицензию ЛПУ без всяких сертификатов. Об этом мы написали в лицензионную палату, и проблем быть не может. Если же они возникнут, советуем обращаться напрямую ко мне.

– На совещании также обсуждались проблемы аттестации?

– Да. Эта тема тоже достаточно болезненна и давно требует принятия волевого решения. Если медсестра, работавшая в детской сети более 20-ти лет, переходит во взрослую сеть, она теряет категорию, и должна начинать все с нуля. По этому поводу я как главный специалист много беседовала с отделом аттестации. Предлагала пересмотреть моменты, где здравый смысл призывает пойти навстречу нашим медсестрам. Ведь у нас есть идеальный 314 приказ Министерства здравоохранения и соцразвития, по которому человек САМ решает, на какую категорию он может сдавать. Другое дело – как будет написан отчет претендента, какое ходатайство будет от лечебного

учреждения, какое решение вынесет комиссия. Но человек имеет право претендовать на любую категорию. Конечно, нужно ходатайство от лечебного учреждения, потому что оно знает, как работает медсестра, обоснование, и потом решение комиссии, которая оценивает работника, задавая профессиональные вопросы. Если, по мнению работника, она примет неправильное решение, то у нас есть главная комиссия, которая сможет в этом разобраться. Просто надо, чтобы к каждому был индивидуальный подход, а не так – ушла из сети, начиная снова со 2-й категории или наоборот – если медсестра работает 30 лет, то у нее автоматически высшая категория. А может, она ничего не умеет! А, может, напротив, за 7 лет работы медсестра научилась многому, грамотная, образованная, опытная, осваивает смежную специальность, подрабатывает в дополнительных сменах, участвует в различных конференциях, делает доклады. Чем это не высшая категория? Да, раньше при аттестации было четкое распределение по годам – сколько лет нужно проработать, чтобы получить ту или иную категорию. 314-й приказ убрал эти временные рамки и сделал акцент на знания, умения, навыки. Помоему, это очень правильно.

Мы вели долгие разговоры по этому поводу с отделом КЗ по аттестации. В итоге, решили подработать приказ и решить все моменты в положительную сторону для работников, чтобы людям максимально сохранить оплату труда. Лишить незаслуженно денег – несправедливо, дать незаслуженно – тоже. Говорить: “Я 20 лет отработала – дайте мне высшую категорию и платите за нее!”, это тоже неправильно.

Когда мы подпишем положение об аттестации, а, думаю, это случится в сентябре, мы опубликуем его в “МП” с комментариями главного специалиста по аттестации Е.В.Марченко. Надеемся, что новое положение поможет сохранить кадры, поощрит тех, кто давно и хорошо работает, а также тех, кто стремится к совершенству. В двух словах скажу, что в новом положении учтены все существующие проблемы. Подробнее читайте в следующем номере.

Беседовала
Виктория ЗАХАРОВА

ЕДИНСТВЕННЫЙ ЕЖЕГОДНЫЙ ТЕЛЕФОННЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СПРАВОЧНИК

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

ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК
“МЕДИЦИНА СЕВЕРО-ЗАПАДА”
Выходит в июне 2009 года **6-е издание**

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

СОДЕРЖАНИЕ:

БАЗА ДАННЫХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА:

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

БАЗА ДАННЫХ СЕВЕРО-ЗАПАДА:

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

10% скидка постоянным рекламодателям

E-mail: medpet@mail.ru
medpet@pochta.ru
тел./факс (812) 555-0650, 555-6119

Льготная подписка до выхода справочника

ВЫШЕЛ

СТРАНИЧКА ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА

ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ПРЕНАТАЛЬНОГО БИОХИМИЧЕСКОГО СКРИНИНГА

В настоящее время общепринятым методом формирования группы беременных высокого риска по рождению детей с синдромом Дауна (СД) является пренатальный скрининг биохимических маркеров в сыворотке крови.

Согласно существующим приказам Министерства здравоохранения, скрининг сывороточных маркеров в крови беременной может проводиться как во 2-м, так и в 1-м триместре беременности. Исследования показали, что комбинированный скрининг в 1-м триместре имеет большую эффективность и позволяет сместить «центр тяжести» всех мероприятий по пренатальной диагностике в ранние сроки беременности. В последние пять лет активное повсеместное внедрение массового скрининга выявило целый ряд организационных и методических проблем, возникающих перед специалистами диагностических центров и региональных органов здравоохранения.

Неожиданной проблемой оказалась реакция врачей-акушеров-гинекологов на проведение комбинированного скрининга в 1-м триместре. Перенесение скрининга на ранние сроки должно было привести к дальнейшему снижению сроков проведения инвазивной пренатальной диагностики. Однако за последний год заметно возросло число кордоцентезов. Причина в том, что, получив положительные результаты комбинированного скрининга, беременная (часто по совету врача) решает дождаться результатов более привычного биохимического скрининга в 15-18 недель. В итоге визит к генетику переносится на срок 19-20 недель, и утрачиваются преимущества раннего формирования группы беременных высокого риска.

Согласно стандартным подходам хорошей лабораторной практики большинство нормативных значений в лабораторных исследованиях должны быть проверены и уточнены при тестировании образцов биологического материала, полученного у населения, проживающего в определенных региональных условиях. Особенно важно соблюдать эти правила при проведении массового скрининга беременных, методика которого основана на оценке отклонения сывороточных маркеров от центральных нормативных значений, характерных для жителей обследуемой территории. Диагностические центры, уже имеющие опыт проведения биохимического скрининга (БС), разработали свои медианы и опираются на них в дальнейших расчетах. Известно, что

величина медиан в пренатальном скрининге может существенно образом меняться при использовании тест-систем и оборудования различных производителей. Поэтому неожиданное для лабораторных специалистов решение тендерных комиссий о закупке других реактивов приводит к резкому снижению эффективности БС, а порой и к его прекращению до определения новых устойчивых значений нормативных величин. Предыдущие работы показали, что предлагаемые производителями зарубежных тест-систем понедельные медианы зачастую не совпадают с региональными медианами сывороточных маркеров на 15-20%. Смещение медиан приводит в конечном итоге либо к завышению риска рождения детей с хромосомными aberrациями (и к неоправданному инвазивному вмешательству), либо к значительному уменьшению группы высокого риска, что влечет за собой снижение эффективности и увеличение числа ложноотрицательных результатов скрининга.

Еще одним камнем преткновения на пути к высокой эффективности скрининга становится использование программных средств автоматизированного расчета риска рождения ребенка с СД.

Расчет риска по результатам исследования сывороточных маркеров во 2-м триместре с использованием специальных программ требует только корректировки медиан. После определения региональных нормативных значений сывороточных маркеров для каждой недели беременности необходимо сделать полученные медианы основой для расчета индивидуального риска жительниц данного региона. Все отечественные и зарубежные программные средства расчета риска рождения ребенка с СД предоставляют возможность корректировки используемых в расчетах медиан.

Расчет риска по результатам биохимических и ультразвуковых исследований в 1-м триместре более

сложен. Недостаточно ограничиться только учетом в программе региональных медиан сывороточных маркеров. В соответствии со стандартным алгоритмом расчета ультразвуковой параметр - толщина воротничкового пространства (ТВП) плода, используется наравне с биохимическими параметрами и требует аналогичного



предварительного анализа распределения величин ТВП. После получения нормативных значений - медиан ТВП для сроков беременности с 10-й по 13 неделю, необходимо также внести их в программу расчета риска.

В эффективности комбинированного скрининга в 1-м триместре огромную роль играет качество и стандартизация ультразвукового скрининга. Несмотря на предписанный приказом МЗ РФ №457 от 27.12.2000 г. стандарт протокола ультразвукового исследования в 10-14 недель беременности при заполнении направлений на расчет риска часто приходится иметь дело либо с устаревшими формами бланков УЗИ, либо с протоколами, в которых отсутствуют необходимые сведения.

При работе с зарубежными программными средствами необходимо вводить не показания копчикового размера (КТР) плода, а

сроки беременности, то есть ориентироваться на срок беременности, указанный в протоколе УЗИ, либо указанный в бланке стандартного направления на исследование крови беременной в 9-13 недель, который заполняется врачом-акушером женской консультации по результатам УЗИ. Дело в том, что таблицы соответствия

сроков беременности размерам плода в программе и аналогичные таблицы, которыми пользуются специалисты УЗИ, могут отличаться друг от друга. Опыт показывает, что срок беременности, установленный программой по определенному КТР плода, может отличаться на 2-4 дня от срока, установленного врачом УЗИ по этому же КТР. Такой сдвиг приводит к некорректному расчету риска из-за сильной корреляции срока беременности и уровня медиан в 1-м триместре.

Надо сказать, что стандартное требование набора собственных медиан трудно выполнимо в небольших населенных пунктах, где число беременных не превышает, к примеру, одной-двух тысяч в год. В такой ситуации на получение собственных нормативов потребуются не менее года. Помощь в работе таким диагностическим центрам может оказать обмен информацией между лабораториями. Фирмы-поставщики реактивов в понимании относятся к особенностям применения собственных тест-систем в биохимическом пренатальном скрининге. Отечественные производители приложили немало усилий для получения достоверных нормативных значений тестируемых анализов в крови беременных в скрининговые сроки.

В лаборатории пренатальной диагностики НИИАГ им.Д.О.Отта РАМН накоплен значительный опыт исследования сывороточных мар-

керов беременных. Ее разработки послужили основой для начала массового скрининга беременных в ряде городов России и стран СНГ. Лаборатория готова и дальше оказывать методическую помощь в коррекции медиан и адаптации программных средств расчета индивидуального риска рождения ребенка с СД к региональным условиям. Для адаптации программ расчета риска необходимо иметь накопленную базу данных биохимического скрининга. Стабильные медианы требуют исследования не менее 200-300 образцов крови на каждую неделю беременности (предварительные значения можно оценивать, начиная со 100-150 образцов). Для получения медианы совершенно необходимо, чтобы уровень маркера во всех образцах был исследован на одном оборудовании с использованием реагентов одного производителя.

Обмен опытом между центрами, использующими для проведения скрининга различные тест-системы и уже накопившими определенный материал для анализа медиан, может существенно помочь небольшим городам или впервые начинающим биохимический скрининг коллегам.

Залогом успеха является четкое взаимодействие специалистов медико-генетической службы, акушеров-гинекологов и специалистов УЗИ, контроль за использованием нормативных величин и применяющихся программ, участие в скрининге максимального числа беременных и тщательный анализ всех случаев рождения детей с СД в обследуемом регионе.

По материалам конференции «Современные технологии профилактики наследственных болезней и детской инвалидности»

Т.К.Кащеева, лаборатория пренатальной диагностики НИИ акушерства и гинекологии им.Д.О.Отта РАМН

Подготовила

Елена ИГНАТЬЕВА

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 акты, 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 многократного инвентаря).

Алгоритмы введения лекарственных растворов (набор лекарственного вещества из ампулы, внутривенное, внутримышечное, внутривенное (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 разной формы 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.



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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТОВ

Среди большого количества заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), сопровождающихся симптомами панкреатита и экзокринной дисфункцией органа, значительный удельный вес составляют синдромальные формы и поражения ПЖ, ассоциированные с метаболическими болезнями. Они нередко воспринимаются врачами как изолированные приобретенные болезни. В последние годы установлено, что развитие панкреатита может быть одним из проявлений желудочно-кишечной манифестации наследственной патологии, сопровождающейся тошнотой, рвотой, диффузной болью в животе, мальабсорбцией и мальдигестией.

Широко известен ряд моногенных заболеваний, характеризующихся врожденной гипоплазией и экзокринной недостаточностью ПЖ (муковисцидоз, синдромы Швахмана-Даймонда, Шелдона-Рей и др.). Среди причин, вызывающих развитие панкреатита уже в неонатальном периоде, определены органические ацидурии и нарушения окисления жирных кислот. Но взгляд на поражение ПЖ как на потенциальную генетическую проблему еще не сформировался среди специалистов.

За последние 30 лет в мире отмечен двукратный рост числа больных хроническим панкреатитом (ХП). В большом числе случаев неэффективное лечение ХП приводит к прогрессированию функциональной недостаточности ПЖ. По данным М.В.Бухлер (2004) и Н.Б.Губергриц (2006), двадцатилетний анамнез ХП повышает риск развития рака ПЖ в 5 раз. Поэтому поиск механизмов развития панкреатита является актуальным, т.к. позволяет частично прояснить причинно-следственные взаимоотношения и приблизиться к пониманию последовательности прогрессивного развития метаболических заболеваний, ассоциируемых с поражением ПЖ.

Наличие разнообразных причин возникновения и форм ХП привело к созданию множества различных классификаций, из которых наиболее обобщенной по этиологии и патогенезу считается международная классификация панкреатитов TIGAR-O (1994), в которой впервые как отдельная нозологическая форма рассматривается наследственно обусловленный ХП.

В зарубежной литературе имеются многочисленные публикации о так называемых наследственных формах панкреатитов с аутосомно-рецессивным типом наследования, которые обусловлены мутациями в гене катионического трипсиногена или в гене панкреатического ингибитора трипсина. Однако остаются несистематизированными формы панкреатитов, развивающиеся вследствие других наследственных болезней обмена (НБО).

Поэтому диагностика метаболических форм панкреатитов, в основе которых находятся генетические

изменения, остается в целом неразработанной. Проблема клинико-генетических характеристик больных с проявлениями экзокринной недостаточности ПЖ и симптомами панкреатита может стать ключевой для понимания механизмов запуска патологии ПЖ, что позволит подойти к диагностике и методам лечения заболеваний, сопровождающихся такими симптомами.

В Украинском институте клинической генетики и Харьковском медико-генетическом центре было проведено исследование, целью которого стал специализированный поиск клинико-генетических особенностей поражения ПЖ при некоторых мета-

прошедших прекоцепционную профилактику перед планированием беременности, и 6 детей, рожденных от практически здоровых родителей на фоне прекоцепционной профилактики). Всем больным было проведено сомато-генетическое исследование с синдромологическим анализом, анализом родословных, абдоминальная эхография, биохимическое исследование крови и мочи, включая высокоскоростную хроматографию аминокислот крови и газовую хроматографию/тандемную масс-спектрометрию органических кислот мочи, и подтверждающая молекулярная диагностика.

Среди 39 больных, состоящих на учете в Харьковском медико-

кислот - 5 (0,60%); метилмалоновая ацидурия - 2 (0,24%); глутаровая ацидурия - 3 (0,36%); пропионовая ацидурия - 1 (0,12%); лейциноз - 2 (0,24%); гомоцистинурия - 5 (0,6%); дисплазия соединительной ткани, вторичная митохондриопатия - 4 (0,48%).

Таким образом, спектр патологии в изучаемой выборке больных представлен муковисцидозом с панкреатической недостаточностью - 35 (51,5%), нарушениями биоэнергетического обмена (синдром Кернса-Сейра, синдром MELAS, синдром MNGIE, нарушение окисления жирных кислот, органические ацидурии) - 22 (32,4%), аминокислотопатиями (гомоцистинурия, лейциноз) - 7 (10,3%) и соединительно-тканевыми дисплазиями (СТД) со вторичным энергодефицитом - 4 (5,9%) (рис.1).

Оценка фенотипических особенностей больных с проявлениями экзокринной недостаточности ПЖ и симптомами панкреатита установила преобладание у 64,7% пациентов признаков СТД (гиперэластичность кожи, снижение тургора кожи, ломкость волос и ногтей, кариес, умеренная гипермобильность суставов) и у 58,8% малых аномалий развития (гипертелоризм, короткий нос, короткий фильтр, долихоцефалия, деформированные ушные раковины, синофриз, низкая линия роста волос, клинодактилия), что, вероятнее всего, отражает тератогенный эффект метаболического наследственного нарушения.

При анализе родословных установлено, что у лиц, имеющих родственных родственников I и II степени родства с заболеваниями ЖКТ вообще и заболеваниями ПЖ в частности, риск поражения ПЖ в 2,5 раза выше, чем у лиц с неотягощенной наследственностью.

При исследовании уровня аминокислот у пробандов с проявлениями экзокринной недостаточности ПЖ и симптомами панкреатита статистически значимое повышение выявлено только для аланина, глицина и пролина; у 23 больных (33,8%)

выявлено наличие генерализованной аминокислотемии. У 22 (32,4%) больных диагностирована первичная митохондриальная недостаточность, у 12 (17,7%) - вторичная, что влияло на качество жизни больных и требовало назначения биоэнергетической терапии.

В заключении были обобщены результаты исследования и разработан многопараметрический алгоритм для поиска разных форм наследственной патологии, сопровождающейся симптомами панкреатита.

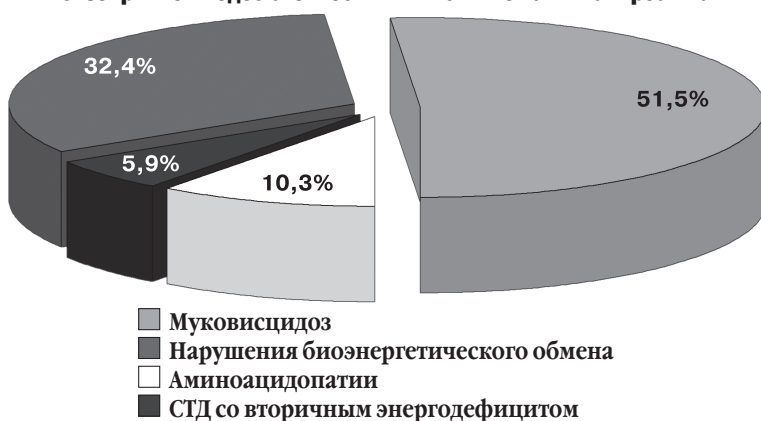
Выводы. Таким образом, при выяснении этиологии панкреатита и/или экзокринной дисфункции ПЖ, прогнозирования их течения, разработке адекватной терапии и реабилитации больных целесообразно использовать системный генетический подход к оценке пробанда и его семьи, включающий анализ родословной и оценку фенотипа. Всем больным с симптомами панкреатита необходимо исследовать состояние аминокислотного и энергетического обмена для своевременной их коррекции в случае выявления таких изменений.

Интеграция современных генетических знаний в наиболее востребованную отрасль медицины - гастроэнтерологию позволит не только глубже понять патогенетические механизмы реализации наследственной патологии, но и индивидуализировать лечение и профилактику.

По материалам конференции по медицинской генетике «Современные технологии профилактики наследственных болезней и детской инвалидности» Е.Я.Гречанина, Ю.Б.Гречанина, О.В.Васильева, Л.С.Озерова, Е.П.Здыбская Украинский институт клинической генетики ХНМУ, Харьковский специализированный медико-генетический центр

Подготовила Елена ИГНАТЬЕВА

Рис. 1 - Структура наследственной патологии с проявлениями экзокринной недостаточности ПЖ и симптомами панкреатита



болических нарушениях для дифференцированного подхода к лечению и реабилитации больных. Разработанная программа исследования включала выявление среди 830 пробандов, взятых на учет в ХСМПЦ с 1997 по 2007 гг. с подозрением на НБО, пациентов с наследственной патологией, сопровождающейся проявлениями экзокринной недостаточности ПЖ и симптомами панкреатита. Были отобраны 68 (8,19%) больных с проявлениями экзокринной недостаточности ПЖ и симптомами панкреатита. Среди них было 35 (4,22%) больных муковисцидозом с панкреатической недостаточностью (1-я основная группа - ОГ1), 33 (3,97%) больных - с другими метаболическими нарушениями, сопровождающимися проявлениями панкреатита (2-я основная группа - ОГ2). Контрольную группу составил 31 человек (25 практически здоровых пациентов детородного возраста без жалоб со стороны ЖКТ,

генетическом центре с верифицированным диагнозом муковисцидоз, у 35 (89,7%) больных имели место стойкие проявления панкреатической недостаточности: неустойчивость стула со склонностью к диарее, боли в животе приступообразного характера, тошнота, рецидивирующая рвота, снижение аппетита, общая слабость, похудание; изменения в копрограммах, характеризующие наличие стеатореи (зловонный кал с наличием нейтрального жира, жирных кислот, непереваренных мышечных волокон, клетчатки). Это соответствует мировым данным о частоте нарушений экзокринной функции ПЖ при данной патологии.

В результате комплексного обследования у пациентов ОГ2 было диагностировано наличие следующих нозологических форм: синдром Кернса-Сейра - 4 больных (0,48%); синдром MELAS - 4 (0,48%); синдром MNGIE - 3 (0,36%); нарушение обмена жирных

ЗА ПЕРЕРАБОТКУ ОТХОДОВ БУДЕТ ОТВЕЧАТЬ ЕДИНАЯ УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

На заседании городского правительства 25 августа принято постановление «О мерах по оптимизации деятельности исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга в сфере обращения отходов производства и потребления».

Для повышения эффективности сбора и переработки отходов создается специальная структура - Управление по обращению с отходами производства и потребления. Это позволит устранить разрозненность в деятельности различных организаций, работающих сегодня в этой сфере.

Создание нового управления должно отразиться на повышении уровня экологической безопасности, привлечении инвестиций на основе государственно-частного партнерства, а также на поддержке малого бизнеса, работающего в сфере сбора

и переработки отходов.

Отмечая важность создаваемой структуры, губернатор **В.И.Матвиенко** подчеркнула, что сфера переработки мусора для Петербурга имеет первостепенное значение для города. «В новой структуре будут сосредоточены финансовые, кадровые и технологические ресурсы», - сказала В.И.Матвиенко. Она отметила, что штатная численность государственных служащих не увеличится. Управление будет сформировано из сотрудников различных комитетов, которые ранее работали в этой сфере.

Также правительство одобрило внесение изменений в план реализации Концепции обращения с отходами.

По информации пресс-службы губернатора

В ФИНЛЯНДИИ СОБИРАЮТСЯ ВВЕСТИ НАЛОГ НА СЛАДКОЕ

Правительство Финляндии рассматривает возможность вернуть налог на сладости. Эксперты в области здравоохранения приветствуют это решение.

Как передает «БалтИнфо» со ссылкой на Финское радио, по мнению медиков, посредством повышения налога власти надеются воздействовать, в основном, на потребление сладостей тучными детьми и молодыми женщинами. С другой стороны, экономический спад, похоже, только усиливает пристрастие людей к сладкому, отмечают эксперты.

Правительство же намерено обложить сладости и прохладительные напитки налогом, чтобы пополнить бюджет страны. Ожидаемая сумма - около 100 миллионов евро.

По информации Фонтанка.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

ufi

АУТОИММУННЫЙ ПОЛИЭНДОКРИННЫЙ СИНДРОМ И ХРОНИЧЕСКИЙ КАНДИДОЗ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

В проведенных ранее исследованиях показана значительная частота эндокринных нарушений у больных с хроническим кандидозом кожи и слизистых оболочек. Гипотиреоз у этих больных выявляют в 52,2% случаев, гипопаратиреоз – в 40% случаев, первичную хроническую недостаточность коры надпочечников – в 21% случаев, нарушения функционального состояния системы гипотиз-гонады – в 65% случаев. Хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек (ХККС) чаще отмечали (в 80% случаев) при аутоиммунном полиэндокринном синдроме 1-го типа (АПЭС), который характеризуется классической триадой: гипокортицизм в сочетании с ХККС и гипопаратиреозом, реже встречаются заболевания щитовидной железы и СД 1-го типа. Больные с ХККС имеют первичные, либо вторичные иммунодефицитные состояния.

АПЭС 2-го типа характеризуется поражением двух и более эндокринных органов с развитием недостаточности надпочечников, гипер- или гипотиреоза, развитием СД 1-го типа, первичного гипогонадизма, миастении. При АПЭС 2-го типа ХККС, как правило, не обнаруживаят.

В микологической клинике НИИ медицинской микологии наблюдали пациентку 24 лет, у которой клинические проявления кандидоза слизистых оболочек полости рта появились с 1-го месяца жизни. С 12-ти месяцев больная начала получать инъекции амфотерицина В в соответствующей возрасту дозировке. В связи с неэффективностью лечения клинические проявления заболевания рецидивировали. В последующем присоединились рецидивирующие гнойные инфекции кожи и подкожной клетчатки (абсцессы нижней челюсти, фурункулез волосистой части головы), а также инфекции верхних и нижних дыхательных путей (острый обструктивный бронхит, пневмония), которые привели к возникновению сепсиса. Проводилось лечение антибиотиками в средних терапевтических дозах (пенициллины, гентамицин).

Микотическая инфекция на протяжении нескольких лет была обусловлена *Candida albicans*, выделенными из различных биосубстратов (слизистые оболочки полости рта, моча, кал, ногти). Лечение ХККС проводилось системными антимикотическими препаратами (низорал – по 100 мг в день перорально) и мазь клотримазол – на пораженные ногтевые пластинки.

С 5-летнего возраста у больной появились признаки эндокринопатии – первичная хроническая недостаточность коры надпочечников, в связи с чем была назначена постоянная заместительная гормональная терапия преднизолоном 2,5 мг в сутки. Через год у пациентки был диагностирован аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, который компенсировался назначением L-тироксина в дозе 125 мкг в сутки в постоянном режиме. Через 10 лет присоединился СД 1-го типа, подобрана интенсифицированная инсулинотерапия в режиме базис-болюс (про-

ед. перед каждым приемом пищи). Периодически у больной возникали обострения ХККС в связи с неполной и трудно достижимой компенсацией эндокринных нарушений из-за ла-



бельного течения сахарного диабета и состояния субклинического гипотиреоза с повышенным содержанием тиреотропного гормона (ТТГ) в крови. Во время госпитализации в миколо-

гическую клинику с 16.10.08 по 31.10.08 у пациентки было зафиксировано обострение ХККС: обнаружены проявления стоматита, хейлита, глоссита, кандидоза пищевода, кандидозного вульвовагинита, онихомикоза кистей. Основным возбудителем явились грибы *C. albicans*, обнаружение которых на слизистых оболочках полости рта, влагалища, пищевода, в мокроте, ногтевых пластинах подтверждало диагноз и системность поражения. *C. albicans* оказались резистентными к препаратам азолов, в связи с чем было назначено лечение полиеновыми препаратами – нистатин по 1 млн ЕД четыре раза в сутки на весь период госпитализации (кандидоз слизистых оболочек полости рта) с положительным эффектом. Пациентка получала интравагинальный кетоконазол 400 мг по 1 свече в сутки – 10 дней для лечения вагинального кандидоза, общеукрепляющую терапию анаболического и антиоксидантного действия. Зафиксирован нормальный уровень тироксина и трийодтиронина в крови, снижение изначально повышенного уровня ТТГ, нормальные цифры кортизола, пониженные значения эстрадиола, прогестерона в крови, повышенные цифры адренокортикотропного гормона, повышение титра антител к тиреопероксидазе. Полученные данные подтверждали первичное множественное поражение желез внутренней секреции аутоиммунного генеза.

Больной проведена максимальная коррекция гормональной терапии – увеличена доза пролонгированного инсулина, L-тироксина до 150 мкг/сут.; дозы глюко- и минералокортикоидов (преднизолон – 2,5 мг/сут., кортинефф – 0,05 мг/сут.) остались прежними. Больная выписана с положительной динамикой с рекомендациями продолжить антимикотическое лечение с учетом выявленных локализаций *Candida*-инфекции.

Заключение. Хронический кандидоз кожи и слизистых оболочек часто сочетается с аутоиммунным поли-

эндокринным синдромом 1-го типа. Эндокринные нарушения, особенно – сахарный диабет, способствуют более тяжелому течению хронического кандидоза, частым рецидивам заболевания. Метаболические нарушения при эндокринопатиях усиливают адгезивные свойства грибов, облегчая их инвазию в ткани организма. Для лечения ХККС и поддержания качества жизни больных необходимы длительное антимикотическое лечение и стабильная компенсация гормональных, метаболических и иммунных нарушений.

По материалам конференции по медицинской микологии (XII Каишские чтения) Неверова Ю.В., Мирзабалаева А.К., Мелехина Ю.Э. НИИ медицинской микологии им. П.Н.Каишкина ГОУ ДПО СПб МАПО

Подготовила Елена ИГНАТЬЕВА

Редакционная коллегия:

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

Контактный телефон
555-0650

Учредитель и издатель газеты
Медицинская ассоциация Санкт-Петербурга

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

Мнение авторов не всегда совпадает с мнением редакции.

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

За содержание рекламы и объявлений ответственность несет рекламодатель.

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

Подписано в печать: 30.08.2009
Дата выхода: 31.08.2009

Отпечатано
в ООО «Типографский комплекс «Девиз»»
199178, СПб, В.О., 17-я линия, д. 60, лит. А, ком. 4Н.
Тел. 303-9495
Заказ № ТД-0002979
Тираж 2600 экз.
Цена свободная

ГЕНПРОКУРАТУРА РФ СООБЩАЕТ...

Практически во всех регионах СЗФО выявлены факты завышения организациями оптовых и розничных цен на лекарственные средства.

Органы прокуратуры Северо-Западного федерального округа совместно с территориальными органами ФАС, МВД, ФСБ, Росздравнадзора и других контролирующих органов провели проверки законодательства, регламентирующего ценообразование на лекарственные средства. Как говорится в сообщении пресс-службы Прокуратуры СЗФО, в ходе проверок практически во всех регионах округа выявлены факты завышения организациями оптовых и розничных цен на лекарственные средства (Архангельская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Мурманская, Псковская области, республики Коми и Карелия, Санкт-Петербург, Ненецкий автономный округ).

Так, прокуратурой Петроградского района Санкт-Петербурга в ходе проверки ООО «Региональный Центр содействия здравоохранению Лен-мединформ» выявлено превышение

допустимой торговой надбавки на лекарственное средство «Кордиамин» на 9,4%. В связи с этим прокурором Петроградского района было возбуждено дело об административном правонарушении по ч. 1 ст. 14.6 КоАП РФ (нарушение порядка ценообразования). Кроме того, руководителю организации внесено представление об устранении нарушений закона.

Аналогичные нарушения выявлены прокуратурами Центрального и Адмиралтейского районов Санкт-Петербурга в ЗАО «Империя-Фарма» и ОАО «Петербургские аптеки».

Также Лужским городским прокурором Ленинградской области в ходе проверки аптеки ООО «Вита-окс» установлен факт превышения предельной розничной надбавки на лекарство, включенное в перечень ЖНВЛС – перекись водорода, более чем на 30% от фактической отпускной цены. Директору предприятия вне-

сено представление, по результатам рассмотрения которого нарушения закона устранены, виновные лица привлечены к дисциплинарной ответственности.

Всего прокурорами внесено 34 представления, объявлено 6 предупреждений о недопустимости нарушения закона, возбуждено 22 дела об административном правонарушении, предусмотренном по ч. 1 ст. 14.6 КоАП РФ.

По итогам проверок прокуратуры субъектов провели заседания межведомственных рабочих групп по противодействию преступлениям в сфере экономики с участием представителей крупных аптечных сетей, оптовых поставщиков лекарственных средств. Были приняты решения о проведении в дальнейшем комплекса оперативных и проверочных мероприятий по выявлению и пресечению правонарушений, связанных с

превышением торговых надбавок на лекарственные средства.

Руководители ряда оптовых фирм и аптек Северо-Западного федерального округа ориентированы на необходимость применения в условиях финансового кризиса минимальных торговых надбавок на лекарственные препараты, разработку гибкой системы скидок для социально незащищенных категорий граждан. По результатам заседания отдельными аптечными учреждениями приняты решения о снижении торговых надбавок на лекарственные средства. Так, аптечная сеть ООО «Юнифарм» с 5 августа добровольно снизила на 5% для отдельных категорий граждан цены на лекарственные средства, отпускная цена которых превышает 200 руб.

По информации ИП «Фармацевтический вестник»